

**ПРАКТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ЛЕГКИХ (ПОЗЛ)
РУКОВОДСТВО ПО ВЕДЕНИЮ РАСПРОСТРАНЕННЫХ
РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ВЗРОСЛЫХ
ДЛЯ ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**МІНІСТЭРСТВА
АХОВЫ ЗДАРОЎЯ
РЭСПУБЛІКІ БЕЛАРУСЬ**



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

ЗАГАД

07.05.2014 № 497
г. Мінск

ПРИКАЗ

07.05.2014 № 497
г. Минск

Об утверждении руководства по ведению распространенных респираторных заболеваний у взрослых для врачей амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения «Практический подход к охране здоровья легких»

На основании Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, в соответствии с Двухгодичным планом сотрудничества между Министерством здравоохранения Республики Беларусь и Европейским региональным Бюро ВОЗ на 2012-2013 г.г. в рамках приоритетного направления деятельности «Совершенствование стратегии профилактики МЛУ-ТБ путем совершенствования систем здравоохранения и подходов общественного здоровья», на основании: приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 292-А от 10.12.2010 «О создании рабочей группы по разработке практического руководства по диагностике и лечению респираторных заболеваний для работников первичной медицинской помощи», приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 630 от 25.05.2012 «О пилотном проекте по внедрению руководства по ведению распространенных респираторных заболеваний у взрослых для врачей амбулаторно-поликлинических организаций, в организациях здравоохранения Островецкого района, Гродненской области»,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить руководство по ведению распространенных респираторных заболеваний у взрослых для врачей первичной медицинской помощи «Практический подход к охране здоровья легких» (далее - руководство для врачей «Практический подход к охране здоровья легких»), согласно приложению 1.
2. В приложение 1 к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 14.11.2008 г. № 1044 в Примерный табель оснащения изделиями медицинского назначения и медицинской техники амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения: позицию кабинет врача-терапевта (общей практики) дополнить следующими пунктами:

раздел I. Изделия медицинской техники

9.	Отоскоп с набором ушных воронок	1	5 лет
----	---------------------------------	---	-------

раздел III. Изделия медицинского назначения

15.	Респиратор для использования медработником первичной медицинской помощи при объективном обследовании пациента с подозрением на активный туберкулез (Стандарт EN149:2001 +A1:2009, FFP2)	1	Одноразовый
16.	Набор одноразовых масок хирургических для раздачи кашляющим пациентам до и во время приема врачом	100 штук	Одноразовый
17.	Емкости для забора мокроты (одноразовые пластмассовые с прилегающей крышкой)	20 штук	Одноразовый
18.	Набор одноразовых мундштуков для пикфлоуметра	50 штук	Одноразовый

позицию Процедурный кабинет дополнить пунктом: раздел I. Изделия медицинской техники

8.	Небулайзер	1	3 года
----	------------	---	--------

раздел III. Изделия медицинского назначения, дополнить следующими пунктами:

25.	Респиратор для использования медработником первичной медицинской помощи при объективном обследовании пациента с подозрением на активный туберкулез (Стандарт EN149:2001+A1:2009, FFP2)	1	Одноразовый
26.	Набор одноразовых масок хирургических для раздачи кашляющим пациентам до и во время приема врачом	100 штук	Одноразовый

позицию Врачебная амбулатория. Кабинет врача общей практики, раздел III. Изделия медицинского назначения, дополнить следующими пунктами:

23.	Респиратор для использования медработником первичной 1 медицинской помощи при объективном обследовании пациента с подозрением на активный туберкулез (Стандарт EN149:2001+A1:2009, FFP2)	1	Одноразовый
24.	Набор одноразовых масок хирургических для раздачи кашляющим пациентам до и во время приема врачом	100 штук	Одноразовый
25.	Емкости для забора мокроты (одноразовые пластмассовые с прилегающей крышкой)	20 штук	Одноразовый
26.	Набор одноразовых мундштуков для пикфлоуметра	50 штук	Одноразовый
27.	Респиратор для использования медработником первичной медицинской помощи при объективном обследовании пациента с подозрением на активный туберкулез (Стандарт EN149:2001+A1:2009, FFP2)	1	Одноразовый

позицию Врачебная амбулатория. Процедурный кабинет, раздел I Изделия медицинской техники, дополнить пунктом:

9.	Небулайзер	1	3 года
----	------------	---	--------

3. Начальникам управлений здравоохранения облисполкомов, председателю комитета по здравоохранению Мингорисполкома, ректорам высших медицинских учреждений образования, руководителям республиканских организаций здравоохранения:
 - 3.1. обеспечить:
 - внедрение руководства для врачей «Практический подход к охране здоровья легких»;
 - письменными материалами для пациентов о помощи при прекращении курения и никотин-заместительной терапии в соответствии с приложениями 9, 10 руководства для врачей «Практический подход к охране здоровья легких»;
 - 3.2. провести совместно с главными внештатным специалистам по курении Министерства здравоохранения Республики Беларусь, управлений здравоохранения облисполкомов, комитета по здравоохранению Мингорисполкома обучающие семинары по использованию вышеуказанного руководства;
 - 3.3. дооснастить кабинеты врачей общей практики, врачей-терапевтов участковых в соответствии с пунктом 2 настоящего приказа;
4. Ректору государственного учреждения образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования» Демидчику Ю.Е. обеспечить преподавание руководства «Практический подход к охране здоровья легких» для врачей первичного звена здравоохранения на профильных кафедрах.
5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя Министра здравоохранения Республики Беларусь Пиневица Д.Л.

Министр



В. И. Жарко

Приложение к приказу
Министерства здравоохранения
№ 497 от 07.05.2014

**ПРАКТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ЛЕГКИХ (ПОЗЛ)
РУКОВОДСТВО ПО ВЕДЕНИЮ РАСПРОСТРАНЕННЫХ
РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ВЗРОСЛЫХ
ДЛЯ ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Минск, 2014



ОГЛАВЛЕНИЕ

Выражение благодарности.....	8
Используемые сокращения.....	10
Общая информация ПОЗЛ.....	11
ГЛАВА 1.	
Кашель и/или затруднение дыхания (длительность возникновения первых симптомов менее 2 недель.)	
Алгоритм оценки степени тяжести состояния и тактики.	12
ГЛАВА 2.	
Кашель менее двух недель. Заболевания верхних дыхательных путей (вирусные инфекции, включая грипп).	
Показания к специфической профилактике гриппа.	13
ГЛАВА 3.	
Кашель менее двух недель. Распространенные отоларингологические заболевания (острые тонзиллиты, острые синуситы, острые средние отиты).....	21
ГЛАВА 4.	
Кашель длительностью менее двух недель. Синдром острой бронхиальной обструкции. Купирование приступа.....	32
ГЛАВА 5.	
Кашель длительностью менее двух недель. Заболевания нижних дыхательных путей (острый бронхит, внебольничная пневмония, обострение хронического бронхита или ХОБЛ)	35
ГЛАВА 6.	
Кашель длительностью более двух недель. Диагностический алгоритм раннего выявления туберкулеза.	
Основы контролируемого лечения туберкулеза	38

ГЛАВА 7.

Кашель длительностью более двух недель. ТБ исключен. Распространенные хронические респираторные заболевания (Бронхиальная астма, ХОБЛ). Динамическое наблюдение.57

ГЛАВА 8.

Кашель длительностью более двух недель. Прочие причины: хронический бронхит, сердечная недостаточность, рак легких, бронхоэктазы, побочное действие ингибиторов АПФ, гастроэзофагеальный рефлюкс.....73

ГЛАВА 9.

Профессиональное консультирование в отношении прекращения курения.75

ПРИЛОЖЕНИЯ76

Приложение 1. Памятка пациенту по сбору мокроты на БК76

Приложение 2. Направление на бактериологическое исследование на туберкулез.....77

Приложение 3. Карта лечения больного туберкулезом 1, 2 категории.....78

Приложение 4. Информация, которую необходимо предоставить каждому пациенту с туберкулезом.....80

Приложение 5. Побочные реакции на противотуберкулезные лекарственные средства и их устранение.....82

Приложение 6. Что нужно знать о бронхиальной астме90

Приложение 7. Самоконтроль (пикфлоуметрия) при бронхиальной астме.....92

Приложение 8. Лекарственные средства для небулайзерной терапии.96

Приложение 9. Алгоритм консультирования по прекращению курения.....98

Приложение 10. Информационный материал для пациента. Прекращение курения. Обдумывание решения и подготовка бросить.....99

Приложение 11. Информационный материал для пациентов. Курение и никотин-заместительная терапия..... 103

Приложение 12. Типичные отоскопические картины при синдроме боли в области уха 105

Приложение 13. Наиболее типичные визуальные картины острых тонзиллитов..... 107

ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ

Настоящее руководство разработано в соответствии с Двухгодичным планом сотрудничества (ДПС) между Министерством здравоохранения Республики Беларусь и Европейским региональным Бюро ВОЗ в рамках приоритетного направления деятельности «Совершенствование стратегии профилактики МЛУ-ТБ путем совершенствования систем здравоохранения и подходов общественного здоровья». при финансовой поддержке Агентства США по международному развитию USAID, Грант «Совершен-

ствование стратегии «Остановить ТБ» в Беларуси, 2010 - 2013г..» Состав рабочей группы утвержден Приказом Министерства здравоохранения №292а от 11 декабря 2010 года. Пилотный проект по внедрению данного руководства был осуществлен в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения №630 от 25.05.2012 в организациях здравоохранения Островецкого района Гродненской области.

Выражаем признательность рабочей группе по разработке, обсуждению и внедрению настоящего руководства в составе:

Жилевич Людмила Аверкиевна	Заместитель начальника управления организации медицинской помощи Минздрава – начальник отдела первичной медицинской помощи (председатель)
Адаменко Елена Ивановна	Главный специалист по общей врачебной практике Минздрава (заместитель председателя)
Гуревич Геннадий Львович	Директор ГУ «Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии», заместитель председателя
Лаптева Ирина Михайловна	Главный внештатный пульмонолог Минздрава, руководитель отдела «Республиканского научно-практического центра пульмонологии и фтизиатрии»
Барановская Татьяна Васильевна	Главный внештатный аллерголог Минздрава
Кривонос Павел Степанович	Доцент кафедры фтизиопульмонологии Белорусского государственного медицинского университета
Давидовская Елена Игнатьевна	Доцент кафедры клинической фармакологии БелМАПО
Лицкевич Лариса Владимировна	Ученый секретарь ГУ «Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии»

Богущ Людмила Степановна	Ассистент кафедры общей практики ГУО БелМАПО
Колядич Жанна Викторовна	Ученый секретарь РНПЦ «Оториноларингология»
Максимюк Александр Васильевич	Заведующий Гервятской амбулатории, врач общей практики (Островецкий район, Гродненская область)
Рунова Наталья Викторовна	Участковый терапевт 22-я городская поликлиника г. Минска
Некрасова Инна Ивановна	Советник проекта ПРООН «Поддержка Государственной программы «Туберкулез» в Республике Беларусь
Русович Валентин Зигмундович	Координатор программ ВОЗ по туберкулезу Странового офиса ВОЗ в Беларуси
Точеный Валентин Игнатьевич	Главный врач УЗ «Островецкая ЦРБ» Гродненской области
Можейко Владимир Чеславович	Заместитель главного врача по медицинской части УЗ «Островецкая ЦРБ» Гродненской области
Антонович Наталья Евгеньевна	Заместитель начальника управления здравоохранения Гродненского облисполкома
Воронко Елена Андреевна	Доцент кафедры общей врачебной практики ГУО БелМАПО

Выражаем благодарность врачам первичной медицинской помощи Островецкой ЦРБ за их ценные дополнения в процессе пилотной фазы проекта, а также Д-ра Пиерпаоло де Коломбани (медицинский советник программы контроля туберкулеза Европейского Регионального Бюро ВОЗ и Доктора Арвида Ниберга (медицинский специалист Финской Ассоциации легочного здоровья) за их рецензирование и дополнения.

ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

АД	Артериальное давление
АПФ	Ангиотензин -превращающий фермент
БА	Бронхиальная астма
БОКК	Белорусское Общество Красного Креста
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГФСТМ	Глобальный Фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией
ИКС	Ингаляционные кортикостероиды
КТ	Компьютерная томография
ЛЖВ	Лица живущие с ВИЧ
МБТ	Микобактерии туберкулеза
НПВС	Нестероидные противовоспалительные препараты
ОФВ1	Объем форсированного выдоха за 1 секунду
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ПЛИ	Профилактическое лечение изониазидом
ПОЗЛ	Практический подход к охране здоровья легких
ПСВ	Пиковая скорость выдоха

ПТЛС	Противотуберкулезное лекарственное средство
ТБ	Туберкулез
ФВД	Функция внешнего дыхания
ФЖЕЛ	Форсированная жизненная емкость легких
ЧД	Частота дыхания
ЧСС	Частота сердечных сокращений
ХОБЛ	Хроническая обструктивная болезнь легких
DOTS	Основной пакет мер в рамках стратегии ВОЗ «Остановить туберкулез»
GOLD	“Global Initiative for Chronic Obstructive Diseases” – глобальная инициатива по ведению и профилактике хронических обструктивных заболеваний легких
PAL	“Practical Approach to Lung Health” – “Практический подход к охране здоровья легких»
USAID	Агентство США по международному развитию

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ ПОЗЛ

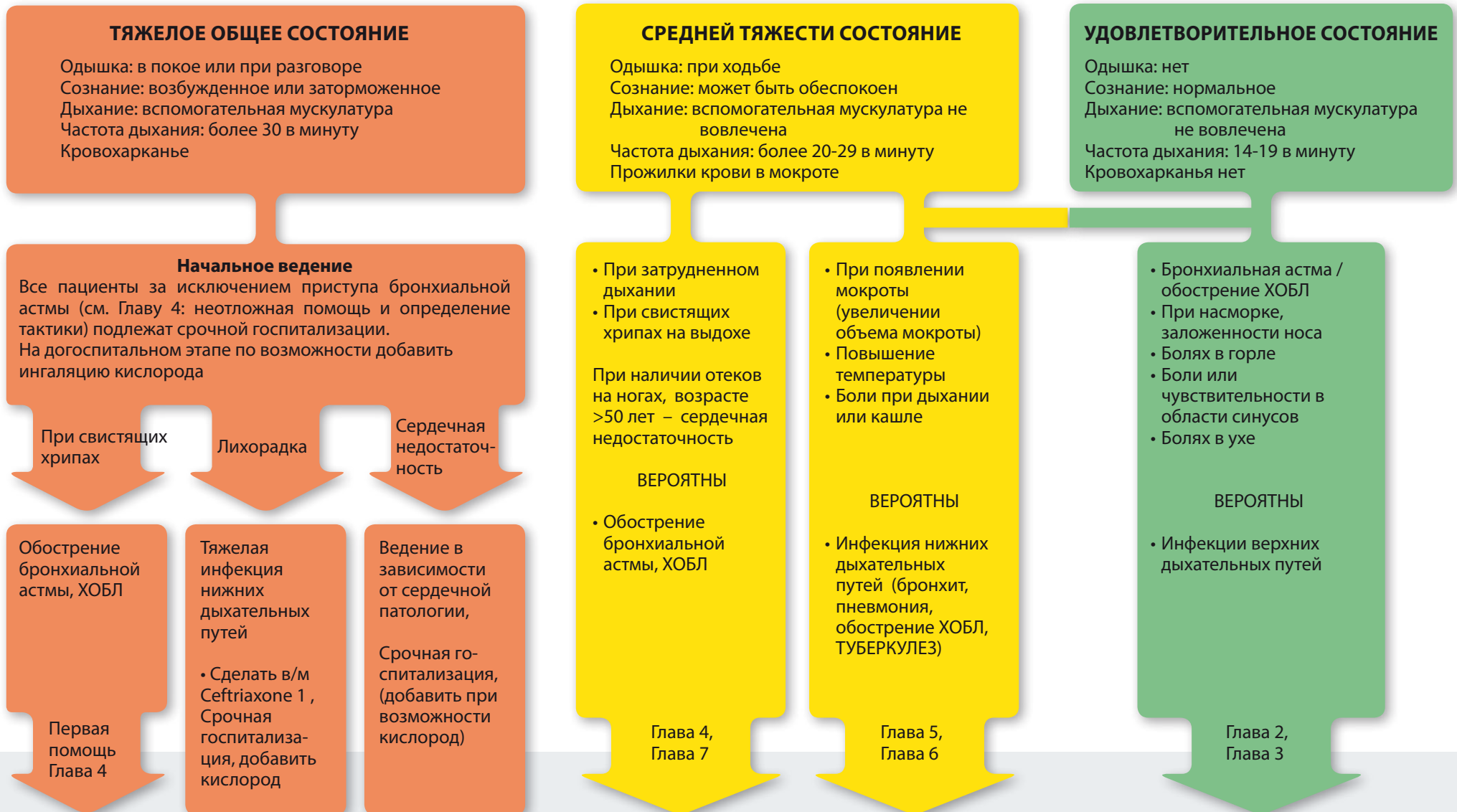
Practical approach to lung health (PAL), что в переводе на русский, «Практический подход к охране здоровья легких» (ПОЗЛ) – пациент-ориентированный подход к улучшению качества диагностики и лечения распространенных респираторных заболеваний в условиях первичной медицинской помощи. Основные цели – стандартизированный подход к диагностике и лечению основных респираторных заболеваний, помощь специалистам первичного звена здравоохранения при принятии решений по диагностике, лечению или необходимости направлений пациентов на специализированные этапы оказания медицинской помощи в отношении распространенной респираторной патологии. PAL является одним из компонентов стратегии ВОЗ «Остановить туберкулез»

Заболевания и состояния, подлежащие включению в руководство: респираторные заболевания верхних дыхательных путей (ОРВИ, грипп, фарингиты, тонзиллиты, синуситы, отиты, аллергический ринит), респираторные заболевания нижних дыхательных путей (острые бронхиты, внебольничные пневмонии, туберкулез, обострение хронических бронхитов, ХОБЛ), хронические респираторные заболевания (бронхиальная астма,

ХОБЛ), предоставление краткого совета по прекращении курения (включая никотин-замещающую терапию).

Основные результаты программ ПОЗЛ: снижение количества необоснованной выписки антибиотиков при респираторных заболеваниях, улучшение ведения пациентов с бронхиальной астмой со снижением обращений на скорую помощь и уменьшением потребности стационарной помощи, увеличение количества пациентов с внебольничной пневмонией, получающих лечение в амбулаторных условиях, уменьшение потребности в консультациях ЛОР специалистов при распространенных заболеваниях верхних дыхательных путей, улучшение результатов своевременной диагностики и лечения туберкулеза, рост осведомленности пациентов о респираторных заболеваниях, увеличение количества пациентов прекративших курение после консультации врача/медработника, увеличение знаний, навыков и уровня профессиональной удовлетворенности среди медработников результатами своей работы в отношении респираторных заболеваний.

**ГЛАВА 1.
 КАШЕЛЬ И/ИЛИ ЗАТРУДНЕНИЕ ДЫХАНИЯ (ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПЕРВЫХ СИМПТОМОВ МЕНЕЕ 2 НЕДЕЛЬ.)
 АЛГОРИТМ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ И ТАКТИКИ.**



ГЛАВА 2.

КАШЕЛЬ МЕНЕЕ ДВУХ НЕДЕЛЬ. ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ (ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ, ВКЛЮЧАЯ ГРИПП). ПОКАЗАНИЯ К СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ГРИППА.

Рассматриваемые распространенные заболевания (код по МКБ 10)

1	Грипп, вирус идентифицирован	J10
2	Острые инфекции верхних дыхательных путей множественной и неуточненной локализации	J06

2.1 ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ (ГРИППА И ДРУГИХ ВИРУСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ)

Отличительные признаки	Грипп	Другие вирусные заболевания (ОРВИ)
Распространенность (встречаемость)	Распространен в период объявленной эпидемии	Распространенность (вне объявленной эпидемии гриппа наиболее высока)
Отличительные клинические проявления	Повышение температуры более высокое (часто выше 39), боль в глазных яблоках при движениях, полиартралгии, мышечные боли, могут быть понос и рвота	Температура чаще более низкая, часто до 39, обильный насморк, общее состояние удовлетворительное, боли в горле без признаков налетов на миндалинах
Период длительности повышения температуры	Часто до 5 дней, при более длительной лихорадке при гриппе исключить бактериальные осложнения	Чаще длится не более 3 дней (может быть нормальной). Более длительная лихорадка – исключить бактериальные осложнения
Отличительные клинические проявления некоторых вирусных инфекций		Боли в горле и конъюнктивит после периода респираторных симптомов (аденовирусная инфекция).
Сигналы тревоги (уточнять у всех пациентов)	<ul style="list-style-type: none"> • Высокая температура более 3 дней • Одышка, появление цианоза, затрудненное дыхание • Красноватая или окрашенная мокрота • Боль в груди • Низкое артериальное давление • Заторможенность, летаргия • Снижение диуреза • Рвота • Лейкоцитоз, лейкопения 	Длительность лихорадочного периода более 3 дней (возможно присоединение бактериальной инфекции)

2.2. ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННОЕ ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Наименование	Цель
Общий осмотр, оценка общего состояния, измерение температуры	Общая оценка состояния, измерение температуры, ЧД, при общем плохом самочувствии повторное измерение АД
Осмотр зева	Исключение бактериальной инфекции: тонзиллиты, синдром пост-назальной капли при синуситах
Аускультация, перкуссия легких	Исключение наличия крепитирующих хрипов, других признаков инфекций нижних дыхательных путей
Отоскопия при жалобах	Исключение бактериальной инфекции: средний отит
При жалобах пальпация болевых точек в области синусов	Оценка вероятности бактериальных синуситов
При сигналах тревоги	Оценка наличия менингеальных симптомов

2.3. ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Наименование	Грипп	Другие вирусные заболевания
Общий анализ крови	При наличии повышения температуры более 3 дней	При наличии повышения температуры более 3 дней
Рентгенография легких	При выслушивании мелкопузырчатых хрипов, подозрении на развитие бактериальных осложнений, при сигналах тревоги	При выслушивании мелкопузырчатых хрипов, подозрении на развитие бактериальных осложнений, при сигналах тревоги
Прочие исследования	По показаниям	По показаниям

2.4. НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ СОВЕТЫ (ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ)

- Респираторные заболевания верхних дыхательных путей вирусной природы наиболее распространены, в среднем взрослый человек переносит 1-2 эпизода вирусной инфекции в течение года.
- Вирусные заболевания – в своем большинстве относятся к заболеваниям с самопроизвольным излечением по мере возникновения иммунного ответа. Наблюдение за динамикой состояния имеет значение, обращение за профессиональной медицинской помощью необходимо при ухудшении состояния или отсутствия улучшения после первых 3 дней болезни.
- Если нет сигналов тревоги, информировать пациента, что на момент осмотра нет очевидных признаков бактериальной инфекции, и речь идет о респираторной инфекции верхних дыхательных путей, по всей вероятности вирусной природы.
- При всех респираторных инфекциях необходимо советовать обильное питье
- Антибиотики не действуют на вирусы, не уменьшают период повышенной температуры и назначаются только при подозрении на присоединение бактериальной инфекции (стрептококковая ангина, инфекции нижних дыхательных путей, отиты и пр.). Антибиотики не являются средством профилактики пневмоний.
- Применение жаропонижающих средств снижает температуру на несколько часов, не сокращая период заболевания. Более важно общее самочувствие, чем уровень температуры (наличие одышки, ухудшение состояния, угроза обезвоживания).
- Курение (и пассивное) увеличивает предрасположенность ко всем респираторным заболеваниям, удлиняет период кашля до 2-3 недель. Дайте совет бросить курить ([смотри Главу 9](#))
- Для всех вирусных заболеваний важно обильное питье
- Откашливающие / отхаркивающие препараты не сокращают период заболевания, но могут облегчать симптомы. Откашливающие / отхаркивающие препараты относятся к средствам безрецептурного отпуска и не обязательны для приема при вирусных инфекциях и гриппе. У курящих пациентов длительность кашля при ОРВИ в среднем дольше на 7-10 дней.
- Всем пациентам с ОРВИ и гриппом сообщите о сигналах тревоги (повышение температуры дольше 3 дней, одышка, боли в груди, заторможенность, ощущение ухудшения состояния), которые могут появляться в ходе развития заболевания в более редких ситуациях и необходимости незамедлительного повторного обращения к врачу.

2.5. НАЗНАЧЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ

Назначение антибактериальной терапии на уровне первичной медицинской помощи оправдано только при развитии бактериальных осложнений. (смотри Главу 5).

Необходимо оценить возможность присоединения вторичной бактериальной инфекции при лихорадочном периоде более 5 дней для гриппа

2.6. НАЗНАЧЕНИЕ ПРОТИВОВИРУСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЭПИДЕМИЯХ ГРИППА

Основой лечения гриппа являются вспомогательные меры, как и для всех респираторных вирусных инфекциях (обильное питье, прием жаропонижающих препаратов в случае необходимости). В абсолютном большинстве случаев выздоровление при гриппе происходит без приема противовирусных препаратов

Применение противовирусных препаратов в ранней стадии заболевания при подозрении на заболевание гриппом ускоряет выздоровление, уменьшает вероятность тяжелого течения гриппа с неблагоприятным исходом и оправдано в следующих случаях:

- общее тяжелое состояние или ухудшение состояния у пациента, не относящегося к группам риска
- назначение всем пациентам, независимо от общего состояния, относящихся к группам риска по развитию тяжелого течения гриппа:

2.7. ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ. СИГНАЛЫ ТРЕВОГИ

Показанием к госпитализации взрослых больных является тяжелое течение ГПЗ (ОРИ): резкая слабость, заторможенность, нарушение сознания, судороги, одышка (ЧД > 20 в минуту), дегидратация, невозможность пить

или более 3 дней для прочих вирусных респираторных инфекций, либо при ухудшении общего состояния

В амбулаторных условиях стартовыми антибиотиками могут являться амоксициллин или при аллергии на пенициллиновые антибиотики - макролиды. (смотри Главу 5)

1. Беременные
2. Лица с иммунодефицитными состояниями
3. Лица с хроническими заболеваниями (сахарный диабет, ХОБЛ)
4. Здоровые люди в возрасте старше 65 лет.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ препаратами выбора при назначении противовирусного лечения во время эпидемии гриппа является озельтамивир 75 мг. по 1 таблетке 2 раза в день 5 дней, занамивир (5 мг/ингаляция) 2 ингаляции в носовую полость 2 раза в сутки в течение 5 дней. Общая суточная доза — 20 мг.

Противовирусное лечение не требуется для пациентов, не принадлежащих к группам риска и с неосложненным течением заболевания.

(рвота), сочетание стойкого кашля с одышкой, кровохарканье, признаки вовлечения в процесс ЦНС, подозрение на пневмонию и другие осложнения, пациенты из группы риска, в том числе беременные.

2.8. СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ГРИППА.

В соответствии с постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12.10.2010 №132 Об утверждении Санитарных норм, правил и гигиенических нормативов «Требования к проведению эпидеми-

ологического надзора за острыми респираторными инфекциями в Республике Беларусь» определена следующая тактика в отношении иммунизации отдельных групп населения.

Тактика иммунизации отдельных групп населения против гриппа в Республике Беларусь

№ п/п	Контингент	Вакцина, рекомендованная для использования
1.	Группа высокого риска неблагоприятных последствий заболевания гриппом	
1.1.	Дети от 6 месяцев до 3 лет	Инактивированная гриппозная вакцина (далее – ИГВ)
1.2.	Дети с 3-х лет и взрослые с хроническими заболеваниями	ИГВ
1.3.	Лица с иммуносупрессией	ИГВ
1.4.	Лица старше 65 лет	ИГВ
1.5.	Беременные	ИГВ
2.	Группа высокого риска заражения гриппом	
2.1.	Дети от 3 до 6 лет	ИГВ или живая гриппозная вакцина (далее – ЖГВ)
2.2.	Дети (школьники) в возрасте от 6 до 16 лет	ИГВ или ЖГВ
2.3.	Медицинские работники	ИГВ
2.4.	Лица из учреждений с круглосуточным пребыванием детей и взрослых: дети от 6 месяцев до 3-х лет; дети от 3-х лет и взрослые	ИГВ ИГВ или ЖГВ

2.5.	Орнитологи, работники птицеводческих предприятий, не вошедшие в подпункты 1.2-1.5 пункта 1 настоящего приложения	ИГВ
2.6.	Работники сферы бытового обслуживания, не вошедшие в подпункты 1.2-1.5 пункта 1 настоящего приложения	ИГВ или ЖГВ
2.7.	Работники учреждений образования, не вошедшие в подпункты 1.2-1.5 пункта 1 и подпункт 2.4 пункта 2 настоящего приложения	ИГВ или ЖГВ
2.8.	Работники торговли и общественного питания, не вошедшие в подпункты 1.2-1.5 пункта 1 и подпункт 2.6 пункта 2 настоящего приложения	ИГВ или ЖГВ
2.9.	Работники транспортных организаций, не вошедшие в подпункты 1.2-1.5 пункта 1 настоящего приложения	ИГВ или ЖГВ
3.	Другие категории лиц, не указанные в пунктах 1 и 2 настоящего приложения, в том числе:	
3.1.	Работники служб по обеспечению жизнедеятельности и безопасности государства (Министерство по чрезвычайным ситуациям Республики Беларусь, Министерство внутренних дел Республики Беларусь, Министерство обороны Республики Беларусь, службы жилищно-коммунального хозяйства, энергообеспечения, связи)	ИГВ или ЖГВ
3.2.	Лица, находящиеся в контакте с пациентами с хронической патологией и с иммуносупрессией	ИГВ
3.3.	Лица, находящиеся в контакте с детьми до 6 месяцев	ИГВ
3.4.	Здоровые лица, не вошедшие в подпункты 3.1-3.3 пункта 3 настоящего приложения	ИГВ или ЖГВ

Основные противопоказания к вакцинации в отношении гриппа.

- Аллергические реакции, тяжелые побочные реакции на предыдущие вакцинации
- Синдром Guillian-Barre
- Дети до 6 месяцев
- Пациенты, у которых на момент вакцинации есть признаки респираторной инфекции и повышение температуры

2.9. ИНФОРМАЦИЯ О ПРИМЕНЕНИИ СИМПТОМАТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ПРИ ГРИППЕ И ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

Откашливающие препараты (при вирусных инфекциях и гриппе)

На сегодняшний день нет доказательств того, что при гриппе или ОРВИ необходимо обязательно применять какой-то препарат из группы откашливающих или разжижающих мокроту средств. Эти препараты относятся к категории вспомогательного лечения и относятся к средствам безрецептурного отпуска. Опыт выздоровления пациента без применения медикаментов способствует уменьшению вероятности аллергических реакций, уменьшению медикаментозной нагрузки на население. Прекращение курения (в том числе пассивного) сокращает период кашля при последующих заболеваниях гриппом и ОРВИ.

Применение жаропонижающих средств (при вирусных инфекциях и гриппе).

Применение жаропонижающих средств относится к симптоматическому лечению. Повышение температуры – защитная реакция организма на инфекцию и является естественным иммунным ответом. Повышение температуры при большинстве вирусных инфекций обычно длится не более 3-х дней. Если температура длится более 3 дней или после периода снижения вновь повысилась, может идти речь о бактериальной инфекции или более серьезном заболевании, требующем консультации врача. Применение жаропонижающих средств при субфебрильной температуре в пер-

вые дни заболевания может замедлять иммунный ответ и замедлять сроки выздоровления.

Понижающие температуру средства не являются жизненно необходимыми: они не ускоряют выздоровление, в лучшем случае пациент почувствует себя несколько лучше.

Если не снижать температуру, то температура не будет постоянно повышаться: установится более высокое равновесие, повышение температуры усиливает иммунный ответ.

Применение потенциально опасных жаропонижающих средств может принести больше вреда, чем само повышение температуры: не рекомендуют применение анальгина (в том числе в инъекциях) для снижения температуры из-за опасности развития агранулоцитоза. Применение аспирина у подростков и молодых людей для снижения температуры может вызывать синдром Рея.

Снижение температуры у пациентов без прочих хронических заболеваний можно рекомендовать начиная с уровня 39.0 при измерении в аксиллярной области.

Таблица 2.1 В настоящее время наиболее безопасными жаропонижающими препаратами являются парацетамол, ибупрофен. При наличии рвоты можно пользоваться свечами. Дозировка жаропонижающих средств для взрослых (вес больше 60 кг)

	Дозировка внутрь	Дозировка ректально.
Парацетамол 0.5; 1.0 в таблетках, 0.5 и 1.0 в свечах	500-1000 мг, при необходимости можно принимать с интервалом 4 часа до 3-4 раз в день. Максимальная суточная доза 4 г.	500-1000 мг, при необходимости можно принимать с интервалом 4 часа до 3-4 раза в день. Максимальная суточная доза 4 г.
Ибупрофен 0.2, 0.4 в таблетках	200-800 мг, при необходимости можно принимать с интервалом 4 часа до 3-4 раз в день. Максимальная суточная доза 2.4 г.	

ГЛАВА 3.

КАШЕЛЬ МЕНЕЕ ДВУХ НЕДЕЛЬ. РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ОТОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (ОСТРЫЕ ТОНЗИЛЛИТЫ, ОСТРЫЕ СИНУСИТЫ, ОСТРЫЕ СРЕДНИЕ ОТИТЫ)

3.1. БОЛИ В ГОРЛЕ ПРИ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ. ОСТРЫЕ ТОНЗИЛЛИТЫ.

Рассматриваемые распространенные заболевания (код по МКБ 10)

1	Острые инфекции верхних дыхательных путей множественной и неуточненной локализации	J06
2	Острый тонзиллит	J03
3	Стрептококковый тонзиллит	J03.0
4	Острый тонзиллит неуточненный (в том числе фолликулярный, гангренозный и т.д.)	J03.9
5	Инфекционный мононуклеоз	B27
6	Кандидозный стоматит	B37.0
7	Перитонзиллярный абсцесс	J36

При развитии респираторных заболеваний, где боли в горле являются основной жалобой, необходима дифференциальная диагностика между ОРВИ и острыми тонзиллитами, а при наличии экссудата в области небных миндалин – дифференциальная диагностика острых тонзиллитов.

Острый тонзиллит (ангина) – острое инфекционное заболевание, вызываемое стрептококками или стафилококками, реже другими микроорганизмами, характеризующееся воспалительными изменениями в лимфаденоидной ткани глотки, чаще в небных миндалинах, проявляющееся болями в горле и умеренной общей интоксикацией.

3.1.1. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ (РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ТОНЗИЛЛИТОВ)

Наименование	Основные клинические особенности	Примечания
Катаральная ангина	Боли в горле, сложно от дифференцировать от ОРВИ до момента возникновения налетов, если боли в горле сопровождаются насморком – то более вероятно ОРВИ	Общее ведение, как для ОРВИ, назначение антибиотиков не оправдано
Фолликулярная ангина	Наиболее частая форма ангин, характерен высокий уровень подъема температуры, отсутствие насморка и кашля в большинстве случаев, при обследовании задней стенки глотки – фолликулы миндалин заполнены гноем	Наиболее вероятный возбудитель – стрептококк, необходимо назначение антибиотиков пенициллинового ряда амоксициллина клавуланат
Лакунарная ангина	Форма ангин с выраженными налетами на миндалинах	Консультация ЛОР
Флегмонозная ангина		Требуется госпитализации
Атипичная ангина: инфекционный мононуклеоз (вирус Эпштейн-Барра)	Самая частая из атипичных ангин, сопровождается выраженным налетом в области миндалин, возникает в подростковом и более молодом возрасте, вызывается вирусом Эпштейн-Барра, лихорадка может длиться более 7 дней, сопровождается выраженной слабостью, гиперплазией шейных лимфоузлов	При приеме препаратов пенициллинового ряда могут возникнуть высыпания на коже, часто специфические изменения со стороны лейкоцитарной формулы (измененные мононуклеары). Консультация ЛОР специалиста для исключения перитонзиллярного абсцесса, для дифференциальной диагностики атипичных тонзиллитов.
Атипичная ангина (грибковая)	Белые, легко снимающиеся налеты на щеках, языке, небе, чаще возникает на фоне иммунодефицита (может быть проявлением ВИЧ инфекции)	Консультация ЛОР специалиста, посев
Ангин при инфекционных заболеваниях	Более редкие на уровне ПМП: дифтерия: высокая температура, отек шеи, плотный грязный неснимающийся налет в области миндалин.	Срочная Консультация / госпитализация в инфекционное отделение при подозрении на дифтерию
Ангин при заболевании крови (агранулоцитозы, лейкозы,)	Более редкие формы, могут проявляться как обычные ангины, дифференциальный диагноз по отклонениях формулы общего анализа крови	Консультация гематолога

3.1.2. ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННОЕ ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Наименование	Цель
Общий осмотр, оценка общего состояния, измерение температуры	Общая оценка состояния
Осмотр зева с достаточным освещением	Осмотр небных миндалин на наличие гнойного налета, есть ли затруднение при открывании рта, пальпация подчелюстных, шейных лимфоузлов
Аускультация, при необходимости перкуссия легких	Исключение инфекций нижних дыхательных путей
Отоскопия при жалобах	Исключение среднего отита
Аускультация сердца	Обратить внимание на наличие патологических шумов
Пальпация живота	Определение границ печени, селезенки при подозрении на инфекционный мононуклеоз
При сигналах тревоги	Затруднение открыть рот (перитонзиллярный абсцесс), рецидивирующие атипичные ангины (оценить вероятность снижения иммунитета, оценить целесообразность определения ВИЧ статуса.)

3.1.3. НАЗНАЧЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ (ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ)

Наименование	Показания	Примечания
Общий анализ мочи	Для предупреждения ранних осложнений	В начале заболевания и по выздоровлению (контроль через 1 месяц)
Общий анализ крови	Для дифференциальной диагностики (лейкозы)	
Бакпосев с миндалин	Лакунарные ангины, атипичные ангины	Рекомендуется проведение при атипичных ангинах. При классической фолликулярной ангине, положительной динамике после назначения эмпирического лечения посев проводить нецелесообразно
Прочие исследования	Анализ на бактерии Леффлера (дифтерия)	Рекомендуется проведение при лакунарных, атипичных ангинах.

3.1.4. ИНФОРМАЦИЯ, НЕОБХОДИМАЯ ДЛЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТУ

- Если боли в горле не сопровождаются появлением экссудата / налетов в области миндалин, то чаще всего речь идет о фарингите вирусной природы, антибиотики в этом случае не рекомендуются.
- Полоскание горла солевым раствором (1/2 чайной ложки на стакан воды) облегчает симптомы
- Боли в горле, сопровождающиеся налетом (ангина), чаще всего результат бактериальной инфекции, поэтому необходимо лечение антибиотиками для ускорения выздоровления.
- Без лечения антибиотиками несколько увеличивается вероятность осложнений в виде паратонзиллярного абсцесса, а также отдаленных осложнений со стороны сердца (ревматизм) и почек (гломерулонефрит).
- Для профилактики возможных осложнений со стороны сердца (ревматизма) и почек (гломерулонефрита) очень важно закончить полный курс антибиотиков длительностью 10 дней, даже когда самочувствие уже удовлетворительное.

3.1.5. МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

В основе лечения тонзиллитов стрептококковой этиологии составляет антибактериальная терапия.

В качестве дополнительной симптоматической терапии используются жаропонижающие средства (см. стр. 18)

Вид тонзиллита	Выбор антибактериальной терапии
1. Стрептококковый тонзиллит	Антибиотики 1-го ряда Амоксициллин 0.5 по 1 таб три раза в день При аллергии к препаратам пенициллинового ряда назначается Азитромицин 0.5 1 таб 1 раз в день 5 дней
	Антибиотики 2-го ряда амоксициллина клавуланат 1,0 по 1 таб два раза в день 7 дней
2. Инфекционный мононуклеоз, (вирус Эпштейн-Барра)	При подозрении на инфекционный мононуклеоз консультация ЛОР специалиста.
Подозрение на дифтерию зева	Срочная госпитализация в инфекционное отделение стационара, показано срочное специфическое лечение
Прочие виды	Консультация ЛОР специалиста

3.1.6. ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ, КОНСУЛЬТАЦИЯ УЗКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ. СИГНАЛЫ ТРЕВОГИ

Показания к консультации ЛОР-врача:

- сохранение лихорадки более 3-х дней на фоне проводимой антибактериальной терапии
- появление тризма жевательной мускулатуры (развитие перитонзиллярного абсцесса)
- эпизоды ангины чаще 4 раз в году
- результаты посева: атипичные ангины (грибковая).
- инфекционный мононуклеоз
- подозрение на дифтерию зева (срочная госпитализация в инфекционное отделение)
- тонзиллит грибковой природы (возможно иммуносупрессивные состояния, в том числе ВИЧ инфекция) – консультация инфекциониста

3.2. ОСТРЫЕ СИНОСИТЫ

Рассматриваемые распространенные заболевания (код по МКБ 10)

1	Острый верхнечелюстной синусит	J01.0
2	Острый фронтальный синусит	J01.1

3.2.1 ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ СИНОСИТОВ

Наименование
Ухудшение простудных явлений в течение первых 3-5 дней с появлением заложенности в области проекции пазух
Заложенность носа более 7 дней
Боли в области пазух усиливаются при наклоне вперед
Гнойное отделяемое из носа, иногда с примесью крови при высмаркивании, особенно при одностороннем проявлении
Чаще возникает на фоне курения, у лиц с аллергией, при искривлении носовой перегородки

3.2.2 ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННОЕ ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СИНУСИТОВ

Наименование
Определение чувствительности в области болевых точек выхода лицевого нерва
Усиление болей при наклоне вперед
Наличие синдрома «пост-назальной капли гноя» при осмотре задней поверхности глотки

3.2.3. НАЗНАЧЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ (ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ)

Наименование	Показания
Рентгенография придаточных пазух	При симптомах более 7 дней
Общий анализ крови	Для дифференциальной диагностики бактериальной инфекции и определения степени тяжести синусита
Прочие исследования	Диафаноскопия (просвечивание пазух источником света в темной комнате).

3.2.4. ИНФОРМАЦИЯ, НЕОБХОДИМАЯ ДЛЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТУ

- Практически любая инфекция верхних дыхательных путей сопровождается реактивным воспалением слизистых оболочек в области синусов с ощущением заложенности и давления в области придаточных пазух и вызывается преимущественно вирусной инфекцией
- При отсутствии сигналов тревоги в подавляющем большинстве случаев течение заболевания с самопроизвольным выздоровлением. Без применения антибиотиков 8 из 10 пациентов не отмечает жалоб через 2 недели с момента начала заболевания.
- Применение антибиотиков оправдано при умеренно выраженных симптомах продолжительностью более 7 дней или ухудшении самочувствия либо при выраженных симптомах (выраженные головные боли и повышение T более 39) независимо от длительности жалоб.
- Облегчение может давать закапывание солевых капель в носовые ходы, сосудосуживающие средства
- В основе рецидивирования жалоб могут быть анатомические особенности (искривление носовой перегородки, гипертрофии носовых раковин) либо явления аллергии, сопровождающиеся отеком слизистых.
- Источником верхнечелюстного синусита могут быть кариозные зубы с инфицированными корнями в области дна верхнечелюстной пазухи
- Курение (в том числе пассивное) увеличивает частоту развития синуситов в 5-6 раз, по сравнению с некурящими. Дайте совет бросить курить (смотри Главу 9), при мотивации бросить предложить консультирование по прекращению курения.
- По мировым данным потребность пункции синусов возникает не более чем в 1-2% от всех случаев, в которых применялась антибиотикотерапия

3.2.5. МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Сосудосуживающие капли в нос	по 1-3 капли в носовые ходы 2 раза в день 3-5 дней
Антибиотикотерапия	Препараты 1 –го ряда Амоксициллин 0.5 по 1 таб 3 раза в день 7 дней При аллергии на пенициллиновый ряд Азитромицин 0.5 по 1 таб 1 раз в день 3 дня
	Препараты 2-го ряда Амоксицилина клавулонат 1.0 по 1 таб 2 раза в день 7 дней Кларитромицин 0.5 по 1 таб 2 раза в день 5-7 дней

При необходимости можно дополнительно рекомендовать жаропонижающие препараты (см. стр. 18)

3.2.6. ПОКАЗАНИЯ К ПУНКЦИИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ И ЛОБНОЙ ПАЗУХИ (ПРОВОДИТСЯ ЛОР СПЕЦИАЛИСТОМ)

- Неэффективность консервативного лечения в течение 7-10 дней
- Ухудшение самочувствия пациента на фоне лечения (нарастание головных болей, чувства давления в области пазух, зубной боли как причины синусита)
- Отсутствие снижения температуры в течение 3 дней после назначения антибактериальной терапии

3.2.7. ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ, КОНСУЛЬТАЦИЯ УЗКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ. СИГНАЛЫ ТРЕВОГИ

- Отсутствие снижения температуры в течение 3 дней после назначения антибактериальной терапии
- Сохранение жалоб и отсутствие улучшений в течение течение 5-7 дней после начала антибиотикотерапии (консультация ЛОР)
- Отек верхних, нижних век глаза (необходима срочная госпитализация в ЛОР отделение)

3.3. ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ИНФЕКЦИИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ В СОЧЕТАНИИ С БОЛЯМИ В УХЕ. ОСТРЫЕ ОТИТЫ

Рассматриваемые распространенные заболевания (код по МКБ 10)

1	Острый катаральный средний отит	H65.9
2	Острый гнойный средний отит	H66.0
3	Хронический секреторный (слизистый) средний отит	H65.2
4	Хронический гнойный средний отит	H66.3
5	Наружный отит (ухо пловца)	H60.3

3.3.1. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

Наименование	Основные клинические признаки	Примечания
Острый катаральный средний отит	Боли в ухе на фоне респираторной инфекции, без признаков гнойного экссудата	Наиболее частая форма
Острый гнойный средний отит	Боли в ухе на фоне респираторной инфекции. Есть гнойное отделяемое в наружном слуховом проходе, либо признаки наличия гнойного экссудата за барабанной перепонкой, есть снижение слуха	Встречается несколько реже по сравнению с острым катаральным средним отитом
Рецидивирующий средний отит	То же, количество эпизодов отита более 4 раз в год или более 3 раз в 6 месяцев	Может быть на фоне аллергических заболеваний, у детей на фоне аденоидных разрастаний. Направить на консультацию ЛОР специалиста
Секреторный средний отит	Боли в ухе отсутствуют или не выражены, есть снижение слуха	Потребуется консультации ЛОР специалиста
Хронический средний отит	Эпизодическое длительное гноетечение из уха, стойкая перфорация барабанной перепонки	Консультация и лечение у ЛОР специалиста
Острый наружный отит	Боли в ухе. Возникает чаще на фоне загрязнения наружного слухового прохода, после плавания (вне связи с респираторными заболеваниями), может быть гнойное отделяемое из уха	

3.3.2. ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННОЕ ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ. ОТОСКОПИЯ.

Типичные отоскопические картины смотри в Приложении 12.

	Отоскопическая картина
Острый катаральный средний отит	Барабанная перепонка гиперемирована, без признаков гнойного экссудата, барабанная перепонка втянута, неподвижна в моментотоскопии при глотании с закрытым носом (симптом Политцера)
Острый гнойный средний отит	Гнойное отделяемое в наружном слуховом проходе, либо признаки наличия гнойного экссудата за барабанной перепонкой. Барабанная перепонка гиперемирована, инфильтрирована, опознавательных знаков барабанной перепонки нет
Рецидивирующий средний отит	То же, количество эпизодов отита более 4 раз в год или более 3 раз в 6 месяцев
Секреторный средний отит	Барабанная перепонка серая, желтоватая, розоватая, возможно уровень жидкости, пузырьки воздуха
Хронический средний отит	Гноетечение из уха, стойкая перфорация барабанной перепонки
Острый наружный отит	Гнойное отделяемое в наружном слуховом проходе, болезненность при оттягивании ушной раковины, надавливании на козелок, барабанная перепонка необозрима из-за гиперемии, инфильтрации кожи наружного слухового прохода

3.3.3. НАЗНАЧЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ (ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ)

Анализ крови общий: диагностика неспецифического воспалительного синдрома, определение формы отита (гнойный или катаральный)

3.3.4. ИНФОРМАЦИЯ, НЕОБХОДИМАЯ ДЛЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТУ

Общая информация. Если пациент курит, рекомендовать бросить. Курение увеличивает предрасположенность заболевания средним отитом в 3 раза по сравнению с некурящими. Совет в отношении прекращения Глава 9.

- Острый катаральный средний отит. Возникает часто, в большинстве случаев требует симптоматического лечения. Смотри ниже
- Острый гнойный отит, перфорация барабанной перепонки. Требуется лечения антибиотиками. При остром гнойном отите избегать попадания воды в ухо в течение месяца. Проводить сухой туалет наружного слухового прохода. Не закрывать наружный слуховой проход ватой. Чаще

всего прогноз благоприятный – полное заживление барабанной перепонки в течение 7-10 дней. Требуется наблюдения у ЛОР специалиста.

- Рецидивирующий средний отит. Чаще сопряжены с аллергией, аномалиями носовой перегородки, аденоидами.
- Острый наружный отит. Может быть связан с загрязнением наружного слухового прохода или наоборот, излишним туалетом (неправильное использование ватных ушных шариков: очищать ушной проход только у входа в наружный слуховой проход). Возможно «ухо пловца» при частом пребывании в воде, после купания в водоемах, при работе во влажной среде с большим количеством пыли.

3.3.5. ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

Наименование	Отоскопическая картина
Острый катаральный средний отит	<ul style="list-style-type: none"> • Сосудосуживающие капли в нос по 1-2 капли 2 раза в день 3-5 дней. для адекватной вентиляции слуховой трубы, после закапывания наклонять голову для затекания капель по наружной стенке слухового прохода • Болеутоляющие парацетамол (дозировка см. стр. 20) • При выраженных болях, повышении температуры.
Острый гнойный средний отит	<ul style="list-style-type: none"> • Сосудосуживающие капли в нос по 1-2 капли 2 раза в день 3-5 дней • Болеутоляющие парацетамол (дозировка см. стр. 20) • При выраженных болях, повышении температуры амоксициллин 0.5 по 1 таб 3 раза в день, препарат второго выбора амоксициллина-клавулонат 1.0*2 раза в день 7 дней • Сухой туалет наружного слухового прохода • Ушные неспиртсодержащие капли с антисептиком
Рецидивирующий средний отит	Консультация ЛОР + то же
Секреторный средний отит	Консультация ЛОР + то же
Хронический средний отит	Консультация ЛОР + то же
Острый наружный отит	<ul style="list-style-type: none"> • Ушные неспиртсодержащие капли с антисептиком, нормокс, отофа • амоксициллин-клавулонат 1.0*2 раза в день 7-10 дней

3.3.6. ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ, КОНСУЛЬТАЦИЯ УЗКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ. СИГНАЛЫ ТРЕВОГИ

Консультация ЛОР специалиста показана

- Отсутствие улучшения в течение 3 дней после начала антибиотикотерапии при острых средних отитах и при наружном отите
- Консультация через 7 дней после начала лечения при сохранении жалоб на отсутствие положительной динамики восстановления слуха
- При нарастающей боли в ухе, фебрильной температуре более 3 дней
- При перфорации барабанной перепонки
- При рецидивирующем остром среднем отите
- При хроническом среднем отите
- Для уточнения диагноза в прочих ситуациях
- Длительное гноетечение из уха

Сигналы тревоги, показания для срочной госпитализации

- Боли за ухом, отечность околоушной области
- Оттопыренность ушной раковины
- Гиперемия, инфильтрация заушной области
- Боли при перкуссии, пальпации в заушной области
- Менингеальные знаки

ГЛАВА 4. КАШЕЛЬ ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ МЕНЕЕ ДВУХ НЕДЕЛЬ. СИНДРОМ ОСТРОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ. КУПИРОВАНИЕ ПРИСТУПА

Рассматриваемые распространенные заболевания (код по МКБ 10)

1	Астма с преобладанием аллергического компонента	J45.0
2	Неаллергическая астма	J45.1
3	Астматический статус	J46
4	Хроническая обструктивная легочная болезнь неуточненная (ХОБЛ)	J44.9
5	Хроническая обструктивная легочная болезнь с острой респираторной инфекцией нижних дыхательных путей	J44.0

4.1. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

В большинстве случаев при этой ситуации кашель в сочетании со свистящими хрипами на выдохе с наличием в анамнезе бронхиальной астмы либо ХОБЛ. Как правило, для лечения легких симптомов обструкции достаточно использование бронхолитиков короткого действия или повышение их дозы при необходимости до максимальных суточных доз. У неболь-

шой части пациентов обострение бронхиальной астмы может вызывать выраженную одышку в покое и в ряде случаев нарастание дыхательной недостаточности. Пациенты обычно отмечают неэффективность терапии ингаляционными препаратами.

4.2. ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННОЕ ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Объективное обследование пациента
Оценка на предмет возможных причин приступа одышки (респираторная инфекция, самовольное прекращение поддерживающего лечения пациентом, возможные другие причины возникновения одышки помимо обострения бронхиальной астмы)
Осмотр пациента на наличие одышки, частота дыхания, вовлечения дополнительных мышц при дыхании, объем грудной клетки на выдохе
Аускультация легких на предмет удлиненного выдоха и свистящих хрипов на выдохе, определение ЧСС, ЧД

Критерии тяжести состояния

- Одышка (увеличение ее) в покое, невозможность закончить предложение при разговоре из-за одышки, невозможность прилечь горизонтально
- Частота дыхания >30 в минуту (при тяжелой одышке ЧД может снова снижаться)
- ЧСС >120 в минуту
- Участие вспомогательной мускулатуры в дыхании

4.3. НАЗНАЧЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ (ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ)

Если позволяет время и состояние пациента желательно провести пикфлоуметрию

4.4. ИНФОРМАЦИЯ, НЕОБХОДИМАЯ ДЛЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТУ

Смотри раздел по ведению бронхиальной астмы и ХОБЛ [Глава 7](#).

4.5. ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ОБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА

Действия	Примечания
При отсутствии признаков передозировки бэта 2 агонистов: каждые 20 минут 2-3 ингаляции салбутамола (100 микрограмм в 1 дозе) через спейсер в течение часа. Равноценный вариант: Если возможно, использовать небулайзер 2мл 0.5% раствора беротека, разведенного в 3 мл физиологического раствора (вдыхание через небулайзер каждые 20 минут в течение часа)	При нарастании одышки если пациент использует дозированный ингалятор без спейсера, действующее вещество практически не достигает бронхов (использование спейсера важно!)
При недостаточном эффекте можно добавить ингаляции ипратропиума (20 микрограмм в 1 дозе) 2-4 раза или беродуал (комбинация фенотерола и ипротропиума) через небулайзер	
При тяжелом и среднетяжелом обострении (а также при недостаточном эффекте бронхолитиков в течение 1 часа при легком обострении) дополнительно вводится преднизолон в дозе 1-2 мг/кг внутривенно или внутримышечно (при невозможности провести внутривенную инъекцию). Допустим также прием преднизолона внутрь 40-60 мг.	При отсутствии улучшения в течение 30 минут госпитализировать

План ведения для пациентов с улучшением состояния после предыдущего лечения

Действия после купирования приступа	Примечание
Начните, если до этого не назначалось, или увеличьте частоту и дозировку ингаляционных кортикостероидов. Проверьте технику ингаляций.	Смотри Главу 7 (плановое ведение астмы)
Если пациент получил преднизолон при купировании приступа, назначьте преднизолон внутрь в дозе 40 мг в день в течение еще 6 дней с последующей отменой	
Назначьте антибиотик, если пациент с симптомами инфекции нижних дыхательных путей (повышение температуры, изменение цвета мокроты и увеличение отделяемой мокроты).	Смотри Главу 5 (лечение заболеваний нижних дыхательных путей)
Уточните, есть ли симптомы аллергического ринита. Назначьте лечение (антигистаминные препараты внутрь или назальные кортикостероиды). Хорошо контролируемый аллергический ринит улучшает течение бронхиальной астмы	
Посоветуйте бросить курить. Пациент более вероятно сможет бросить курить при правильном профессиональном совете и при наличии мотивации бросить.	Смотри Главу 9

4.6. ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ, КОНСУЛЬТАЦИЯ УЗКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ. СИГНАЛЫ ТРЕВОГИ

При отсутствии улучшения на фоне начальной терапии в течение 30 минут показана госпитализация.

4.7 КОНТРОЛЬНЫЙ ОСМОТР

В случае купирования обострения бронхиальной астмы: посоветуйте двукратное увеличение дозы ингаляционного кортикостероида. Продолжить прием бронхолитиков короткого действия (посоветуйте использование спейсера) в течение ближайших 24 часов по 2-4 дозы каждые 3-4 часа.

Назначьте контрольное посещение врача в течение 12-48 часов

- Оцените жалобы и функциональные нарушения у пациента
- Обследуйте органы дыхания

Оцените еще раз возможные причины обострения (выполнение назначенного лечения, технику ингаляций, контакт с триггерами).

ГЛАВА 5.

КАШЕЛЬ ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ МЕНЕЕ ДВУХ НЕДЕЛЬ. ЗАБОЛЕВАНИЯ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ (ОСТРЫЙ БРОНХИТ, ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ, ОБОСТРЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА ИЛИ ХОБЛ)

Рассматриваемые распространенные заболевания (код по МКБ 10)

1	Острый бронхит	J20
2	Острая респираторная инфекция нижних дыхательных путей неуточненная	J22
3	Бронхопневмония неуточненная	J18.0

5.1. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

Острый бронхит	Внебольничная пневмония	Обострение ХОБЛ
Анамнез. Кашель сухой или влажный, отделение мокроты слизистого; слизисто-гнойного или гнойного характера; повышение температуры тела.	Анамнез. кашель сухой или с мокротой (может быть кровохарканье), одышка, лихорадка, озноб, боль в грудной клетке, симптомы интоксикации. Температура обычно более высокая, длительность лихорадки более 3 дней могут указывать на возможность пневмонии.	Анамнез. На фоне хронических симптомов кашля повышение температуры, изменение характера и цвета отделяемой мокроты, появление симптомов интоксикации, увеличение одышки

5.2. ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННОЕ ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Острый бронхит	Внебольничная пневмония	Обострение ХОБЛ
Аускультация (жесткое дыхание, возможны сухие хрипы при наличии бронхоспазма); перкуссия (без изменений). Измерение ЧД, ЧСС	Повышение температуры тела обычно более 3 дней. Может быть выраженная потливость. На стороне поражения: притупление перкуторного звука, усиление голосового дрожания, ограничение экскурсии нижних краев легких, ослабленное везикулярное или бронхиальное дыхание, крепитация, звучные мелкопузырчатые хрипы. ЧД больше 20	Повышение температуры тела, изменение характера хрипов при аускультации, увеличение одышки Измерение ЧД, ЧСС
Измерение АД	Измерение АД	Измерение АД

5.3. НАЗНАЧЕНИЕ ЛАБОРАТОРНЫХ (ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ)

Наименование
Общий анализ крови
Рентгенография органов грудной клетки в 2-х проекциях по показаниям
Функция внешнего дыхания (по показаниям)

5.4. ИНФОРМАЦИЯ, НЕОБХОДИМАЯ ДЛЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТУ

В начале заболевания на уровне первичной медицинской помощи не всегда легко отдифференцировать острый бронхит от пневмонии. Основным отличием в ведении пациента при общем удовлетворительном состоянии в ведении пациента будет назначение антибиотикотерапии при подозрении на развитие осложненной инфекции нижних дыхательных путей (пневмонии).

Необходимо объяснить, что в случае неосложненного течения острого бронхита лечение антибиотиками не требуется, кашель может сохраняться в течение 2-х недель, если симптомы кашля не уменьшаются в течение 2-х недель, нужно повторно оценить состояние. Уточните отношение пациента к назначению антибиотиками (плюсы и минусы).

Посоветуйте курящему (в том числе пассивно) пациенту прекратить курение, так как курение увеличивает период кашля при респираторных инфекциях.

Откашливающие препараты не ускоряют излечение при респираторных инфекциях, однако могут давать некоторое облегчение.

Посоветуйте обильное питье, полупостельный режим

Для снижения температуры можно принимать парацетамол либо ибупрофен (**дозировки на стр. 20**)

Показания для назначения антибиотиков:

- Подозрение на пневмонию
- Высокая вероятность осложненного течения (возраст старше 65 лет,
- Сопутствующие ХОБЛ, астма, сахарный диабет, хроническая сердечная недостаточность
- Фторхинолоны не рекомендуются к назначению на уровне первичной медицинской помощи и возможны только на этапе специализированной помощи в качестве резервных препаратов для предупреждения развития возможной устойчивости к ним (в том числе туберкулеза).

5.5. МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Категория пациентов	Эмпирический выбор антибактериальной терапии
Пациенты без сопутствующих заболеваний, не принимавшие последние 3 мес. antimicrobные препараты с легким течением заболевания	Амоксициллин 500 мг 3 раза в сутки внутрь в течение 7-10 дней или (Азитромицин 500 мг 1 раза в сутки в течение 3 дней)
	Кларитромицин по 500 мг 2 раза в сутки внутрь в течение 7-10 дней
Пациенты старше 65 лет с сопутствующими заболеваниями или принимавшие последние 3 мес. antimicrobные препараты, пневмония с легким течением	Амоксициллин/клавуланат 875 мг 2 раза в сутки ± макролид (любой)
Неотложная помощь при подозрении тяжелой пневмонии у пациента перед направлением на госпитализацию.	

Если нет возможности направить больного в стационар, организуйте следующее лечение на дому до возможности госпитализации

Парентерально β-лактам (Цефтриаксон по 1-2 г в/м 1 раз в сутки) + макролид

Ступенчатая антибактериальная терапия - переход с парентерально-го на пероральный путь применения антибиотика следует осуществлять при стабилизации течения или улучшении клинической картины заболевания через 48-72 часа.

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

- снижение или нормализация температуры тела при ее двух последовательных измерениях с интервалом 8 часов
- улучшение общего самочувствия больного

ГЛАВА 6. КАШЕЛЬ ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ БОЛЕЕ ДВУХ НЕДЕЛЬ. ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА. ОСНОВЫ КОНТРОЛИРУЕМОГО ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА.

6.1. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

Рассматриваемые распространенные заболевания (код по МКБ 10)

1	Туберкулез органов дыхания, подтвержденный бактериологически и гистологически	A15.0
2	Туберкулез органов дыхания, не подтвержденный бактериологически и гистологически (подтверждение только рентгенологическое, прим. авт)	A16.0

Во всех случаях жалоб на кашель в течение более 2-х недель исключить заболевание туберкулезом.

Клинические симптомы, подозрительные в отношении туберкулеза	Примечания
Кашель более 2-х недель	У ВИЧ положительных лиц активно спрашивать при каждом обращении
Недавнее необъяснимое снижение веса (>5% за последние 4 недели)	У ВИЧ положительных лиц активно спрашивать при каждом обращении
Проливные ночные поты	У ВИЧ положительных лиц активно спрашивать при каждом обращении
Лихорадка > 2 недель	У ВИЧ положительных лиц активно спрашивать при каждом обращении
Снижение аппетита	
Боль в грудной клетке	
Прожилки крови в мокроте, кровохарканье	
Общая слабость	
Контакт с больным туберкулезом	
ВИЧ положительный статус у пациента	
одышка	

6.1.1 АЛГОРИТМ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА

Алгоритм выявления туберкулеза (рис. 1) при наличии кашля (или других вышеперечисленных симптомов) включает:

клиническое обследование, трехкратное исследование мазков мокроты методом микроскопии с окраской по Цилю-Нильсену; рентгенофлюорографическое исследование органов грудной клетки.

В случае варианта «А», когда кислотоустойчивые бактерии (КУБ) в мокроте не обнаружены, а при рентгенологическом обследовании выявлены ранее не регистрируемые изменения со стороны органов дыхания, пациенту необходимо провести неспецифическую тест-терапию в течение 10–20 дней (смотри Главу 5). Данной категории пациентов с целью тест-терапии не следует назначать антибиотики, обладающие антимикобактериальной активностью (рифампицин, стрептомицин, канамицин, амикацин, капреомицин, фторхинолоны).

При полном или значительном рассасывании воспалительных изменений в легких, улучшении общего состояния пациента следует трактовать выявленные изменения как внебольничную пневмонию и продолжить наблюдение (и/или лечение) в общей лечебной сети.

- направить пациента на консультацию (и/или лечение) в противотуберкулезный диспансер, где проводится комплексное дообследование пациента и решается вопрос о тактике дальнейшего лечения.

При исключении диагноза туберкулеза в дальнейшем проводится до-

обследование (спирография, компьютерная томография) в соответствии с единым алгоритмом (рис.1) для исключения бронхообструктивной, онкологической патологии и верификации легочного заболевания.

В случае варианта «Б», когда у пациента с характерными для туберкулеза жалобами не выявлено патологических изменений со стороны органов дыхания и не обнаружено кислотоустойчивых бактерий в мокроте, необходимо продолжить наблюдение за ним и лечение в общелечебной сети, не прибегая к консультации фтизиатра. Таким пациентам показано **КТ, исследование ФВД (для исключения бронхообструктивных заболеваний)**. Использование указанных дополнительных методов обследования позволяет выявить (или исключить) специфический процесс в органах дыхания (в легких, внутригрудных лимфоузлах и бронхиальном дереве) даже при кажущемся отсутствии изменений на рентгенограмме грудной клетки.

При вариантах «В» и «Г», когда у пациента в мокроте обнаружены кислотоустойчивые бактерии (при наличии рентгенологически видимых изменений в легких или даже при их отсутствии), необходимо направить его на консультацию (и/или лечение) в противотуберкулезный диспансер.

Методы диагностики ТБ у беременных женщин не должны включать рентгенологическое обследование, в особенности в течение первого триместра беременности.

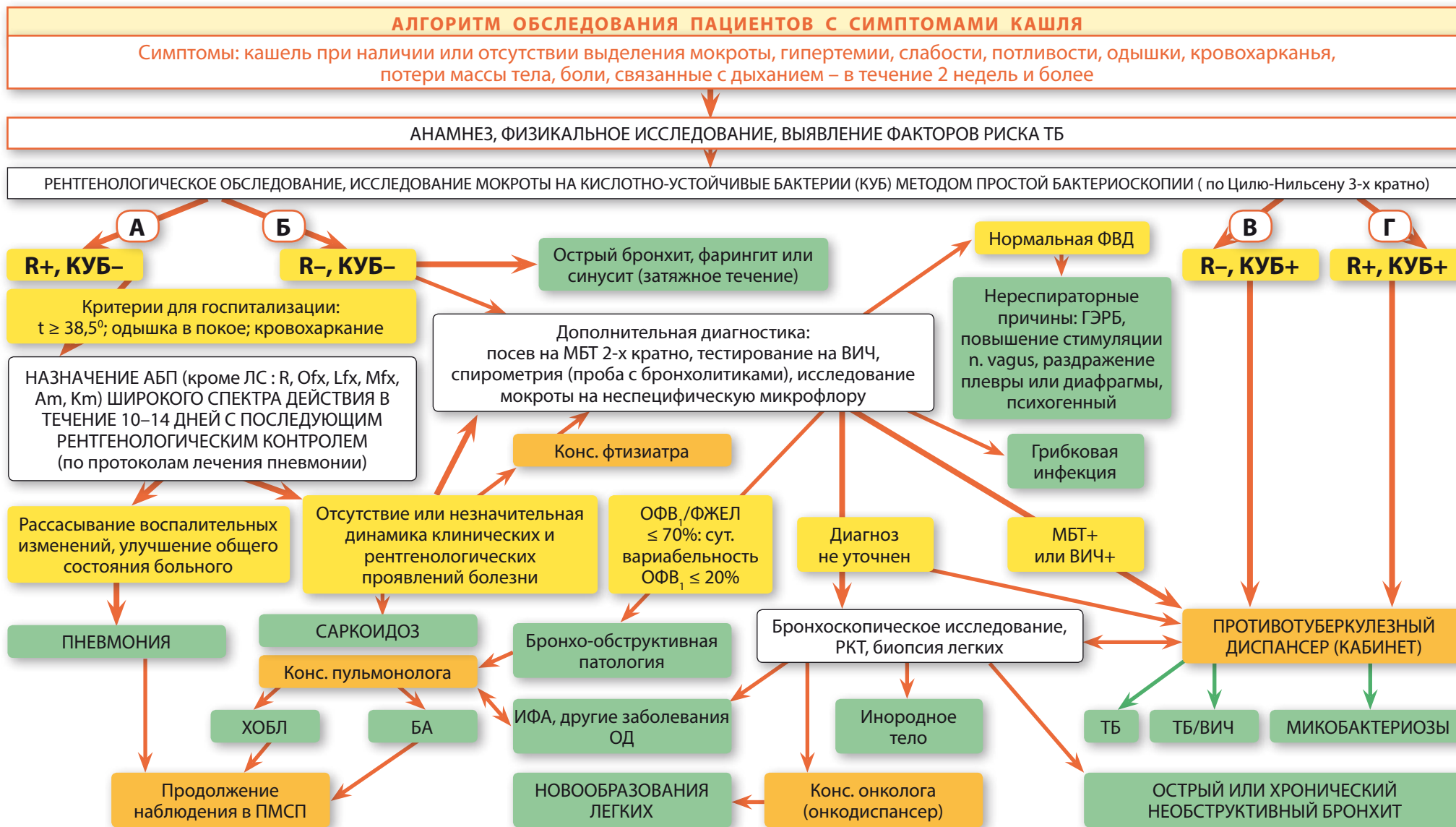


Рисунок 1 Алгоритм обследования пациентов с симптомами кашля

6.2. ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННОЕ ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Объективное обследование пациента	Примечания
Сбор анамнеза: не проходил ли лечение по поводу ТБ ранее, нахождение в местах лишения свободы, пребывание в странах с высоким риском ТБ, контакт с больным туберкулезом, статус ВИЧ (если есть подозрения)	Туберкулез может развиваться у любого человека вне зависимости от социального статуса пациента
Общее объективное обследование, вероятность туберкулеза выше у лиц со снижением иммунитета, у лиц с алкогольной зависимостью, курение предрасполагает к реактивации туберкулезной инфекции	
Клинически признаки инфекции нижних дыхательных путей при аускультации и перкуссии легких (возможно без изменений)	
Измерение веса (нет ли снижения веса)	
Термометрия	

6.3. НАЗНАЧЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ (ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ)

Исследование	Примечания
У всех пациентов с кашлем более 2-х недель необходимо собрать мокроты для проведения микроскопии на кислотоустойчивые бактерии (КУБ).	Информация для пациента при сборе мокроты описана в приложении 1. По согласованию с фтизиатром: Существует возможность быстрой диагностики туберкулеза и его резистентности в течение одного дня (XpertMTB/RIF)
Проведение рентгенографии легких	Отсутствие изменений специфичных для ТБ не является основанием для того, чтобы не проводить микроскопию мокроты
Общий анализ крови	При развитии ТБ возможно развитие лейкопении в начале заболевания.

6.4. ПРОЦЕДУРА СБОРА МОКРОТЫ

Сбор мокроты у пациента необходимо проводить под контролем медицинского персонала в специально оборудованной комнате для сбора мокроты либо на открытом воздухе. Комната для сбора мокроты должна быть оснащена бактерицидными лампами, локальной вытяжной или precisely-вытяжной вентиляцией. При отсутствии вентиляционного оборудования в помещении необходимо иметь окно для проветривания. Для сборов мокроты нельзя использовать туалеты из-за высокой опасности инфицирования других пациентов.

Основные этапы сбора мокроты представлены ниже в таблице, а также информация для пациента в приложении 1.

Образцы с мокротой отсылают в лабораторию в день сбора. Если это невозможно, то до поступления в лабораторию образцы мокроты хранят в отдельном холодильнике при $t + 4-8^{\circ}\text{C}$ не более 48-72 часов.

Этапы процедуры по сбору мокроты.

Этапы сбора мокроты	Краткое описание
1. Подготовка к сбору мокроты	<ul style="list-style-type: none"> Медицинский работник повторно объясняет пациенту методику, важность данной процедуры для установления правильного диагноза. Пациент должен тщательно прополоскать рот и горло водой или содовым раствором.
2. Процедура сбора мокроты	<ul style="list-style-type: none"> Медицинский работник должен находиться позади пациента или возле окна снаружи отгороженной стеклом или пластиком кабины для сбора мокроты. Прекратить сбор мокроты можно при достижении 3-5 мл объема
3. После осуществления сбора мокроты	<ul style="list-style-type: none"> Медицинский работник должен попросить пациента закрыть контейнер с мокротой и передать ему, Проконтролировать герметичность закрывания контейнера Промаркировать образец (этикетка с фамилией, датой и номером порции приклеивается на боковую стенку контейнера, но не на крышку) Поместить контейнер с мокротой в контейнер для транспортировки биологического материала для доставки в лабораторию. Заполнить верхнюю часть направления на проведение микроскопии мокроты по Форме № 224\у-07 (см. Приложение 3). Если сбор мокроты проходил в комнате для сбора мокроты (не на улице) - тщательно проветрить помещение в течение не менее 15 минут, открыв окно

6.5 СТАНДАРТНЫЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ КАТЕГОРИЙ ПАЦИЕНТОВ, БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Стандартные определения случая ТБ имеют цель обеспечить правильную регистрацию пациентов, а также определить клиническую категорию, к которой относится пациент, чтобы иметь возможность назначить соответствующее лечение и оценить его результаты.

В соответствии с результатом микробиологических исследований, пациентов, больных туберкулезом легких, подразделяют на две группы: **легочный туберкулез с положительной микроскопией мокроты и легочный туберкулез с отрицательной микроскопией мокроты**. Так как в настоящее время всегда проводится посев на МБТ, то встречаются ситуации туберкулеза с отрицательной микроскопией мокроты, но положительной по культуре.

Лекарственно-устойчивый туберкулез (ЛУ-ТБ) – это случай туберкулеза, вызванный штаммом возбудителя туберкулеза, проявляющим *in vitro* устойчивость к одному или нескольким ПТЛС.

Множественная лекарственная устойчивость (МЛУ) – это форма ЛУ-ТБ, при которой микобактерии туберкулеза всегда имеют устойчивость как минимум к изониазиду и рифампицину, с или без устойчивости к другим ПТЛС.

Широкая лекарственная устойчивость (ШЛУ) представляет собой форму МЛУ-ТБ с устойчивостью как минимум к рифампицину и изониазиду, плюс к любому из фторхинолонов, плюс к одному из инъекционных лекарственных средств II ряда (канамицину, амикацину или капреомицину).

С учетом эпидемических, клинических и анамнестических критериев выделяют 4 основные группы или клинические категории пациентов в ТБ, в соответствие с режимами лечения в отношении ТБ:

I категория: впервые выявленные пациенты с бактериоскопически и/или культурально подтвержденным легочным туберкулезом, с распространенным легочным туберкулезом, не подтвержденным бактериоскопически и/или культурально, с тяжелыми формами внелегочного туберкулеза, а также пациенты с сочетанием туберкулеза с ВИЧ-инфекцией в стадии пре-СПИД и СПИД;

II категория: ранее леченные пациенты, больные туберкулезом (не менее 1 месяца), отнесенные при регистрации к категориям: «рецидив», «пациент после неудачного лечения», «возобновляющий лечение после перерыва»;

III категория: впервые выявленные пациенты, больные всеми формами туберкулеза, не вошедшие в категорию I¹;

IV категория (МЛУ-ТБ): пациенты с множественной лекарственной устойчивостью и полирезистентностью.

Во фтизиатрической практике применяются следующие стандартные определения для регистрации пациентов, больных туберкулезом:

Впервые выявленный пациент (новый пациент или случай) – пациент, никогда ранее не получавший противотуберкулезную терапию или принимавший противотуберкулезные препараты менее одного месяца.

Рецидив – пациент, который ранее получил полный и эффективный курс противотуберкулезной терапии по I, II или III клинической категории и был определен как излечившийся или прошедший полный курс лечения, но у которого затем появилось бактериовыделение (при бактериоскопии и/или культуральном исследовании мокроты).

Пациент после неудачного лечения (неэффективно леченный паци-

¹ В последних руководствах ВОЗ по лечению туберкулеза 3 категория пациентов объединена с первой, так как протокол лечения по первой и третьей категории одинаков.

ент) – это пациент, у которого назначен повторный курс противотуберкулезной терапии после неудачи предыдущего курса (то есть пациент, у которого предшествующий курс лечения был неэффективным, сохранилось или заново появилось бактериовыделение, определяемое любым методом на 5-м месяце или в более поздние сроки лечения).

Пациент, возобновляющий лечение после перерыва – пациент, в т.ч. с положительными результатами бактериоскопии мокроты, возобновляющий лечение после перерыва длительностью 2 и более месяцев.

Прибывший (переведенный) пациент, больной туберкулезом, – пациент, который прибыл для продолжения лечения из иной лечебной органи-

зации, другой административной территории или ведомства, где он уже был зарегистрирован как пациент, больной туберкулезом.

Прочие пациенты, которые начинают повторный курс лечения – все пациенты, больные ТБ, которые не могут быть отнесены к вышеприведенным определениям. В эту группу входят пациенты с неизвестным статусом предыдущего лечения, пациенты, которые ранее лечились, но результат не известен, либо пациенты, которые вернулись на повторное лечение с легочным туберкулезом без бактериовыделения или с внелегочным туберкулезом.

6.6 РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА У ВИЧ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Наличие ВИЧ инфекции более, чем в 20 раз увеличивает риск развития активного туберкулеза по сравнению с риском в общей популяции. При наличии ВИЧ инфицирования туберкулез может протекать в виде атипичных форм (часто без микробиологического подтверждения).

Вместе с тем, при ранней диагностике активного ТБ у ЛЖВ и своевременном начале противотуберкулезного и антиретровирусного лечения, у таких пациентов отмечаются удовлетворительные результаты лечения.

В связи с этим при любом обращении за медицинской помощью **ВИЧ положительных пациентов** каждому медработнику необходимо проводить активный скрининг на ТБ при помощи четырех вопросов

- Есть ли кашель длительностью более 2 недель?
- Есть ли снижение веса за последние 4 недели?
- Есть ли ощущение потливости по ночам?
- Есть ли повышение температуры?

При любом положительном ответе необходимо исключение активного туберкулеза при помощи дополнительных методов диагностики (взятие

мокроты, проведение рентгенфлюорографического исследование) либо направление на консультацию инфекциониста/фтизиатра. В настоящее время в Республике Беларусь в каждом областном противотуберкулезном учреждении внедрены методы быстрой диагностики туберкулеза в образце мокроты (Xpert MTB/RIF), которые позволяют диагностировать туберкулез и наличия устойчивости к рифампицину в течение одного дня. В сомнительных случаях необходимо организовать данный вид обследования в консультации с районным фтизиатром.

Если диагноз активного ТБ был исключен, всем пациентам с ВИЧ-положительным статусом нужно посоветовать проконсультироваться с врачом инфекционистом для назначения профилактического лечения изониазидом (ПЛИ). ПЛИ не требует контролируемого приема, изониазид для проведения ПЛИ выдается врачом инфекционистом. ПЛИ снижает вероятность развития активного туберкулеза у ЛЖВ более чем в 3 раза. По рекомендациям ВОЗ профилактическое лечение изониазидом назначается в дозировке 5 мг/кг (максимум 300 мг.) в течение 6 месяцев.

6.7 ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПЕРЕВОДА ПАЦИЕНТОВ НА АМБУЛАТОРНЫЙ ЭТАП ЛЕЧЕНИЯ

Все пациенты с впервые выявленным ТБ и рецидивами ТБ с бактериовыделением должны начинать лечение в стационаре, где они находятся до окончания интенсивной фазы химиотерапии и прекращения бактериовыделения. Пациенты с хроническими формами туберкулеза и постоянным бактериовыделением должны также получать химиотерапию или паллиативное лечение в условиях специализированных отделений стационаров. Вместе с тем, сокращение срока пребывания пациента в стационаре и максимально ранний перевод на контролируемое амбулаторное лечение позволяет снизить риск внутрибольничного инфицирования устойчивыми штаммами, улучшает социальную адаптацию пациента, способствует рациональному использованию ресурсов и коечного фонда.

После адекватного лечения в интенсивной фазе пациенты перестают быть заразными и могут быть выписаны из стационара для проведения поддерживающей фазы химиотерапии в амбулаторных условиях.

Пациентам без бактериовыделения допускается назначение и проведение обеих фаз химиотерапии в амбулаторных условиях.

Необходимо помнить, что при отрицательном микроскопическом исследовании мокроты, даже при наличии роста МБТ при посевах мокроты, пациент практически не представляет инфекционной опасности для окру-

жающих, в том числе для лиц, которые осуществляют контролируемое лечение пациентов с туберкулезом в амбулаторных условиях.

Препараты первого ряда на амбулаторном лечении принимаются ежедневно с перерывом в воскресенье, суточная доза ПТЛС дается пациенту в один прием. В воскресенье делается перерыв, с соответствующей отметкой в карте лечения пациента ТБ. Препараты для лечения МЛУ-ТБ пациенту приходится принимать в два или три приема в день ежедневно. Каждый прием должен быть проконтролирован медицинским персоналом.

Контролируемая химиотерапия **может проводиться** специалистами противотуберкулезной службы (участковым фтизиатром), работниками ПМСП (врачом, медсестрой, фельдшером), представителями Красного Креста или других гуманитарных организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи. Для непосредственного наблюдения за приемом лекарств не рекомендуется привлекать членов семьи пациента, так как внутрисемейные проблемы могут помешать им объективно контролировать соблюдение пациентом режима лечения (однако поддержка членов семьи крайне необходима, чтобы убедить пациента в необходимости полностью завершить курс лечения).

6.7.1 УЧАСТИЕ РАБОТНИКОВ ПМСП В ОРГАНИЗАЦИИ КОНТРОЛИРУЕМОГО ЛЕЧЕНИЯ

При организации контролируемого лечения обязанности медработников ПМСП включают следующие задачи:

- осуществлять контролируемое лечение амбулаторных пациентов под руководством ТБ службы;
- направлять пациентов на исследование мокроты и контрольные визиты к фтизиатру в процессе проведения химиотерапии.
- немедленно сообщать работникам противотуберкулезных организаций о любых случаях досрочного прекращения лечения или возникновении сложностей в проведении непосредственного наблюдения за лечением а также о возникновении побочных реакций на прием противотуберкулезных лекарственных средств (ПТЛС)

- вносить данные о наблюдаемых пациентах, включая дозы принятых под непосредственным контролем ПТЛС и возникшие побочные реакции, в карты лечения (форму № 081-2/у, Приложение 3), пока они не будут возвращены в специализированную службу;
- проводить разъяснительную работу с пациентами и их родственниками о необходимости регулярного приема ПТЛС, о проявлениях возможных побочных реакций на прием химиопрепаратов и путях их устранения;
- сообщить о результате в ТБ службу и вернуть заполненную карту лечения больного туберкулезом (форму № 081-2/у), которая была заведена ТБ службой в начале химиотерапии после завершения лечения.

6.7.2. МОДЕЛИ ОРГАНИЗАЦИИ КОНТРОЛИРУЕМОГО АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА

Для пациентов, проживающих в городах, контролируемый прием лекарств в фазу продолжения осуществляется на базе противотуберкулезных диспансеров или противотуберкулезных кабинетов районных поликлиник. При необходимости, дополнительные кабинеты контролируемого приема могут быть организованы в других городских организациях здравоохранения при налаженном взаимодействии с противотуберкулезной службой.

Для пациентов, проживающих в сельской местности, контролируемый прием ПТЛС осуществляется с привлечением сельских врачебных амбулаторий, фельдшерско-акушерских пунктов. В этом случае, помимо районных врачей-фтизиатров, ответственными за проведение лечения являются

участковые врачи-терапевты, участковые врачи-педиатры, врачи общей практики, фельдшера фельдшерско-акушерских пунктов на участках, куда выписывается пациент. В приложении 4 изложена основная информация по инструктажу средних медицинских работников, осуществляющих контролируемое лечение.

В случае, если пациент после выписки из стационара не явился на прием в противотуберкулезный диспансер или тубкабинет поликлиники, ответственный медработник ПМСП (врач, фельдшер) должен принять меры по розыску пациента, и при его отказе посетить пациента на дому. Во время посещения медработнику необходимо объяснить методику амбулаторного этапа лечения и модель проведения контролируемого лечения.

В исключительных случаях при удаленности от ближайшей медицинской организации, недостаточном транспортном обеспечении, ограниченной подвижности пациента с туберкулезом, контролируемое лечение пациента осуществляется на дому с привлечением медицинских работников либо инструктированных помощников контролируемого лечения из числа сотрудников общественных и гуманитарных организаций (например, БОКК), имеющих лицензию на оказание медицинской помощи.

При организации контролируемого лечения с привлечением медработников и проинструктированных помощников конечная ответственность и контроль за качеством проведения контролируемого лечения лежит на участковом враче, курирующего и осуществляющего надзор за работой медработников и помощников контролируемого лечения, а также на районном фтизиатре.

6.7.3. МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ КОНТРОЛИРУЕМОГО ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Обеспечение контролируемого лечения на амбулаторном этапе химиотерапии осуществляется контролируемо ежедневно 6 раз в неделю с перерывом в воскресные дни. Длительность лечения в фазе продолжения составляет в среднем четыре месяца для лечения по первой категории, 5 месяцев – по второй категории и до 18 месяцев – по четвертой категории.

При проведении лечения под непосредственным наблюдением эта процедура должна быть быстрой и простой для пациента. Необходимо так организовать посещение процедурного кабинета, чтобы пациент мог без очереди и без задержек получить и принять ПТЛС. Любые задержки неблагоприятно влияют на приверженность к лечению и недопустимы.

Технология контролируемого приема противотуберкулезных лекарственных средств осуществляется следующим образом:

1. Необходимо взять карту лечения больного ТБ, и проверить перечень принимаемых ПТЛС.
2. Налить в стакан воды для пациента.

3. Открыть коробку с лекарствами и достать все лекарства, которые пациент должен принять в этот день.
4. Положить таблетки в специальную емкость или на бумажную салфетку и проследить, как пациент проглатывает и запивает таблетки по одной. Если ему трудно глотать одну таблетку за другой, он может сделать короткую паузу. Все лекарства надо принимать одновременно, с тем, чтобы они оказывали более эффективное действие.
5. Если схема лечения включает стрептомицин или другой инъекционный препарат (канамицин, амикацин, капреомицин), введите лекарство после того, как пациент принял таблетки.
6. После окончания процедуры необходимо записать данные о приеме лекарств в Карте лечения пациента с ТБ.

Помощник контролируемого лечения также должен иметь у себя копию Карты лечения пациента с ТБ, с последующим переносом записей в основную карту лечения.

6.7.4 ДЕЙСТВИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В СЛУЧАЕ ПРОПУСКА ПАЦИЕНТОМ ПРИЕМА ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Если пациент пропустил очередной прием ПТЛС необходимо связаться с пациентом и задать вопросы о том, что заставило пациента пропустить прием.

Среди распространенных проблем, препятствующих соблюдению режима лечения, наиболее распространены следующие: плохое взаимопонимание с работниками медицинской организации, проводящей лечение под наблюдением; очереди в медицинской организации; транспортные проблемы; профессиональные или семейные обязанности; побочные действия ПТЛС; алкогольная зависимость, срыв, другие проблемы со здоровьем.

После выяснения причины пропуска медработник ПМСП должен проинформировать врача-фтизиатра и предпринять возможные меры по возобновлению лечения.

В случае возобновления приема ПТЛС необходимо дать пациенту пропущенную дозу на следующий день, как обычно. Нельзя давать по две дозы в один день. При пропуске дозы необходимо записать ноль (0) в Карте ле-

чения пациента с ТБ за пропущенный день. Можно записать также, какие меры были приняты: например, «посещение на дому, лечение возобновлено».

В случае отрыва от лечения в течение 3-х суток необходимо: информировать фтизиатра; разыскать пациента; устранить причину перерыва в лечении; продолжить лечение и продлить курс, чтобы пациент получил все пропущенные дозы.

В случае длительного отрыва от лечения сроком более 1 месяца необходимо разыскать пациента и направить его на обследование к фтизиатру с целью определения дальнейшей тактики. В качестве последней меры, в соответствии с Законом «О предупреждении распространения заболеваний, представляющих опасность для здоровья населения» при многократных нарушениях режима лечения пациент, представляющий инфекционную опасность может быть по решению суда направлен на принудительную изоляцию в специальные противотуберкулезные учреждения.

6.7.5 МЕРЫ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ПОВЫШЕНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ К ЛЕЧЕНИЮ

В числе мер, способствующих повышению приверженности к лечению, на первом месте стоит предоставление пациентам так называемых мер социальной поддержки. Меры социальной поддержки могут быть в виде проездных билетов на транспорт, наборов продуктов, одежды или же горячего питания, выдаваемых при соблюдении явки для лечения. В условиях Республики Беларусь финансовые средства для поощрения пациентов с туберкулезом предоставляются либо из средств гранта ГФСТМ, либо из местных бюджетов (по решению местных исполнительных или законода-

тельных органов). Большую помощь в этом процессе могут оказать благотворительные общественные организации, в том числе БОКК.

Очень важным компонентом поддержки, усиливающим мотивацию пациента к лечению, является постоянное напоминание пациентам о необходимости продолжать прием предписанных ему лекарственных средств. С этой целью работнику ПМСП необходимо использовать следующие слова поддержки:

- «ТБ можно излечить, если Вы будете постоянно приходить за лекарствами; после этого вам больше не придется об этом беспокоиться»;
- «Вам осталось принять всего лишь __ доз до завершения курса лечения. После завершения курса вам не нужно будет больше приходить»;
- «Это самые безопасные и эффективные лекарства, которые используются для лечения ТБ во всем мире»;
- «Почти все пациенты, принимающие лекарства согласно назначенной схеме, излечиваются»;

- «Если Вы будете продолжить принимать лекарства, Вы не передадите инфекцию членам Вашей семьи»;
- «Если Вы примете только часть лекарств или будете принимать их нерегулярно, это опасно – в таком случае болезнь трудно или даже невозможно излечить».

Очень важно наладить контакт с ближайшими родственниками пациента и также убедить их в необходимости проведения пациентом длительного контролируемого амбулаторного лечения.

6.7.6 ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ АМБУЛАТОРНОГО КОНТРОЛИРУЕМОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С МЛУ-ТБ

Амбулаторный этап лечения пациентов с МЛУ-ТБ – длительный процесс и составляет в среднем порядка 18 месяцев, в отличие от амбулаторного лечения лекарственно чувствительного туберкулеза (4-6 месяцев). Схема лечения предусматривает ежедневное контролируемое лечение, причем в ряде случаев прием ПТЛС разделяется на 2 раза в сутки. Нарушение режима лечения МЛУ-ТБ может приводить к возникновению туберкулеза с широкой лекарственной устойчивостью с неудовлетворительным прогнозом заболевания и опасностью дальнейшего распространения высокоустойчивых штаммов. При включении пациента с МЛУ-ТБ в когорту лечения, которое происходит в соответствии с решением консилиума, пациент предупреждается о необходимости длительного контролируемого лече-

ния, в том числе на амбулаторном этапе. Лечение пациента с МЛУ-ТБ всегда сопровождается возникновением побочных эффектов, что будет требовать постоянного взаимного консультирования медработников ПМСП и специалистов фтизиатров. При контролируемом лечении пациентов на дому, осуществляемом средними медработниками, врач ПМСП посещает пациента на дому не менее одного раза в неделю в течение первого месяца, а затем не менее 1 раза в две недели при удовлетворительном ходе лечения пациента. Во время контрольного посещения необходимо уточнять соответствие остатков медикаментов схеме лечения, наличие побочных эффектов, других проблем организации лечения.

6.7.7 МЕРЫ ИНФЕКЦИОННОГО КОНТРОЛЯ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА В ПМСП

Инфекционный контроль ТБ – это система мероприятий, направленных на предотвращение распространения туберкулезной инфекции в организациях здравоохранения среди медработников и пациентов, находящихся в этих организациях.

Для учреждений ПМП рекомендуются следующие основные меры инфекционного контроля при работе с пациентами с ТБ и с подозрением с ТБ:

- Проводить скрининговый опрос всех посетителей для определения лиц, имеющих кашель более трех недель в максимально короткие сроки после их обращения в медицинскую организацию;
- По возможности направлять лиц с подозрением на ТБ в отдельную зону ожидания с хорошей вентиляцией, открыть окно для проветривания;
- Обеспечить быстрое проведение обследования среди лиц с подозрением на ТБ в противотуберкулезных организациях, что снизит время нахождения опасного посетителя в медучреждении первичного звена и поможет быстрее установить правильный диагноз;
- Объяснить кашляющим пациентам необходимость прикрывать рот салфеткой в момент кашля;
- В случае выявления у пациента кислото-устойчивых бактерий в мокроте методом простой бактериоскопии его необходимо обеспечить марлевой (одноразовой хирургической) маской и обязать не снимать ее, пока он находится в медицинской организации (маски помогают уменьшить распространение МБТ от пациента другим людям, поскольку они задерживают крупные влажные частицы близи рта и носа).

- Контролируемая естественная вентиляция помогает снизить риск распространения ТБ. Для уменьшения риска инфицирования ТБ необходимо открывать двери и окна для подачи воздуха внутрь помещения. В поликлиниках необходимо выделить специальные ходы и кабинеты для осмотра подозрительных на ТБ пациентов с максимальной естественной вентиляцией, что помогает снизить риск распространения ТБ.
- Регулярный контролируемый прием ПТЛС пациентами является основным фактором, уменьшающих риск инфицирования работников здравоохранения и других посетителей медицинской организации. При правильном контролируемом лечении пациента в отсутствие резистентности инфекционная опасность резко снижается уже через 2 недели после начала лечения.
- Для медицинского персонала ПМП и противотуберкулезных организаций при непосредственном контакте с пациентами-бактериовыделителями необходимо использование специальных респираторов (не хирургических масок) с защитой не менее 95% (т.е. эффективность фильтра респиратора задерживать частицы размером 0,3 микрона составляет 95%). Хирургические маски из ткани или бумаги не защищают тех, кто их носит, от вдыхания микобактерий туберкулеза. Фактически ношение таких масок медработником может способствовать развитию ложного чувства безопасности. Хирургические маски используются только для пациентов с бактериовыделением (не для медработников!) при необходимости выхода из палаты либо отделения.

6.8 ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ХИМИОТЕРАПИИ ТУБЕРКУЛЕЗА

Химиотерапия является главным компонентом комплексного лечения туберкулеза и должна быть стандартной (в зависимости от категории пациентов); контролируемой (прием ПТЛС должен осуществляться только под непосредственным наблюдением медицинского работника) и непрерывной.

Курс химиотерапии (ХТ) состоит из двух фаз с разными задачами:

I фаза интенсивной терапии или бактерицидная фаза лечения, в которой происходит быстрая гибель микобактерий туберкулеза и прекращение бактериовыделения, одновременно ликвидируются клинические проявления заболевания, уменьшаются инфильтративные и деструктивные изменения в месте поражения;

II фаза продолжения терапии направлена на подавление сохраняющейся микобактериальной популяции и обеспечивает полное уничтожение возбудителя болезни с дальнейшим уменьшением воспалительных изменений и инволюцию туберкулезного процесса, а также восстановление функциональных возможностей организма. Данная фаза проводится, как правило, в амбулаторных условиях.

Противотуберкулезные препараты разделяются на две группы: основные (I ряд) и резервные (II ряд).

К основным ПТЛС или препаратам первого ряда (в виде отдельных или комбинированных лекарственных форм) относят: изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол.

Основные сведения о противотуберкулезных лекарственных средствах первого и второго ряда

ПТЛС, международное название, аббревиатура дозировка	Суточные дозы в зависимости от массы тела			
	<33 кг (мг/кг)	33-50 кг (мг)	>50 кг (мг)	
Изониазид (H) (150, 300 мг)	4-6	200-300	300	Первый ряд
Рифампицин (R) (150, 300 мг)	10-20	450-600	600	Первый ряд
Этамбутол (E) (100, 400 мг)	15-25	800-1200	1200-1600	Первый ряд
Пиразинамид (Z) (500 мг)	30-40	1000-1750	1750-2000	Первый ряд
Амикацин (Am) (0.5; 1 г)	15-20	500-750	1000	Резервный ряд
Канамицин (Km) (1 г)	15-20	500-750	1000	Резервный ряд
Капреомицин (Cm) (1 г)	15-20	500-750	1000	Резервный ряд
Офлоксацин (Ofx) (200,300,400 мг)		800	800	Резервный ряд
Левифлоксацин (Lfx) (500 мг)		750	1000	Резервный ряд
Моксифлоксацин (Mfx) (400 мг)		400	400	Резервный ряд
Этионамид (Eto), Протионамид (Pto) (250 мг)	15-20	500	750	Резервный ряд
Циклосерин (Cs) (250 мг)	15-20	500	750	Резервный ряд
Тиоридазин (Trd) (250 мг)	15-20	500	750	Резервный ряд
ПАСК (PAS) порошок (4 г)	150	8 000	8 000	Резервный ряд
Гранулы	150	8 000	10-12 000	
Кларитромицин (Clr) (500 мг)	15	1000	1000	Резервный ряд
Линезолид (Lzd) (600 мг)	600 мг 2 раза в день, после 4-6 недель – 600 мг в день			
Амоксициллина клавуланат Amx/Clv (500/125)	45	2 000	2 000	Резервный ряд

К резервным препаратам, или противотуберкулезным препаратам «второго ряда» относят ПТЛС, которые используются для лечения резистентных форм туберкулеза: аминогликозидные антибиотики (канамицин, амикацин); полипептид – капреомицин; фторхинолоновые антибиотики (офлоксацин, левофлоксацин, моксифлоксацин), протионамид (этионамид), циклосерин (теризидон), ПАСК.

Для лечения МЛУ-ТБ также используются препараты с потенциальной антимикобактериальной активностью: кларитромицин, амоксициллин с клавулановой кислотой, линезолид. Данные резервные ПТЛС назначают только в безысходных случаях для усиления режима лечения МЛУ ТБ.

Противотуберкулезные препараты 2 ряда являются менее эффективными, более дорогостоящими и более токсичными по сравнению с ПТЛС 1 ряда и их использование показано только в случаях бактериологически подтвержденного МЛУ-ТБ.

ПТЛС принимаются однократно в суточной дозе для создания пика концентрации препаратов в крови. При однократном введении повышается эффективность лечения и снижается вероятность развития лекарственной устойчивости.

Для достижения максимального лечебного действия таблетированные ПТЛС лучше принимать натощак или через два часа после приема пищи. Назначение препаратов сразу после еды в большинстве случаев отрицательно влияет на процесс всасывания лекарственных средств.

Противотуберкулезные препараты, как и большинство лекарств, должны храниться в прохладном, темном и сухом месте, в плотно закрытой упаковке, вдали от источников тепла.

В соответствии с международными рекомендациями у больных ТБ используют два основных стандартные режима химиотерапии: для лечения лекарственно-чувствительного ТБ, и режим лечения больных с лекарственно-устойчивыми формами ТБ (табл. 6.3.)

Форма записи режимов химиотерапии

Каждое противотуберкулезное лекарственное средство (ПТЛС) имеет сокращенное буквенное обозначение. В международной практике принято использовать латинские буквенные символы ПТЛС. В формуле записи режима химиотерапии интенсивная фаза и фаза продолжения лечения разделены косой чертой (/). Каждая фаза имеет свою схему(ы) с буквенным обозначением входящих в нее (них) препаратов. Цифра перед схемой указывает на продолжительность фазы лечения (в месяцах). Нижний индекс после буквы указывает, сколько раз в течение недели больной должен принимать данный препарат. Если после буквы нет нижнего индекса, это означает, что больному необходимо принимать данное лекарство ежедневно. Альтернативный препарат или препараты обозначены буквой в скобках.

Пример записи режима химиотерапии: **2HRZE/4H₃R₃**

Формула расшифровывается следующим образом:

- интенсивная фаза лечения (по схеме 2HRZE) расшифровывается следующим образом: проводится продолжительностью 2 месяца четырьмя препаратами: изониазидом (H), рифампицином (R), пирозинамидом (Z) и этамбутолом (E), которые принимаются ежедневно;
- фаза продолжения лечения (по схеме 4H₃R₃) проводится продолжительностью 4 месяца двумя препаратами изониазидом (H) и рифампицином (R), которые принимаются 3 раза в неделю. Подробное описание каждого из режимов, представлено в последующих главах данного руководства.

Основные режимы химиотерапии в зависимости от клинической категории больных туберкулезом.

Режим лечения	Группы пациентов	Режим лечения	
		Интенсивная фаза	Фаза продолжения
I	Впервые выявленные пациенты с бактериовыделением	2HRZE	4HR
	Впервые выявленные пациенты без бактериовыделения	2HRZE	4HRE
	Впервые выявленные пациенты с бактериовыделением, если результаты ТЛЧ неизвестны к концу интенсивной фазы	2HRZE	4HRE до получения ТЛЧ
II	Ранее леченные пациенты	3HRZE	5HRE
Режим лечения пациентов с лекарственно-устойчивым ТБ	Пациенты с МЛУ-ТБ	Индивидуальный подбор препаратов в зависимости от тестов лекарственной чувствительности	

В случае бактериологического диагноза туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) лечение проводят с использованием резервных ПТЛС. При этом на первой фазе химиотерапии назначают не менее 4-5 и на второй фазе – не менее 3-4 ПТЛС, к которым сохранена чувствительность, включая инъекционный препарат (канамицин, амикацин или капреомицин). Длительность интенсивной фазы химиотерапии составляет не менее 8 месяцев и общая продолжительность курса 20 месяцев.

Прием препаратов у больных с МЛУ-ТБ производится 7 дней в неделю в стационаре и 6 дней в неделю на амбулаторном этапе (в зависимости от возможности организовать их контролируемый прием).

Пиразинамид, этамбутол и фторхинолоны необходимо принимать один раз в день, Однократный прием других препаратов второго ряда в течение одного дня также показан при хорошей переносимости у пациента. В остальных случаях дневные дозы этионамида/протионамида, циклосерина и ПАСК могут приниматься дробно, но не более, чем в 2 приема.

Курсовое лечение МЛУ-ТБ нельзя начинать при отсутствии обеспечения приверженности пациента к лечению и возможности завершения полного курса химиотерапии. Необходимо понимать, что неправильное применение резервных ПТЛС приведет к еще большим непоправимым последствиям – формированию и увеличению распространенных форм туберкулеза с широкой лекарственной устойчивостью.

В связи с длительными сроками лечения мультирезистентных форм туберкулеза очень важным фактором эффективности химиотерапии является улучшение сотрудничества с пациентом и его родственниками (т.е. взаимопонимания в отношении необходимости и длительности лечения), для чего необходимо проведение постоянной разъяснительной работы с ними о необходимости строгого соблюдения предписанного режима лечения. Весь период лечения пациент должен получать четкую информацию и психологическую поддержку со стороны медицинских работников и, по возможности, его ближайшего окружения.

6.8.1 ПОБОЧНЫЕ РЕАКЦИИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Побочные реакции можно разделить на легкие и тяжелые. В большинстве случаев при их появлении следует предпринять следующие шаги:

легкие побочные реакции – немедленно сообщить районному (участковому) фтизиатру и согласовать дальнейшие действия; успокоить пациента; как правило, такие реакции не требуют отмены противотуберкулезной терапии;

тяжелые побочные реакции – немедленно прекратить прием препарата, вызвавшего реакцию, и сообщить о случившемся местным представителям фтизиатрической службы; немедленно направить пациента к районному (участковому) фтизиатру, а при необходимости – в службу неотложной помощи.

Таким образом, работники ПМСП, участвующие в лечении пациентов, больных ТБ, в фазе продолжения, должны:

- **знать** о возможных побочных реакциях на прием противотуберкулезных препаратов;
- **наблюдать** за пациентом для своевременного выявления серьезных побочных реакций;
- **разъяснять** пациентам, как распознать побочные реакции и сообщить об их появлении, объяснив вместе с тем, что возникают они не часто;
- **морально поддерживать** больного и членов его семьи.

В Приложении 5 представлены принципы симптоматического подхода к дифференциации побочных реакций и действия в случае их появления на фоне стандартных режимов химиотерапии.

6.8.2 ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Для оценки эффективности каждого курса химиотерапии и для проведения ежеквартального когортного анализа в соответствии со стратегией DOTS необходимо использовать стандартные определения исходов лечения пациентов с ТБ.

Излечен – пациент, выделявший МБТ до начала лечения, который полностью прошел курс лечения и у которого подтверждено отсутствие бактериовыделения при микроскопии и/или посеве в конце интенсивной фазы и последних 2 месяцев курса химиотерапии.

Лечение завершено – пациенты, у которых отсутствовало бактериовыделение, прошедшие полный курс химиотерапии, но не соответствующие критериям «излечен», а также пациенты с бактериовыделением, у которых отсутствуют результаты, подтверждающие абацеллирование в конце лечения.

Неудача в лечении или неэффективный курс химиотерапии – пациенты, у которых сохраняется или появляется бактериовыделение (микроскопически и/или посевом) на 5-ом месяце химиотерапии и позже, а также пациенты, у которых был выявлен МЛУ-ТБ на любом из этапов лечения.

Лечение прервано – пациенты, досрочно прервавшие лечение на 2 и более месяцев подряд.

Умер – пациенты, умершие во время курса химиотерапии от туберкулеза или любой другой причины.

Выбыл – пациенты, выбывшие из-под наблюдения организации, проводившей химиотерапию (в другую административную территорию или ведомство), и результат курса химиотерапии неизвестен.

Успешное лечение определяют как сумму числа пациентов с зарегистрированными исходами лечения «излечен» и «лечение завершено».

6.9. ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ, КОНСУЛЬТАЦИЯ УЗКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ. СИГНАЛЫ ТРЕВОГИ

Все сомнительные случаи подозрения на заболевание туберкулезом подлежат консультированию у фтизиатра. Лечение осуществляется на период интенсивной фазы в условиях противотуберкулезного стационара. Амбулаторное контролируемое лечение осуществляется в тесном взаимодействии с районным фтизиатром.

В настоящее время в областных противотуберкулезных учреждениях доступна ускоренная диагностика ТБ и резистентности в течении одного дня. (MTB/RIF)

ГЛАВА 7. КАШЕЛЬ ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ БОЛЕЕ ДВУХ НЕДЕЛЬ. ТБ ИСКЛЮЧЕН. РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ХРОНИЧЕСКИЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА, ХОБЛ). ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Рассматриваемые распространенные заболевания (код по МКБ 10)

1	Астма с преобладанием аллергического компонента	J45.0
2	Неаллергическая астма	J45.1
3	Астматический статус	J46
4	Хроническая обструктивная легочная болезнь неуточненная (ХОБЛ)	J44.9
5	Хроническая обструктивная легочная болезнь с острой респираторной инфекцией нижних дыхательных путей	J44.0

7.1 БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА

7.1.1 ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ХОБЛ

Бронхиальная астма и ХОБЛ (хроническая обструктивная болезнь легких) могут начинаться с кашля, затрудненного дыхания, чувства сдавления «сжатия» в грудной клетке или хрипов. В таблице ниже представлены

основные практически значимые отличия между бронхиальной астмой и ХОБЛ,

Важные практически значимые отличия бронхиальной астмы и ХОБЛ

Критерии	Бронхиальная астма	ХОБЛ
Важнейший фактор риска	Атопия	Курение
Патофизиология	Обструкция бронхиальная обратимая за счет воспалительного процесса бронхов	Сложный механизм: обструкция бронхиальная необратимая и прогрессирующая за счет воспалительного процесса на уровне бронхов и периферических бронхиол, а также за счет поражения легочной паренхимы
Возрастная группа	Все возрасты	Старше 40 лет
Течение	В целом, благоприятное с обратимыми симптомами	В целом, хроническое прогрессирующие симптомы

Аллергологическое исследование	Показано, часто дает положительные результаты	Не показано
Исследование функции легких	Спирометрия (возможно пикфлоуметрия) с выполнением бронхолитического теста	Спирометрия с выполнением бронхолитического теста
Функция легких	Преимущественно нормальная (или с обратимой обструкцией)	Сохраняется сниженной (необратимая обструкция)
Ожидаемая продолжительность жизни	Практически не отличается от средней при оптимальном лечении	Снижена, в том числе при оптимальном лечении
Ингаляционные кортикостероиды	Чаще всего показаны (кроме случаев редких жалоб)	Не показаны (кроме случаев частых обострений)

7.1.2 ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ, ВОПРОСЫ АНАМНЕЗА ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ХОБЛ

Важные разделы анамнеза	Бронхиальная астма	ХОБЛ
Характер и тяжесть жалоб	Свистящее дыхание, (длительность) кашель, одышка в сочетании со свистящими хрипами	Часто есть ограничения в повседневной жизнедеятельности из-за симптомов болезни, проблемы со сном (ночное апноэ) в ночное время из-за жалоб
	Частота и длительность эпизодов одышки (редко – менее 1 раза в неделю, часто - 2 и более раз в неделю). Наличие и длительность ремиссии.	
Признаки аллергического характера заболевания	Наличие аллергического ринита (чихание, насморк, зуд носа и век, заложенность носа)	
	Появление или ухудшение жалоб в пыльных помещениях (клещи домашней пыли), при повышенной влажности (наличие плесени), весной или летом (пыльца деревьев, трав), при контакте с животными (коты, собаки, лошади, грызуны) или из-за других факторов внешней среды	
Признаки неаллергических причин	Затяжные респираторные жалобы после простудных (вирусных) инфекций	

	Появление или увеличение жалоб при контакте с холодным воздухом, туманом, дымом (в том числе сигаретным), загрязненным воздухом, запахом краски, парфюмерии, запахом при приготовлении пищи Усиление симптомов при физической нагрузке	
Курение		Характер текущего профиля курения или курения в прошлом. Оценка показателя «пачко-лет» = «стаж курения» x «число выкуриваемых пачек в день» В каком возрасте пациент начал курить. Курение близких (проживающих с пациентом)
Работа и свободное время	Есть ли зависимость жалоб с профессиональной деятельностью, способность выполнять работу	
	Профессия: маляры, парикмахеры, кулинары, работники производств с наличием органической пыли, лекарственных препаратов, химических аллергенов	Профессии с воздействием повышенных концентраций производственной пыли: металлургическое производство, строительство, работа с зерном и др.
Анамнез жизни	Частые респираторные симптомы с периодами свистящих хрипов	Частые простуды с кашлем
	Атопические симптомы: аллергический ринит, аллергический диатез в детстве	Кашель по утрам с небольшим количеством мокроты более 3 месяцев в году более 2 лет
	Возможная связь ухудшений с приемом лекарственных препаратов: ацетилсалициловая кислота (аспирин), НПВС, бетаблокаторы (таблетки или капли глазные при глаукоме), ингибиторы АПФ	Наличие и выраженность одышки при физической нагрузке
	Результаты ранее проводимых аллергологических исследований или спирометрия	Спирометрические исследования
	Используемые в прошлом лекарственные препараты для лечения респираторных жалоб и их эффективность	
	Профилактические меры, которые предпринимал пациент, и их результат	
Наследственный анамнез	Наличие аллергических расстройств у близких родственников	Наличие хронических респираторных заболеваний

7.1.3 ОСОБЕННОСТИ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Объективное обследование пациента
Осмотр пациента на наличие одышки, частота дыхания, вовлечения дополнительных мышц при дыхании, объем грудной клетки на выдохе
Аускультация легких на предмет удлиненного выдоха и свистящих хрипов на выдохе, определение ЧСС, ЧД

7.1.4 НАЗНАЧЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ (ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ)

Дополнительные методы исследования (аллергологическое исследование и предпочтительно спирометрия с выполнением теста с бронхолитиком) проводятся при подозрении на бронхиальную астму.

В случаях, если спирометрическое исследование недоступно, для предварительной диагностики бронхиальной астмы может использоваться пикфлоуметр.

Спирометрия: процедура и интерпретация.

Процедура	Проинструктируйте пациента, чтобы он не использовал быстродействующие бронхолитики за 8 часов до предполагаемого исследования и длительно действующие бронхолитики минимум за 12 часов до исследования
	Оцените ОФВ1, ФЖЕЛ и кривую спирометрии
	При соотношении ОФВ1/ФЖЕЛ < 70% сделайте пациенту ингаляцию дозированного аэрозоля через спейсер в количестве 2-4 отдельных вдохов (доз) (беротек или сальбутамол 100 микрограмм) с интервалом в 30 секунд
	Повторите измерение через 10-15 минут после ингаляции сальбутамолом
Интерпретация	Увеличение ОФВ1 по сравнению со значением до ингаляции бронхолитика на 12% и более (при малом жизненном объеме легких более чем на 200 мл) указывает на астму
	Соотношение ОФВ1/ФЖЕЛ < 70% после применения бронхолитиков указывает на ХОБЛ

Если спирометрия недоступна, следуйте той же процедуре, используя пикфлоуметр. Увеличение пиковой объемной скорости выдоха (ПОСвд)

> 60мл/минуту (или > 20% по сравнению со значением до ингалирования бронхолитика) указывает на бронхиальную астму.

7.1.5 ОЦЕНКА ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ И ПОСТАНОВКА ДИАГНОЗА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

- Диагноз бронхиальной астмы устанавливается на основании жалоб на эпизодическую одышку, свистящие хрипы на выдохе и/или кашель. Увеличение ОФВ1 после применения бронхолитиков >12% подтверждает диагноз, исследование функции легких является обязательным для диагностики астмы у пациентов с периодическим кашлем без одышки или свистящих хрипов. По частоте приступов выделяют интермиттирующую бронхиальную астму (<2 раз в неделю) и персистирующую бронхиальную астму (>2 раз в неделю). Интермиттирующая бронхиальная астма, возникающая преимущественно при физическом напряжении иногда обозначается как бронхиальная астма физического напряжения.
- Наличие аллергических реакций на ингаляционные аллергены также указывает на бронхиальную астму. 60-70% пациентов с бронхиальной астмой имеют сопутствующий аллергический ринит и/или конъюнктивит.
- Сочетание бронхиальной астмы и ХОБЛ может встречаться у пациентов старше 40 лет при:
 - анамнестическом подтверждении астмы (атопические жалобы и диагноз БА в прошлом, наследственный анамнез)
 - наличие факторов риска для развития ХОБЛ (курение, производственные вредности и др.)
 - увеличение ОФВ1 после ингаляции бронхолитиков (положительный тест с бронхолитиком) в сочетании с ОФВ1/ФЖЕЛ<70% после ингаляции бронхолитиков

7.1.6 КРИТЕРИИ ОПТИМАЛЬНОГО КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

В таблице указаны критерии оптимального контроля бронхиальной астмы. В большинстве случаев при оптимальном подобранном лечении и выполнении немедекаментозных рекомендаций удается достигнуть указан-

ных целей лечения. Если, несмотря на максимально возможное лечение, поставленных целей не удается добиться, констатируют не контролируемое или не полностью контролируемое течение бронхиальной астмы.

Критерии оптимального контроля бронхиальной астмы / цели лечения

Симптомы в течение дня	(почти) отсутствуют (менее 2 раз в неделю)
Ограничения жизнедеятельности, (работа, хобби)	отсутствуют
Ночные симптомы	Отсутствуют
Использование быстродействующих бронхолитиков	(почти) отсутствует (менее 2 раз в неделю)
Пикфлоуметрия или (ФЖЕЛ при спирометрии)	Нормальные значения
Обострения астмы	(почти) отсутствуют (менее 1 раза в год)

7.1.7. ИНФОРМАЦИЯ, НЕОБХОДИМАЯ ДЛЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТУ

Природа заболевания. Астма – заболевание, которое, в большинстве случаев, хорошо контролируется. Жалобы могут провоцироваться аллергическими раздражителями (клещи домашней пыли, шерсть домашних животных) или раздражителями неаллергической природы (вирусными инфекциями, курением, пылью) или при физическом напряжении. Тем не менее занятия физической культурой возможны и рекомендуется.

Цель и действия медикаментозной терапии. При редких обострениях рекомендуется применение бронхорасширяющих средств короткого действия «по мере необходимости». При более частых жалобах назначается поддерживающее лечение ИГК и вместе с ними бронхорасширяющие средства короткого действия «по мере необходимости»

Инструкции техники ингаляции. Во время контрольных посещений просите пациента принести с собой ингаляционные средства для того, чтобы пронаблюдать технику применения ингаляторов и коррекция. При недостаточном эффекте уточните степень доверия пациента к терапии (недостаточное применение ИКГ, избыточное применение симпатомиметиков)

Немедикаментозные советы.

Прекращение курения. Курение снижает показатели форсированного выдоха легких, уменьшает продолжительность жизни у всех пациентов. Помимо этого, при астме ухудшается ее течение и уменьшается эффективность действия ИКС средств. Необходимо всем пациентам дать категорический совет прекратить курить, дополненный консультацией по прекращению курения (Смотри Главу 9). Посоветуйте отказаться от курения близким, проживающим вместе с пациентами.

Вакцинация против гриппа. Пациенты с бронхиальной астмой приглашаются для проведения ежегодной сезонной вакцинации против гриппа (предпочтительное время вакцинации октябрь-ноябрь).

Двигательная активность. Необходимо советовать пациентам поддержание ежедневной двигательной активности средней интенсивности (например, полчаса в день средней интенсивности ходьбу, езду на велосипеде, плавание или занятия фитнесом).

Элиминация аллергенов. При подтверждении наличия аллергии (клещи домашней пыли, шерсть собак, кошек, пыльца растений, плесень) рекомендуются мероприятия по уменьшению воздействия аллергенов.

- Домашние животные. Не рекомендуется держать домашних животных дома.
- Уменьшение экспозиции к клещам домашней пыли (смена постельных принадлежностей, убрать ковры и другие пылесобирующие предметы обихода)
- Уменьшение влажности в помещениях за счет частого проветривания, что препятствует появлению плесневых микроорганизмов
- Гладкая поверхность пола в спальне (легко протирающаяся)
- Уборка влажная, пылесосить в отсутствие пациента
- Использование гипоаллергенного постельного белья. [Смотри Приложение 6.](#) (Что нужно знать о бронхиальной астме)

7.1.8. МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ:

Общие принципы.

Бронхолитики короткого действия

Использование бронхолитиков короткого действия показано при интермиттирующем течении бронхиальной астмы. При астме физического напряжения предпочтительнее использовать бета – 2 адреномиметики. Бронхолитики не обладают противовоспалительным воздействием на

слизистые бронхов. Наиболее частые побочные эффекты: тремор рук, головные боли, увеличение ЧСС и гипокалиемия.

Бронхолитики короткого действия антихолинэргической группы представлены ипратропиумом. Побочные действия при применении ипратропиума встречаются крайне редко (сухость слизистых оболочек, задержка стула и мочи).

Бронхолитики короткого действия

Средство	Дозированный аэрозоль	Максимальная дозировка в день
Сальбутамол	4 ингаляции 100-200 микрограмм	1600 микрограмм
Фенотерол	4 ингаляции 100-200 микрограмм	
Ипратропиум	4 ингаляции 20 микрограмм	320 микрограмм
Фенотерол/ипратропиум		

Бета-2 адреномиметики длительного действия не обладают достаточным противовоспалительным действием на слизистые бронхов и назначаются только в комбинации с ИКС. Побочные эффекты сравнимы с бронхолитиками короткого действия.

Бета-2 адреномиметики длительного действия

Средство	Дозированный аэрозоль	Максимальная дозировка в день
Формотерол	12 микрограмм 2 раза в день	48 микрограмм
Сальметерол	25 микрограмм 2 ингаляции 2 раза в день	100 микрограмм
Сальметерол/флутиказон	25/50 – 25/250 микрограмм 2 ингаляции 2 раза в день	100/1000 микрограмм
Формотерол/беклометазон	6/100 мкг 1-2 ингаляции 2 раза в день + по потребности (но не более 9 ингаляций в сутки)	54/900
Будесонид/формотерол	160/4.5 мкг -2 ингаляции 2 раза в день + по потребности (но не более 12 ингаляций в сутки)	1920/54

Ингаляционные кортикостероиды (ИКС) назначаются при персистирующей бронхиальной астме. ИКС наиболее эффективные средства уменьшающие воспалительные изменения в стенках бронхов, устраняющие симптомы астмы, уменьшающие обострение и восстанавливающие легочную функцию. Наиболее распространенный побочный эффект – орофарингеальный кандидоз (встречается у 5-13% взрослых). Вероятность кандидоза полости рта уменьшается при полоскании рта после ингаляции ИКС. При

высоких дозировках ИКС (1600 микрограмм будезонида или беклометазона или 1000 микрограмм флутиказона в сутки) увеличивается риск системных побочных эффектов. Добавление Бета-2 адреномиметика длительного действия к поддерживающему лечению ИКС оправдано, если средние дозировки ИКС не достигают оптимального контроля астмы.

Ингаляционные кортикостероиды

Средство	Низкая суточная дозировка	Средняя суточная дозировка	Максимальная суточная дозировка
Беклометазон дозированный аэрозоль 100, 250 микрограмм	200-400 микрограмм	>400-800 мкг	>800-1600 мкг
Будезонид дозированный аэрозоль 50, 200 мкг	200-400 мкг	>400-800 мкг	>800-1600 мкг
Флутиказон дозированный аэрозоль (50, 250,500 мкг)	100-250 мкг	>250-500 мкг	>500-1000 мкг
Циклосенид (80мкг, 160 мкг)	80-160 мкг	160-320 мкг	>320
КОМБИНАЦИИ ИГКС и бета-2 адреномиметики длительного действия (см. таблицу 7.5) Сальметерол/флутиказон Формотерол/беклометазон Будесонид/формотерол			

7.1.9. СТУПЕНЧАТОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ.

Интермиттирующая астма: редкие симптомы (менее 2 раз в неделю)

Шаг.1. Бронхолитики короткого действия по потребности.

- Назначьте бронхолитики короткого действия. У пациентов старше 60 лет или с сердечными заболеваниями несколько более предпочтите-

лен ипратропиум или комбинация ипратропиума с беротеком (беродуал) (Смотри страницу 61)

- При бронхиальной астме физического усилия предпочтительнее использование Бета -2 адреномиметиков за 10-15 минут до физического напряжения. Это дает защиту около 2 часов. При необходимости более

длительного физического напряжения предпочтительнее бронхолитики длительного действия

- Если пациент отмечает учащение жалоб более 2 раз в неделю, нужно посоветовать подключить лечение ИКС для устранения воспалительного процесса в станках бронхов см. Шаг 2.

Персистирующая астма: частые приступы (чаще 2 раз в неделю).

Шаг 2. Поддерживающее лечение ИКС в низкой дозировке.

- Назначить ИКС в низкой дозировке (Смотри стр. 64). Через 2-4 недели контролируйте, достигнуты ли, критерии опционального контроля (Смотри стр. 61). При посещении контролируйте приверженность к лечению (принимает ли как предписано), технику использования ингалятора, избегание провоцирующих факторов и статус курения. При необходимости замените низкую дозировку на среднюю суточную дозировку ИКС.
- При необходимости контролируйте еще один или более раз, достигнуты ли цели лечения и продлите прием необходимой дозировки ИКС в течение 3 месяцев. Далее при достижении контроля можно снизить дозу или кратность приема ингаляционного ГКС.
- При ухудшении симптомов астмы возможно в течение нескольких дней «по мере необходимости» ингаляции быстродействующих бронхолитиков максимум до 8 ингаляций в сутки. (Смотри страницу 63)

Шаг 3. Поддерживающее лечение ИКС средней дозировки и длительнодействующих бронхолитиков

- Повторно оцените правильность диагноза бронхиальной астмы, если адекватное применение средних доз ИКС не дало достижения контроля астмы. Нужно учесть, что у курящих пациентов эффективность действия ИКС снижена, у пациентов старше 40 лет возможно развитие ХОБЛ помимо бронхиальной астмы. Возможной причиной недостаточного эффекта лечение – неэффективное лечение аллергического ринита.
- Если несмотря на правильную диагностику и адекватное лечение средними дозами ИКС цели лечения не достигнуты, предпочтительно добавить бронхолитики длительного действия, при противопоказаниях повышение дозировок ИКС до максимальных является альтернативой (Смотри страницу 64)
- При ухудшении симптомов астмы возможно в течение нескольких дней «по мере необходимости» ингаляции быстродействующих бронхолитиков максимум до 8 ингаляций в сутки (Смотри страницу 63), а также увеличение в 2 раза суточной дозы ингаляционных ГКС.
- Если цели лечения достигнуты в течение 3 месяцев, можно пробовать уменьшить ИКС на 25% каждые 3 месяца до минимально эффективных доз (с переходом от комбинированных препаратов к ИКС)

Шаг 4. Если цели лечения не достигаются вышеперечисленными схемами, показано направление к пульмонологу или аллергологу.

7.1.10. КОНТРОЛЬНЫЕ ОСМОТРЫ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

- Пациенты с интермиттирующей астмой (шаг 1) не нуждаются в специальном ежегодном контроле. При увеличении потребности в бронхолитиках короткого действия пациенту рекомендуется к врачу
- Пациенты с персистирующей астмой (Шаг 2 и Шаг 3), у которых не достигнуты критерии оптимального контроля ([Смотри страницу 63](#)) наблюдаются 1 раз в 2-4 недели до достижения необходимого контроля над заболеванием. Пациенты, достигшие контроля над заболеванием, (ШАГ 2, 3) приглашаются на контрольные посещения 1-2 раза в год
- Пациенты с тяжелым течением заболевания (шаг 4) наблюдаются у пульмонолога/аллерголога

Во время контрольных посещений.

- Оценка жалоб, ночного сна, частота использования бронхолитиков короткого действия, необходимости обращения за помощью по скорой помощи
- Оценка выполнения немедикаментозных советов (курение, домашние животные, клещи домашней пыли)
- Выдать пикфлоуметр для регистрации параметров на фоне лечения
- Оценка наличия побочных симптомов ИКС (осиплость голоса, гематомы)

- Оценка техники использования ингаляторов
- Оценить, возможно ли снижение дозировки поддерживающего лечения ИКС
- Если цели лечения достигнуты в течение 3 месяцев, можно уменьшить дозу ИКС (уменьшить наполовину, перейти с комбинированного препарата на ИКС в той же дозе или прекратить прием бронхолитиков длительного действия). Проконтролировать результат изменения лечения через 2 недели и при удовлетворительном результате оставить новые дозировки на 3 месяца. При ухудшении, необходимо вернуться на прежний уровень дозировки ИКС.
- Рекомендуется проведение спирометрии 1 раз в год для пациентов, постоянно принимающих ИКС, а также для тех, кто продолжает курить. Для адекватной контролируемой астмы характерны физиологическое снижение ОФВ1 (<30 мл в год).

Самоконтроль бронхиальной астмы.

Врач первичного звена может стимулировать адекватный самоконтроль бронхиальной астмы со стороны пациента необходимым просвещением, инструкциями по первой самопомощи при обострении, регулярных планированных посещениях и письменным планом действий. [Смотри приложение 7.](#)

7.1.11. НАПРАВЛЕНИЕ НА КОНСУЛЬТАЦИЮ ПУЛЬМОНОЛОГА / АЛЛЕРГОЛОГА

- Подозрение на наличие сочетания бронхиальной астмы и ХОБЛ, при отсутствии возможности проводить и интерпретировать результаты спирометрии
- Неэффективность лечения Шаг 3
- Подозрение на профессиональное заболевание
- Три и более обострений в году, когда требовалось проведение краткого курса приема оральных кортикостероидов

7.2 ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ

ХОБЛ – заболевание, характеризующееся развитием необратимой легочной обструкции, которая обычно имеет прогрессирующий характер и вызывается абнормальной воспалительной реакцией легочной ткани от воздействия вредных частиц или газов.

ХОБЛ – встречается практически всегда у курящих пациентов, старше 40 лет и проявляется кашлем (в сочетании или без продукции мокроты), а также прогрессирующими жалобами на одышку.

Основные практически значимые отличия бронхиальной астмы и ХОБЛ описаны [на странице 58-59](#).

7.2.1. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ, ВАЖНЫЕ ВОПРОСЫ АНАМНЕЗА ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ХОБЛ

Важные разделы анамнеза	Описание
Характер и тяжесть жалоб	Кашель: продуктивный (утренний) кашель, хронический по характеру (более 3 месяцев)
	Свистящее дыхание
	Одышка
	Снижение массы тела (ненамеренное) или снижение мышечной силы (при подозрении выраженной ХОБЛ)
Уточните ограничения функционирования	Частота жалоб (редко, регулярно, ежедневно), интервалы без жалоб
	Влияние жалоб на работу, хобби, ночной сон
	Влияние жалоб на физическую нагрузку

Факторы риска ХОБЛ, курение	Характер текущего профиля курения или курения в прошлом. Условное количество лет в пересчете на количество лет выкуривания одной пачки в день, в каком возрасте пациент начал курить
	Курение близких (проживающих с пациентом)
	Замечает ли зависимость жалоб с выполнением работы
Предыдущая история для дифференциальной диагностики с бронхиальной астмой	Профессия: маляры, водители, парикмахеры, кулинары, работники производств с большим количеством загрязнений (метал, зерно, щебень)
	Частые респираторные симптомы с периодами свистящих хрипов
	Атопические симптомы: аллергический ринит, аллергический диатез в детстве
	Возможная связь с лекарственными препаратами: ацетилсалициловая кислота (аспирин), НПВС, бетаблокаторы (таблетки или капли глазные при глаукоме), ингибиторы АПФ
	Ранее проводимые аллергологические исследования или спирометрия
	Используемые в прошлом лекарственные препараты для лечения респираторных жалоб и их эффекты
	Профилактические меры, которые предпринимал пациент и их результат
Наличие респираторных заболеваний и аллергических расстройств у близких родственников	

7.2.2. ОСОБЕННОСТИ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Объективное обследование пациента
Осмотр пациента на наличие одышки, частота дыхания, вовлечения дополнительных мышц при дыхании, объем грудной клетки на выдохе
Аускультация легких на предмет удлиненного выдоха и свистящих хрипов на выдохе, крепитаций, определение ЧСС, ЧД, АД
Измерьте индекс массы тела для диагностики непреднамеренного снижения массы тела
В зависимости от возможных прочих причин выполняется дальнейшее объективное обследование пациента

7.2.3. НАЗНАЧЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ (ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ)

Основной метод диагностики и определения степени тяжести ХОБЛ, дифференциальной диагностики с бронхиальной астмой является спирометрия.

Спирометрия: процедура и интерпретация.

Процедура	Проинструктируйте пациента, чтобы он не использовал быстродействующих бронхолитиков за 8 часов до предполагаемого исследования и длительно действующих бронхолитиков минимум за 12 часов до исследования
	Определите ОФВ1, ФЖЕЛ и кривую спирометрии
	При соотношении ОФВ1/ФЖЕЛ < 70% сделайте пациенту ингаляцию дозированного аэрозоля через спейсер в количестве 4 отдельных ингаляций (сальбутамол 100 микрограмм) с интервалом в 30 секунд
	Повторите измерение через 10-15 минут после ингаляции сальбутамолом или ипратропиума
Интерпретация	При увеличении ОФВ1 по сравнению со значением до ингаляции бронхолитика на 12% и более (при малом жизненном объеме легких более чем на 200 мл) указывает на астму
	Соотношение ОФВ1/ФЖЕЛ < 70% после применения бронхолитиков указывает на ХОБЛ

В соответствии с рекомендациями (GOLD) в зависимости от ОФВ1, определяемой при спирометрии различают следующие степени тяжести ХОБЛ

Стадии GOLD	ОФВ1/ФЖЕЛ (после ингаляции бронхолитиков)	ОФВ1 (% от возрастной нормы)
I Легкая	<0.7	>80%
II Средней степени	<0.7	50-80%
III Тяжелая степень	<0.7	30-50%
IV Крайне тяжелая	<0.7	<30%

При несоответствии жалоб и результатов исследования функций легких рекомендуется дополнительные методы обследования (Рентген легких)

7.2.4 ОЦЕНКА ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ И ПОСТАНОВКА ДИАГНОЗА ХОБЛ

- Диагноз ХОБЛ устанавливается у пациентов старше 40 лет с жалобами на одышку и /или кашель в сочетании или нет с выделением мокроты в комбинации с наличием истории курения в прошлом (> 20 лет курения или > 15 пачек / лет) и при соотношении ОФВ1/ФЖЕЛ <70% во время спирометрии после ингаляции бронхолитиков.
- ХОБЛ практически полностью исключается при ОФВ1 > 80% от возрастной нормы и при соотношении ОФВ1/ФЖЕЛ > 70%
- Наличие пониженного питания с определением индекса массы тела < 21 или при непреднамеренной снижении массы тела (> 5% в течение месяца или > 10% в течение 6 месяцев)

7.2.5. ИНФОРМАЦИЯ НЕОБХОДИМАЯ ДЛЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТУ

ХОБЛ – хроническое воспалительное заболевание легочных путей и тканей легких, при котором прогрессирующее ухудшается функция легких. Основная причина ХОБЛ – курение. Интенсивное курение вызывает у подверженных людей необратимые изменения в легких, и, начиная с возраста старше 40 лет могут проявляться нарушения функции легких. Прекращение курения в любом возрасте замедляет скорость прогрессирования уменьшения легочной функции.

Респираторные инфекции (бактериальные и вирусные) могут временно ухудшать жалобы, особенно у пациентов с выраженными степенями ХОБЛ. При обострении жалоб пациенты должны быть проинструктированы уве-

личить дозировку быстродействующих бронхолитиков до определенного максимума. При недостаточном эффекте, увеличении потребности в бронхолитиках, при одышке в сочетании с повышением температуры или плохим общем самочувствии необходимо обратиться к врачу.

Грипп может чаще вызывать осложнения у пациентов с ХОБЛ, поэтому пациентам рекомендуется проведение ежегодной вакцинации против гриппа.

За дополнительной информацией можно порекомендовать пациенту соответствующую литературу.

- Прекращение курения. Курение – основная причина ХОБЛ. Предоставьте консультирование пациенту по прекращению курения (Глава 9)
- Двигательная активность. При легкой и средней степени тяжести ХОБЛ необходимо рекомендовать достаточно двигательную активность

(ежедневно 30 минут средней интенсивности ходьбу, езду на велосипеде, плавание или фитнес). При более выраженных степенях ХОБЛ рекомендуется дыхательная гимнастика.

7.2.6. МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

При лечении ХОБЛ используют ингаляционные бронхолитики. При возможности рекомендуется использование ингаляций через небулайзер.

- Симптоматическое лечение обострений осуществляется бронхолитиками короткого и длительного действия. Дозировка, способ применения указаны в таблице (стр. 63)
- У пациентов с частыми обострениями (два и более в году) показано пробное лечение ингаляционными кортикостероидами (стр. 64)
- Для пациентов с выраженной степенью ХОБЛ показана комбинация ИКС и бронхолитиков длительного действия.

- Противомикробные препараты (амокксициллин 500 мг 3 раза в день или доксициллин 100 мг 1 раз в день) в течение 7-10 дней рекомендуются только при обострении ХОБЛ, сопровождающиеся клиническими признаками инфекции (температура более 38, общее неудовлетворительное самочувствие), отсутствие улучшения в течение 4 дней после начала вирусной респираторной инфекции.

7.2.7. КОНТРОЛЬНЫЕ ОСМОТРЫ ПРИ ХОБЛ

У новых пациентов с ХОБЛ контрольные посещения назначаются до стабилизации состояния и удовлетворительного контроля симптомов. В последующем контроль пациентов с ХОБЛ может осуществляться один раз в 6-12 месяцев.

Во время контроля уточняются:

- Оценка жалоб и ограничений, возможные перенесенные обострения самостоятельно купированные пациентом (частота, степень выраженности)
- Обсуждение прекращения курения и возможной помощи и поддержки в этом (Глава 9)

- Двигательная активность, питание, стабилизация веса
- Оценка доверия к лечению, техника ингаляций
- Осмотр пациента, аускультация легких, измерение индекса массы тела
- Один раз в год проведение спирометрии с бронходилататорами, у пациента с легкой степенью ХОБЛ, бросившего курить можно уменьшить частоту спирометрии до одного раза в 3 года
- Внимание вопросам сопутствующих заболеваний (сердечной недостаточности)
- Возможные побочные действия медикаментов

7.2.8. ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ, КОНСУЛЬТАЦИЯ УЗКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ. СИГНАЛЫ ТРЕВОГИ

Пациентам с ХОБЛ показана консультация пульмонолога в следующих ситуациях:

- Уточнение диагноза, для проведения спирометрии
- Прогрессирующее течение несмотря на лечение

- Для определения показаний для симптоматического лечения кислородом
При некупирующемся острым приступе ХОБЛ, развитии дыхательной недостаточности.

ГЛАВА 8.

КАШЕЛЬ ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ БОЛЕЕ ДВУХ НЕДЕЛЬ. ПРОЧИЕ ПРИЧИНЫ: ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ, СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ, РАК ЛЕГКИХ, БРОНХОЭКТАЗЫ, ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ ИНГИБИТОРОВ АПФ, ГАСТРОЭЗОФАГАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС.

Рассматриваемые распространенные заболевания (код по МКБ 10)

1	Хронический бронхит неуточненный	J42
2	Застойная сердечная недостаточность	I50.0
3	Злокачественное новообразование бронхов и легкого	C34
4	Бронхоэктатическая болезнь	
5	Неуточненная патологическая реакция на лекарственное средство	T88.7
6	Гастроэзофагеальный рефлюкс	K21

8.1. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

Респираторные симптомы более 2 недель и хронический кашель (ТБ, астма и ХОБЛ исключены)

Объективное обследование пациента	Примечания
Хронический бронхит (часто бронхит курильщика): анамнез кашля и продукции мокроты постоянный, как правило, наблюдается 3 мес. В течение 2-х и более последовательных лет с исключенными другими респираторными и кардиальными причинами.	У 90% кашель прекратится, если они бросят курить. Обычно у «злостных» курильщиков (сигареты, сигары) и обычно начинающих в среднем возрасте. Остановите будущее сигаретоопосредованное падение легочной функции.
Постинфекционный кашель (синдром кашля при поствирусной инфекции нижних дыхательных путей).	Кашель – наличие соответствующих симптомов острой инфекции респираторного тракта и продолжающееся, как правило, более 3 недель, но не более чем 8 недель (2 мес.). Если кашель персистирует дольше, чем 8 недель, исключают астму.
Побочное действие гипотензивных препаратов (ингибиторов ангиотензинпревращающих ферментов = группа каптоприла-эналаприла)	Рассмотреть возможность изменения схемы лечения при выраженных симптомах
Кашель, одышка в горизонтальном положении, связанная с хронической сердечной недостаточностью.	Преимущественно одышка при физическом напряжении, в горизонтальном положении, может сочетаться с отеками голеней.
Гастроэзофагеальный рефлюкс	Патология ЖКТ в анамнезе. Симптомы изжоги
Рак легкого	Длительный характер курения (пассивное курение), снижение массы тела, кашель с примесью крови

8.2 ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННОЕ ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Объективное обследование пациента

Сбор анамнеза: длительность кашля, перенесенные респираторные инфекции, прием гипотензивных препаратов, отсутствие воспалительного синдрома (лихорадки, гнойной мокроты при откашливании), профиль, наличие сердечных заболеваний, мерцательной аритмии. Симптомы тревоги в отношении туберкулеза (Смотри главу 6).

Объективное обследование, измерение температуры, осмотр зева, аускультация и перкуссия легких, аускультация сердца, пальпация голеней на предмет отеков, пальпация печени, измерение АД

8.3 ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Виды исследования

Общий анализ крови (исключение воспалительного синдрома)

Рентгенография легких

Трехкратный сбор мокроты на БК (если не сдавалась ранее)

ЭКГ (при признаках аритмии и сердечной недостаточности)

Прочие по показаниям

8.4. ИНФОРМАЦИЯ НЕОБХОДИМАЯ ДЛЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТУ

Наиболее частая причина кашля – курение, дайте совет в отношении прекращения курения.

ГЛАВА 9. ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ В ОТНОШЕНИИ ПРЕКРАЩЕНИЯ КУРЕНИЯ.

Совет в отношении прекращения курения лучше воспринимается пациентами, если врач указывает на причинную взаимосвязь жалоб и курения, в том числе возможное замедление выздоровления на фоне курения.

Обращение за помощью курящих пациентов по поводу респираторных заболеваний является хорошей возможностью мотивирования курящих пациентов и предоставить уместный профессиональный совет в отношении прекращения курения. В зависимости от ситуации и стадии мотивации пациента к прекращению курения такой совет может занимать дополнительные 3-10 минут консультирования пациента. [Смотри Приложение 9.](#) Алгоритм консультирования по прекращению курения.

Прежде всего, необходимо рутинно опрашивать всех пациентов, обратившихся с любым респираторными заболеваниями на предмет курения (подверженности пассивному курению). У курящих при помощи двух вопросов «Сколько сигарет вы выкуриваете в среднем в течение дня? И Как рано вы выкуриваете вашу первую сигарету?» уточняется вероятность никотиновой зависимости, которая возрастает при выкуривании более 10 сигарет в день и при выкуривании первой сигареты сразу после пробуждения от сна. При высокой физической зависимости мотивированным пациентам будет уместен совет в отношении никотин-замещающей терапии. [Смотри Приложение 11.](#) «Информация для пациентов. Курение и никотин-заместительная терапия».

Для быстрого определения степени мотивации пациента задается вопрос «Задумывались ли когда-нибудь, чтобы прекратить курение?», «Хотите бросить в ближайшее время?». При недостаточной мотивации не-

обходимо дать краткую информацию, что курение резко увеличивает подверженность всем респираторным заболеваниям, и вы советуете в ближайшее время задуматься о прекращении курении. Более подробно выгоды от прекращения курения раскрыты в буклете для пациента в [Приложении 10, 11.](#) «Информация для пациента. Прекращение курения. Обдумывание решения и подготовка бросить».

Если на вопрос о мотивации бросить пациент отвечает положительно, необходимо задать вопрос «Какие причины в вашей ситуации мешают Вам бросить курить?» и уточнить возможные препятствия для прекращения курения. Затем предоставляется информация о наиболее рациональных действиях для подготовки попытки бросить курить. При высокой готовности пациента необходимо определить в течение ближайших 1-4 недель день полного прекращения курения, сделать запись в карточке и порекомендовать пациенту рассказать заблаговременно о своем решении бросить дома и на работе. При необходимости (наличии физиологической зависимости при выкуривании большого числа сигарет и большом стаже курения) возможно подготовить пациента к применению никотинзамещающей терапии. Подчеркнуть, что мотивация – важнее никотинозамещающей терапии.

Помимо самих вопросов важно соответствующее отношение врача. Необходимо избегать морализирующий тон, директивность в предоставлении советов, предоставлять инициативу пациенту в выборе способов прекращения курения.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1. ПАМЯТКА ПАЦИЕНТУ ПО СБОРУ МОКРОТЫ НА БК

ПАМЯТКА ПО СБОРУ МОКРОТЫ

1 ЛУЧШЕ ВСЕГО СОБИРАТЬ МОКРОТУ УТРОМ ДО ЧИСТКИ ЗУБОВ И НАТОШАК. ЕСЛИ ВЫ СОБИРАЕТЕ МОКРОТУ ДНЕМ И УЖЕ УСПЕЛИ ПЕРЕКУСИТЬ, ПЕРЕД СБОРОМ МОКРОТЫ ПРОПОЛОЩИТЕ РОТ, ЧТОБЫ ОСТАТКИ ПИЩИ НЕ ПОПАЛИ В МОКРОТУ.

2 ПОКАШЛЯЙТЕ

3 ВЫПЛЮНЬТЕ ПОРЦИЮ МОКРОТЫ В ЧИСТУЮ СУХУЮ БАНОЧКУ.

4 ПРИ ЗАТРУДНЕНИИ ОТХОЖДЕНИЯ МОКРОТЫ:
СДЕЛАЙТЕ НЕСКОЛЬКО ПОСТУКИВАНИЙ В ОБЛАСТИ ГРУДИ.
СДЕЛАЙТЕ ИНГАЛЯЦИЮ: НА 1 ЛИТР ГОРЯЧЕЙ ВОДЫ - 1 СТ. ЛОЖКУ ПОВАРЕННОЙ СОЛИ ИЛИ ПИЩЕВОЙ СОДЫ.
СДЕЛАЙТЕ ДЫХАТЕЛЬНЫЕ УПРАЖНЕНИЯ.

5 НАПРАВЛЕНИЕ НЕ ПРИКЛЕИВАЙТЕ, А ПРИКРЕПИТЕ РЕЗИНОВЫМ КОЛЬЦОМ ИЛИ ПРИВЯЖИТЕ НИТКОЙ.

6 ЕСЛИ НЕМЕДЛЕННАЯ ДОСТАВКА МОКРОТЫ В ЛАБОРАТОРИЮ НЕВОЗМОЖНА, МАТЕРИАЛ ХРАНИТСЯ В БИКСЕ ПРИ ТЕМПЕРАТУРЕ НЕ ВЫШЕ $+4^{\circ}\text{C}$ ДО 8°C СЛОЖ

плакат предоставлен Томским областным противотуберкулезным диспансером и Martin

Приложение 2. Направление на бактериологическое исследование на туберкулез

Приложение 25
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
28 сентября 2007г. N 787
Форма N 224/у-07

_____ (наименование организации здравоохранения)

НАПРАВЛЕНИЕ НА БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НА ТУБЕРКУЛЕЗ

"__" "__" 20__ г. Отделение _____

1. Фамилия, имя, отчество пациента (больного) _____
2. Число, месяц, год рождения _____
3. Пол: мужской, женский (нужное подчеркнуть)
4. Адрес места жительства:
область _____
район _____ город (пгт) _____ село (деревня) _____
проспект / улица / переулок / проезд _____
дом _____, корпус _____, квартира _____
(нужное подчеркнуть)
5. Диагноз _____
6. Время (часы, минуты) взятия материала _____
7. Причина обследования:
 диагностика
 мониторинг лечения
8. Группа диспансерного учета _____
9. Номер истории болезни или амбулаторной карты _____
10. Полученное больным лечение:
 менее 1 месяца
 более 1 месяца
11. Биологический материал (указать) _____
12. Вид исследования (указать) _____
13. Врач-специалист, направивший материал на исследование
_____ (должность) _____ (подпись) _____ (инициалы, фамилия)

линия отреза

Отрывной талон бактериоскопии осадка материала

1. Фамилия, имя, отчество пациента (больного) _____
2. Отделение или адрес больного _____
3. Биологический материал (указать) _____
4. Дата взятия биологического материала _____

Оборотная сторона
Результат исследования N _____

ОКОНЧАТЕЛЬНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Бактериоскопия осадка материала

Кислотоустойчивые микобактерии не обнаружены
 обнаружены _____ на 100 полей зрения
1+, 2+, 3+

Бактериологическое исследование

Культура микобактерий
 не выделена
 выделена (рост обильный, умеренный, скудный)
 контаминация

Выделенная культура идентифицирована как (указать) _____

Врач лабораторной диагностики _____ (подпись) _____ (инициалы, фамилия)

Фельдшер-лаборант _____ (подпись) _____ (инициалы, фамилия)

Дата выдачи результатов исследования
"__" "__" 20__ г.

линия отреза

Результаты бактериоскопии осадка биологического материала N _____

Кислотоустойчивые микобактерии не обнаружены
 обнаружены _____ на 100 полей зрения
1+, 2+, 3+

Врач лабораторной диагностики _____ (подпись) _____ (инициалы, фамилия)

Фельдшер-лаборант _____ (подпись) _____ (инициалы, фамилия)

Дата выдачи результатов исследования
"__" "__" 20__ г.

Приложение 3. Карта лечения больного туберкулезом 1, 2 категории

наименование организации здравоохранения _____

1. Фамилия, имя, отчество _____

2. Дата регистрации _____

3. Адрес проживания и телефон больного _____

4. Дата рождения больного (число, месяц, год) _____

5. Пол (нужное подчеркнуть): мужской, женский _____

6. Дата первого обращения к врачу _____

7. Диагноз (в том числе дата установления: число, месяц, год) _____

8. Шифр по МКБ -10

9. Исследование мокроты и других биологических жидкостей

Микроскопическое исследование				Культуральное исследование			Туберкулез/ ВИЧ			Тест на чувствительность			
Месяц	Дата	Лаб. №	Результат	Вес (кг)	Дата	Результат	Лаб. №	Дата	Результат		Дата	Результат	
								Тест на ВИЧ				H	
								Начало лечения котримоксазолом				R	
								Начало АРТ				Z	
												E	
												S	
												Km/Am	
												Cm	
												Fg	
												Pt	
												Cs	
												PAS	

10. Стандартный режим химиотерапии в интенсивной фазе лечения (нужное подчеркнуть)

Категория 1 2 HRZE (S)	Категория 2 2 HRZES – 1 HRZE	Категория 3 2 HRZE
---------------------------	---------------------------------	-----------------------

11. Режим химиотерапии интенсивной фазы и дозировки противотуберкулезных лекарственных средств ** (указать дозу препарата в грамах)

Дата назначения	Препараты					Дата окончания интенсивной фазы	Котримоксазол
	H	R	Z	E	S		

* карта заводится в начале интенсивной фазы лечения и передается после выписки больного по месту продолжения лечения и диспансерного наблюдения
** **H R Z E S**

12. Прием суточных доз лекарственных средств в интенсивной фазе ***

Месяцы	День месяца																															Число принятых доз	Число пропущенных доз			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31					

Итого:

Приложение 3 (продолжение). Карта лечения пациента с туберкулезом 1,2 категории

13. Стандартный режим химиотерапии в интенсивной фазе продолжения лечения (нужное подчеркнуть)

Категория 1 4 HR или 4 H ₁ R ₁ или 6 HE	Категория 2 5 HRE или 5 H ₂ R ₂ E ₂	Категория 3 4 HR или 4 H ₃ R ₃ или 6 HE
--	---	--

14. Режим химиотерапии в интенсивной фазе продолжения и дозировки противотуберкулезных лекарственных средств** (указать дозу препарата в граммах)

Дата назначения	Препараты					Дата окончания интенсивной фазы	Котримоксазол
	H	R	E				

15. Прием суточных доз лекарственных средств в фазе продолжения ***

Месяцы	День месяца																															Число принятых доз	Число пропущенных доз					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31							
Итого:																																						

*** при контролируемом приеме лекарственных средств ставится знак «+», при приеме лекарственных средств без контроля, ставится знак «-», если лекарственные средства не принимались, ставится знак «0».

Микроскопическое исследование		Определение CD ₄		Исход лечения		Дата
Дата	Результат (CV -), (CV+)	Дата	Результат	Излечен	Лечение завершено	
				Неудача		
				Отрыв		
				Переведен		
				Умер от туберкулеза		
				Умер от других заболеваний		

15. Побочные эффекты, требующие отмены препарата

Дата	Препарат	Комментарии

16. Ввод информации

Дата	Ф.И.О.

Ф. И. О. и адрес контактных лиц _____

Комментарии _____

Приложение 4. Информация, которую необходимо предоставить каждому пациенту с туберкулезом.

Задайте пациенту следующие вопросы:	Затем дайте необходимую информацию:
<p>Как вы понимаете туберкулез? Что, по вашему мнению, могло вызвать ваше заболевание?</p>	<p>Что такое ТБ? Туберкулез, или ТБ, – это заболевание, вызываемое бактериями туберкулеза, попадающими в легкие при вдыхании зараженного воздуха. Бактерии ТБ при вдыхании попадают в легкие могут там внедряться в различные органы, но чаще всего мы слышим о ТБ легких. При поражении легких ТБ человек откашливает мокроту (слизь из легких). Без применения правильного лечения человек может умереть от ТБ.</p>
<p>Знали ли вы кого-нибудь с ТБ? Что с этим человеком произошло? Знаете ли вы, что ТБ можно полностью излечить?</p>	<p>ТБ можно излечить ТБ можно излечить с помощью правильно подобранного лекарственного лечения. Для излечения пациент должен принимать все назначенные препараты в течение полного курса лечения. Лекарственные препараты при ТБ назначаются бесплатно. Лечение можно проводить, не нарушая обычного течения жизни и работы.</p>
<p>Как, по вашему мнению, происходит распространение ТБ?</p>	<p>Как происходит распространение ТБ? ТБ распространяется, когда больной ТБ человек кашляет или чихает, тем самым выделяя бактерии ТБ в воздух. Другие люди могут вдыхать эти бактерии и заразиться ТБ. Когда много людей живет вместе, бактерии ТБ легко передаются другим людям. ТБ может заразиться любой человек. Однако не каждый зараженный ТБ заболевает.</p>
<p>Как можно избежать распространения ТБ?</p>	<p>Как предупредить распространение ТБ? Регулярно получать лечения для того, чтобы излечиться. Закрывать рот и нос платком при кашле или чихании Открывать окна и двери для попадания свежего воздуха в дом. Нет необходимости в специальной диете или в стерилизации посуды или предметов домашнего обихода.</p>

<p>Можете ли вы объяснить, почему важно. Чтобы кто-то другой следил за тем, как вы принимаете лекарства?</p>	<p>Медработник должен наблюдать за тем, как Вы принимаете все лекарства в соответствии с графиком. Это обеспечит прием вами нужных лекарственных препаратов в нужное время. Если потребуются сделает уколы. Это будет сделано вовремя. Когда медработник регулярно наблюдает за вами, он сразу заметит, если у вас появятся побочные действия или иные проблемы. Если вы не будете принимать все лекарства, вы будете по-прежнему распространять ТБ другим людям в вашей семье или общине и ТБ не будет устранен. Прерывать или прекращать лечение опасно, поскольку в таком случае заболевание может стать неизлечимым. При проведении лечения под прямым наблюдением медработник будет знать, если вы пропустите дозу, и быстро проанализирует проблему. Если вам приходится ездить или вы планируете переехать, сообщите медработнику об этом, чтобы было сделано все необходимое для продолжения лечения без перерыва.</p>
<p>Как долго вам следует принимать лекарства? Как часто и какие учреждения вы посещаете?</p>	<p>Поясните пациенту следующее: Длительность лечения Частота посещений для получения лечения Куда обращаться за лечением <i>(Если используются коробки с заранее приготовленными лекарствами)</i> Все лекарства для лечения хранятся в коробке, где написано ваше имя/фамилия, то есть учреждение следит за тем, что у вас не кончились лекарства.</p>
<p>Чего следует ожидать при приеме лекарств? Что делать далее?</p>	<p><i>(Если пациент принимает рифампицин)</i> В результате приема этого препарата моча может приобрести оранжевую/красную окраску. Это нормально и неопасно. Если после приема лекарства вы чувствуете тошноту, возьмите с собой немного еды для приема следующей дозы. Лечение не должно нарушать нормальное течение жизни и работы Убедитесь в том, что пациент точно знает, когда и куда приходить для лечения в следующий раз. Задайте вопросы, чтобы убедиться, что это возможно и что пациент готов придти опять. При необходимости напомните пациенту, чтобы он привел с собой членов своей семьи и других близких людей для тестирования на ТБ.</p>

Проверка:

Задайте контрольные вопросы (чтобы убедиться в том, что пациент запомнил важную информацию и знает, что делать далее). Еще раз закрепите ранее полученную информацию или дайте дополнительную информацию, если необходимо.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5. ПОБОЧНЫЕ РЕАКЦИИ НА ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА И ИХ УСТРАНЕНИЕ

Побочные реакции	ПТЛС, которые могут их вызывать*	Симптомы	Мероприятия
1	2	3	4
Аллергическая кожная реакция	Любые ПТЛС	Кожный зуд, сыпь	В зависимости от степени выраженности определяется дальнейшая тактика: прекращение (при невозможности определения ПТЛС, вызвавшего реакцию, отменяют все ПТЛС) или продолжение лечения Из питания исключаются цитрусовые, помидоры, шоколад, продукты питания, содержащие консерванты, и т.д. Назначаются антигистаминные средства. В тяжелых случаях назначается преднизолон в дозе 30 мг/сут не более 5 дней, в остальных случаях – локально мазь с кортикостероидами После улучшения состояния – возобновляется прием ПТЛС с постепенным увеличением дозы
Генерализованные аллергические реакции	Любые ПТЛС	Анафилактический шок, ангионевротический отек, обструкция дыхательных путей, сывороточная болезнь, гриппоподобный синдром, медикаментозный озноб, гиперсенситивный васкулит, синдром красной волчанки	Прием ПТЛС прекращается незамедлительно При анафилактической реакции назначаются: 1) адреналин 0,1% 0,2-0,5 мл 2) инфузионная терапия; 3) кортикостероиды парентерально 4) антигистаминные средства

1	2	3	4
Синдром Стивенса-Джонсона	Любые ПТЛС	Высокая температура, лихорадка, сыпь, некролиз кожи, буллезные изменения с вовлечением слизистых оболочек	Прием ПТЛС прекращается незамедлительно Инфузионная терапия с электролитами, кортикостероидами, антигистаминными средствами Антибиотики – с профилактической целью
Фотодерматит	Z, Cfz, Fq, H, R, Eto/Pto	Кожные высыпания (сопровождаются зудом), везикулы, буллы	Защита от солнечных лучей, использование солнцезащитных кремов Местно увлажняющие и кортикостероидные кремы Антигистаминные средства При тяжелых поражениях – кортикостероиды до 10-14 дней
Гепатит	Z, H R, Eto/Pto, PAS, E, Fq	Жалобы со стороны ЖКТ Повышение уровня билирубина, печеночных ферментов (АЛТ, АСТ)	Если уровень трансаминаз превышает норму в 5 и более раз – прием ПТЛС прекращается незамедлительно Назначаются гепатопротекторы, дезинтоксикационная терапия, консультация гепатолога Прием ПТЛС возобновляется по одному через 3-4 дня (начиная с менее гепатотоксичных), обеспечивается постоянный контроль функции печени Отменяется вызвавший реакцию ПТЛС После возобновления режима ХТ контроль функции печени проводится не реже 1 раза в месяц Если уровень АЛТ повышен менее чем в 3 раза (от верхней границы нормы), а уровень общего билирубина менее 40 мкмоль/л, режим ХТ продолжается с тестированием уровня билирубина и АЛТ 2 раза в неделю

1	2	3	4
Нарушения со стороны ЖКТ	Eto/Pto, PAS, Cfz, H, E, Z	Жалобы на изжогу, тошноту, рвоту, боли в животе Обезвоживание	При назначении вспомогательной терапии тошнота и рвота постепенно исчезают Исключаются другие причины данных симптомов Оценивается степень обезвоживания; начинается регидратация (при возможности – перорально), при необходимости восполняется уровень электролитов Метоклопрамид 10-20 мг внутрь или при необходимости в/в каждые 4-6 часов Диагностика и лечение инфекции <i>Helicobacter pylori</i> Диетотерапия Назначается медикаментозная терапия (H ₂ -блокаторы, ингибиторы протонного насоса, противорвотные ЛС, антациды, ЛС, регулирующие микрофлору кишечника и др.) Прием антацидов проводится за 2-3 часа до или после приема ПТЛС Отменяется Eto/Pto, PAS Прием ПТЛС возобновляется после купирования побочного эффекта
Металлический привкус	Eto/Pto, Clr, Fq	Металлический привкус	Нормальные вкусовые ощущения восстанавливаются после завершения ХТ Можно посоветовать пациенту лимонные и другие леденцы, жвачку
Диарея	Любые ПТЛС; чаще PAS	Жидкий стул чаще 4 раз в сутки, дисбакте- риоз, колит	Оценивается степень обезвоживания; проводится регидратация, восполняется уровень электролитов Лоперамид 8-16 мг в день (взрослые). Лактобактерии и/или йогурты с активными культурами при дисбактериозе

1	2	3	4
Острая почечная недостаточность	R, S, Km, Am, Cm	Олигурия (≤ 30 мл/час), отеки, одышка, сонливость (при уремии)	У пациентов старше 60 лет и с факторами риска определяется суточный клиренс креатинина в начале терапии Незамедлительно отменяется ПТЛС, которое вызвало такое состояние, в тяжелых случаях – все ПТЛС Исключается другая почечная патология Корректируется водно-электролитный баланс Мониторятся электролиты, клиренс креатинина После нормализации клиренса креатинина возобновляется прием ПТЛС Рассматривается возможность применения Cm
Нарушения электролитного баланса	S, Km, Am, Cm	Снижение калия в сыворотке, общая слабость, гипорефлексия, головокружение и головные боли, тошнота, запоры, тахикардия, изменения на ЭКГ, изменения кислотно-основного состояния	Мониторинг электролитов не реже одного раза в месяц в течение приема инъекционных ПТЛС При низком содержании калия исследуются уровни магния и кальция При необходимости осуществляется коррекция электролитов (введение калия в/в) Контроль уровня калия каждый 2-ой день до нормализации Аспаркам, панангин и калия оротат непригодны для заместительной терапии, но могут использоваться с профилактической целью
Неврит зрительного нерва	E (особенно в дозе 25 мг/кг)	Нарушение остроты зрения и цветовосприятия Известны случаи тяжелого и необратимого поражения зрительного нерва, особенно у пациентов с нарушением функции почек	При раннем выявлении симптомы обычно обратимы после прекращения приема E

1	2	3	4
Пигментарная макулопатия и генерализованная дегенерация сетчатки	Cfz	Нарушение остроты зрения и цветовосприятия	Ежемесячное мониторинговое обследование остроты зрения и цветовосприятия Пациент инструктируется о необходимости срочного информирования медперсонала о замеченном снижении остроты зрения, нарушении цветовосприятия
Другие нарушения зрения	S, Eto/Pto, Lzd, H	Другие нарушения зрения	Консультация офтальмолога
Нарушение вестибулярного аппарата	Все АГ и Cm	Нарушения равновесия, шум (звон), заложенность в ушах, персистирующее вертиго и атаксия	Данные явления необратимы и не уменьшаются с отменой ПТЛС Если симптомы не выражены – снижается кратности введения АГ или Cm до 2-3 раз в неделю При прогрессировании симптомов эти ПТЛС отменяются
Нарушение слуха	Все АГ и Cm	Нарушение восприятия высокочастотных звуков	Снижается кратность приема инъекционных ПТЛС до 3 раз в неделю Проводится аудиометрия Не рекомендуется применение диуретиков
Артралгии, артриты, мышечные боли	Z, E, Fq (чаще Ofx)	Боли в суставах У пациентов, получающих Z, повышение уровня мочевой кислоты	При повышении уровня мочевой кислоты назначается аллопуринол Назначаются нестероидные противовоспалительные средства Соблюдается диета с пониженным содержанием пуриновых оснований При артралгии, вызванной Fq, - нестероидные противовоспалительные средства Физиотерапия

1	2	3	4
Периферическая нейропатия	H, E, S, Km, Am, Cm, Fq, Cs, E, Eto, Lzd	Покалывания и жжение в пальцах рук и ног, в подошвах и ладонях, нарушение чувствительности, скованность	Исключаются другие причины (сахарный диабет, ВИЧ, алкоголизм, гипотиреоз, применение других ЛС) Пиридоксин 50-100 мг в день в качестве профилактики при наличии факторов риска При развитии нейропатии – пиридоксин до 300 мг в день (может развиваться пиридоксин-ассоциированная нейропатия при дозе выше 200 мг в день) Физиотерапия Нестероидные противовоспалительные средства Могут использоваться карбамазепин, неиромидин При болевом синдроме – амитриптилин 25 мг на ночь
Судорожные припадки	H, Cs, Trd, Fq	Судорожные движения, потеря сознания, головные боли, дезориентация, сонливость, амнезия, нарушение вкуса, недержание мочи, кала	Исключаются другие причины судорожного синдрома (ТБ ЦНС, гипогликемия, нарушение электролитного баланса, алкогольная абстиненция и др.) Оказывается помощь при судорогах Увеличивается дозировка пиридоксина до максимальной суточной дозы Постоянно принимаются противосудорожные ЛС
Психоз	Cs, Fq, H, Trd, Eto	Психоэмоциональное возбуждение	Исключаются другие причины психоза Антипсихотическая терапия – галоперидол 0,5-5,0 мг внутрь или в/м При необходимости – консультация психиатра Госпитализация в психиатрическое отделение Прекращается прием ПТЛС, вызвавшего психоз (чаще всего Cs) Нейролептики в течение всего курса лечения МЛУ-ТБ

1	2	3	4
Суицидальные настроения	Cs	Мысли о самоубийстве	Контролируется поведение пациента с целью своевременного выявления проблем, в т.ч. суицидальных мыслей Отменяется Cs Консультация психиатра Лечение имеющихся симптомов
Депрессия	Cs, Fq, H, Trd, E	Потеря интереса к жизни, аппетита, чувство вины, мысли о самоубийстве или убийстве Депрессия в анамнезе	Назначается пиридоксин (при приеме Cs) В случае нового эпизода снижаются дозы (до 500 мг в день) или временно отменяются Cs, Eto/Pto Консультация психиатра Назначаются антидепрессанты, антипсихотические средства или бензодиазепины Если депрессия не купируется, отменяется ПТЛС, вызвавший реакцию
Гипотиреоз	PAS, Eto/Pto	Слабость, усталость, недомогание, депрессия, запор, потеря аппетита, мышечные судороги, сниженная концентрация внимания, сухость кожных и волосяных покровов, болезненные менструации	Контролируется уровень ТТГ Гипотиреоз выставляется при увеличении уровня ТТГ свыше 10,0 МЕ/мл Исключаются другие причины Заместительная терапия левотироксином: начальная доза 25 мкг/сут, в течение 2-3 недель повышается до 50-150 мкг/сут. в зависимости от уровня ТТГ Лечение продолжается 1-2 месяца после отмены ПТЛС

1	2	3	4
Аллопеция	H, Eto/Pto	Облысение.	Волосистой покров восстанавливается после окончания ХТ
Грибковая инфекция	Любые ПТЛС	Вагинальный, оральный и кожный кандидоз	Противогрибковые лекарственные средства
Гинекомастия	Eto/Pto	Увеличение и болезненность грудных желез	Состояние проходит после окончания лечения

ПРИЛОЖЕНИЕ 6. ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ О БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Астма – заболевание дыхательных путей, сопровождающийся приступами удушья.

Астму нельзя излечить, но вы можете контролировать астму.

Люди, страдающие астмой, могут вести нормальную активную жизнь, если научиться контролировать астму.

Как контролировать астму и предотвращать возникновение приступов астмы: избегайте контакта с факторами, которые могут вызвать у Вас приступы астмы;

Необходимость мониторингования – пикфлоуметрия (утром и вечером);
Принимайте лекарства так, как рекомендовал Вам врач; 2 или 3 раза в год приходите на осмотр к врачу.

Факторы риска, приводящие к развитию астмы. Причинные факторы: Домашние аллергены: домашняя пыль, аллергены животных. Внешние аллергены: пыльца, грибы.

Профессиональные аллергены.

Факторы, способствующие возникновению астмы: Респираторные инфекции. Детский возраст. Пища. Курение.

Факторы, обостряющие течение астмы (триггеры): Аллергены. Респираторные инфекции. Физическая нагрузка. Погодные условия. Пища, пищевые добавки, лекарства.

Каждому человеку, имеющему заболевание легких, связанное с нарушением проходимости бронхов, необходимо постоянно контролировать состо-

яние дыхательных путей. Самым простым и эффективным прибором для самоконтроля в домашних условиях является пикфлоуметр – измеритель пиковой скорости выдоха.

Как пользоваться пикфлоуметром?

Вставить мундштук в отверстие прибора.

Установить курсор шкалы в отметке «0».

Встать или сесть прямо. Держать прибор всеми пальцами одной руки.

Сделать максимально глубокий вдох и плотно обхватить губами мундштук.

Выдохнуть максимально сильно и быстро.

Вынуть мундштук изо рта и посмотреть результат на шкале прибора.

Сделать 3 измерения. Самый лучший из 3 показателей сравнить с таблицей и внести с «дневник».

Большинству людей, страдающих астмой, необходимо 2 вида лекарств (ингаляционные и системные кортикостероиды)

Всем, страдающим астмой, необходим быстродействующий препарат для купирования приступов астмы.

Многим также необходим профилактический препарат, который надо принимать каждый день, чтобы защитить легкие и предотвратить возникновение приступа астмы.

Профилактические препараты при ежедневном их использовании безопасны (нестероидные противовоспалительные препараты).

У Вас не может развиться болезненного пристрастия к профилактическим препаратам даже если Вы пользуетесь ими в течении многих лет. Профилактические препараты устраняют отек дыхательных путей. Будьте готовы. Всегда имейте при себе лекарства. Отложите деньги на лекарства. Купите лекарства про запас до того, как израсходуете весь свой бюджет. Всегда носите с собой лекарства для снятия приступа, когда Вы вне дома.

Как использовать аэрозольный ингалятор?
Помните, что делать вдох нужно медленно!
Снимите колпачок. Встряхните ингалятор.
Встаньте. Выдохните.

Возьмите ингалятор в рот. Как только Вы начнете вдыхать, нажмите на верхний конец ингалятора и продолжайте медленно вдыхать. Задержите дыхание на 10 секунд. Выдохните. Специальная насадка для аэрозольтерапии спейсер позволяет более эффективно использовать дозированные ингаляторы и устранить их недостатки. При нажатии на баллончик ингалятора аэрозоль поступает в спейсер, а затем вдыхается пациентом.

Если улучшение не наступает, нужно срочно вызвать врача.

ПРИЛОЖЕНИЕ 7. САМОКОНТРОЛЬ (ПИКФОУМЕТРИЯ) ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Нижние границы нормальных значений ПСВ (л/мин)

Мужчины:

Возраст (лет)	5	8	11	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85
Рост (см)																		
100	24	24	24															
105	51	51	51															
110	77	77	77															
115	104	104	104															
120	130	130	130															
125	156	156	156															
130	183	183	183															
135	209	209	209															
140	236	236	236	414	456	481	494	499	497	491	480	467	452	436	418	400	381	362
145	262	262	262	423	466	491	504	509	508	501	491	477	462	445	427	408	389	370
150	289	289	289	432	475	501	514	519	518	511	500	487	471	454	436	417	397	378
155	315	315	315	440	484	510	524	529	527	520	510	496	480	463	444	425	405	385
160	342	342	342	448	492	519	533	538	536	530	519	505	489	471	452	432	412	392
165	368	368	368	456	500	527	542	547	545	538	527	513	497	479	460	440	419	399
170	394	394	394	463	508	535	550	555	554	546	535	521	504	486	467	447	426	405
175	421	421	421	469	515	543	558	563	561	554	543	528	512	493	474	453	432	411
180	Значения ПСВ у детей до 11 лет			476	522	551	566	571	569	562	550	536	519	500	480	459	438	417
185	зависят только от роста			558	573	578	576	569	557	543	525	506	486	465	444	422		
190	482			564	580	585	583	576	564	549	532	513	492	471	450	428		
	529																	
	488																	
	536																	

Женщины:

Возраст (лет) Рост (см)	5	8	11	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	
100	39	39	39																
105	65	65	65																
110	92	92	92																
115	118	118	118																
120	145	145	145																
125	171	171	171																
130	197	197	197																
135	224	224	224																
140	250	250	250	348	369	380	384	383	379	371	362	352	340	328	316	302	289	276	
145	276	276	276	355	376	387	391	390	385	378	369	358	347	334	321	308	294	281	
150	303	303	303	360	382	393	397	396	391	384	375	364	352	340	327	313	300	286	
155	329	329	329	366	388	399	403	402	397	390	381	370	358	345	332	318	304	290	
160	356	356	356	371	393	405	409	408	403	396	386	375	363	350	337	323	309	295	
165	382	382	382	376	398	410	414	413	408	401	391	380	368	355	341	327	313	299	
170	408	408	408	381	403	415	419	418	413	406	396	385	372	359	346	331	317	303	
175	435	435	435	385	408	420	424	423	418	411	401	389	377	364	350	335	321	307	
180	Значения ПСВ у детей до 11 лет			390	413	425	429	428	423	415	405	394	381	368	354	339	325	310	
185	зависят только от роста			429	433	432	427	419	409	398	385	372	358	343	328	314			
190	394			433	438	436	432	424	414	402	389	375	361	347	332	317			
	417																		
	398																		
	421																		

План ведения бронхиальной астмы: система зон

Дата составления _____ План рассчитан до _____	
Симптомы	Лечение
Зона 1 (зеленая) Астма под контролем: <ul style="list-style-type: none"> • ПСВ > _____ • Нет нарушений сна <i>и</i> нет ограничения активности 	Продолжайте принимать Ваши плановые препараты _____ <i>и</i> _____
Зона 2 (желтая) <ul style="list-style-type: none"> • ПСВ от _____ до _____ • Нет легкости дыхания, одышка при физической нагрузке • Есть ночные симптомы • Чаще нужен ингалятор для облегчения симптомов 	Необходимо удвоить дозу _____ или перейти на _____ и, не откладывая, обратиться к врачу
Зона 3 (красная) <ul style="list-style-type: none"> • ПСВ < _____ • Дыхание затруднено, небольшая физическая нагрузка приводит к одышке • Частые ночные симптомы • Плохо помогает ингалятор для облегчения симптомов 	Необходимо принять _____ в дозе _____ или _____ и срочно обратиться к врачу
Зона 4 (может быть обозначена как бордовая) <ul style="list-style-type: none"> • Удушье, трудно говорить, • ПСВ < _____ 	Немедленно вызовите «Скорую помощь» В ожидании приезда скорой помощи принять в дозе _____ и _____

ПРИЛОЖЕНИЕ 7. ГРАФИК ПИКФЛОУМЕТРИИ НА ОДИН МЕСЯЦ

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В		
800																																		
700																																		
600																																		
500																																		
400																																		
300																																		
200																																		
100																																		
кашель																																		
хрипы																																		
отдышка																																		
ночные симптомы																																		
пропуск работы																																		

ПРИЛОЖЕНИЕ 8. ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ

Название препарата	Форма выпуска	Показания	Дозировка и применение
Атровент (М-ХБ)	0,025 % р-р фл. По 25 мл, в 1 мл- 0,25 мг в-ва (1мл- 20 капель раствора)	Профилактика и лечение обратимой обструкции дыхательных путей при бронхиальной астме, хр. бронхите в сочетании или без эмфиземы. Можно у детей и стариков, когда другие бронхолитики нежелательны.	1-2 до 4-х раз в сутки Детям до года- 10 капель 3-4 раза в сутки
Беротек (β_2 АБ)	0.1% р-р фл. По 20 мл В 1 мл: 1мг фенотерола (1мл- 20 капель раствора)	Обострение и базисная терапия среднетяжёлого и тяжёлого течения БА, профилактика астмы физического усилия, лечение тяжёлых обострений ХОБЛ	1-2 мл 4-5 раз в сутки до купирования приступа (по потребности)
Беродуал (М-ХБ + β_2 АБ) Ипротропиум- бромид 350 мкг+ Фенотерол 500мкг	Флаконы по 20 мл (в 1 мл- 20 капель)	Профилактика и лечение хронических обструктивных заболеваний дыхательных путей с обратимым бронхоспазмом: бронхиальная астма, хронический бронхит, осложнённый или не осложнённый эмфиземой.	При длительной и прерывистой терапии по 1-2 мл- взрослым и 0.5-1 мл -детям на приём до 4 раз в сутки, при приступах доза детям 0.5-1 мл до 2-3 мл, взрослым до 2.5-4 мл.
Вентолин Сальбутамол Стери-неб саломол	Небулы (пластиковые ампулы 2,5 мл) по 2.5 мг сальбутамола	Профилактика и купирование приступов бронхиальной астмы, лечение ХОБЛ	Применяется в неразбавленном виде по 0,5 мг/кг/час не более 5 мг в сутки
Бизолвон (производное бромгексина)	флаконы по 40 мл (1 мл 4 мг активного в-ва)	Хронические обструктивные заболевания лёгких, туберкулёз лёгких и бронхов, пневмонии, острые бронхолегочные заболевания с нарушением секреции и отделением мокроты.	Дозировка по 2 мл (4 мг) до 4 раз в сутки. Суточная доза 16 мг. Применяется в разведении с физраствором 1:1
Лазолван (амброксол)	Флаконы по 100 мл (в 1 мл – 7,5 мг активного вещества).	Хронические обструктивные заболевания лёгких, туберкулёз лёгких и бронхов, пневмонии, острые бронхолегочные заболевания с нарушением секреции и отделением мокроты.	Применяется у взрослых и детей старше 6 лет по 2мл (15 мг) до 4 раз в день. У детей до 6 лет по 1-2 мл 1-2 раза в день. Раствор лазолвана обычно смешивают с 2 мл физраствора.

Флуимуцил (производное ацетилцистеина) муколитик	10% раствор в ампулах (в 1 ампуле 300 мг активного вещества)	Муковисцидоз, пневмония, абсцесс лёгких, хронический обструктивный бронхит с трудноотделяемой гнойной мокротой, туберкулёз лёгких в сочетании с хроническим бронхитом.	Дозировка по 3 мл раствора 2-3 раза в день.
Флуимуцил – антибиотик ИТ (производное ацетилцистеина+ триамфеникол)	Флаконы по 500 мг триамфеникола	Хронические обструктивные заболевания лёгких, пневмония, абсцесс лёгких, обострение хронического обструктивного бронхита.	Доза взрослым по 0,5 флакона на 1-2 ингаляции в день, детям по ¼ флакона на 1-2 приёма.
Пульмикорт (будесонид)	Суспензия по 0,25 и 0,5 мг/мл в контейнерах по 2 мл.	Тяжёлая и средней тяжести бронхиальная астма у детей, особенно первых 3-4 лет жизни, при обострении бронхиальной астмы у взрослых, при обострении хронического обструктивного бронхита для купирования воспалительных явлений в бронхиолах.	Стартовая доза для детей дошкольного возраста 0, 25-0,5 1-2 раза в сутки. Взрослым по 0,5-1 мг 2-3 раза в день. Можно разбавлять физраствором и сочетать с холинолитиками и β-агонистами.
Диоксидин (антибактериальный)	Раствор 1 %	Гнойно- воспалительные заболевания лёгких, хронический обструктивный гнойный бронхит, бронхоэктатическая болезнь, абсцесс лёгкого.	Дозировка по 3 мл раствора 1%диоксидин: физраствор 1:1 2-3 раза в день 7-10 дней
Ротокан	Флаконы по 25 или 50мл.	Воспалительные заболевания верхних дыхательных путей.	0.5 чайной ложки развести в 100 мл физраствора. По 3-4 мл свежеприготовленного раствора.

ПРИЛОЖЕНИЕ 9. АЛГОРИТМ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПО ПРЕКРАЩЕНИЮ КУРЕНИЯ

У ВСЕХ пациентов уточнять профиль курения (курите ли вы, сколько сигарет в день, во сколько закуриваете первую сигарету?):

Никотиновая зависимость, если:

- первая сигарета выкуривается в течение 30 минут после подъема утром
- выкуривает 10 и более сигарет в день

Уточнить уровень мотивации

- Задумывались ли когда-нибудь, о том, чтобы бросить курить?

ДА

НЕТ

Увеличить мотивацию:

Недостатки курения:

долгосрочные: рак, инфаркт, инсульт, ХОБЛ

краткосрочные: неестественный голос, запах из рта, кариес, кашель, бронхиты, астма у детей

преимущества бросить:

долгосрочные: резкое снижение риска рака, инфаркта, инсульта после прекращения

краткосрочные: отсутствие запаха из рта, физическая форма, деньги

отражение оправданий:

«курящий дед» - исключение из правил, прожил бы еще больше без курения

«курю слишком долго» - бросить курить приносит пользу в любом возрасте

«загрязнение среды – причина рака» - курение добавляет риск, можно исключить

Уточнение препятствий бросить курить: «Что Вам может помешать бросить курить?»

- Неудачи предыдущих попыток: предложить новый метод
- Стресс: примеры преодоления без сигарет
- Боязнь увеличения веса: не так опасно, как курение; диета, физические упражнения
- Есть зависимость: никотин-замещающая терапия, абстинентный синдром временный (14 дней)
- Социальное давление курящих: избегать ситуаций соблазна курения

Назначить день полного прекращения курения,

- записать дату,
- сообщить о Вашем решении дома и на работе
- Препараты заместительной терапии, предоставить буклет по прекращению курения, никотин-замещающая терапия (Смотри приложение 9, 10)

Сопровождение:

- назначить повторную консультацию или позвонить по телефону через день после назначенной даты прекращения курения,
- спрашивать о самочувствии после прекращения курения на следующих встречах

Если пациент (пока) не готов бросить

Предложить свою помощь в будущем, дать прочитать буклет

ПРИЛОЖЕНИЕ 10. ИНФОРМАЦИОННЫЙ МАТЕРИАЛ ДЛЯ ПАЦИЕНТА. ПРЕКРАЩЕНИЕ КУРЕНИЯ. ОБДУМЫВАНИЕ РЕШЕНИЯ И ПОДГОТОВКА БРОСИТЬ

В этом письме еще раз излагаются важные моменты, о которых Вы разговаривали с вашим участковым врачом во время приема. Вы можете прочесть текст этого письма дома в спокойной обстановке.

Почему Вы курите?

Многим людям нравится курить. Возможно вы считаете, что это улучшает общение или Вы можете лучше сконцентрироваться над работой. Это помогает Вам при нервном напряжении или при стрессе. Вы курите, чтобы не выделяться из вашего круга общения или для того, чтобы «перебить» аппетит. Привыкание или зависимость – важнейшие причины, почему люди продолжают курить. Ваш организм привык к получению определенной дозы никотина, и поэтому бросить курить бывает сложно. Если Вы выкуриваете более 10 сигарет в день, то в этом случае велика вероятность наличия у вас зависимости от табака.

Задумывались ли Вы, почему Вы продолжаете курить? Давайте взвесим преимущества и недостатки курения.

Недостатки курения.

Конечно же Вы уже давно знаете, что курение наносит вред как вашему здоровью, так и людям, которые Вас окружают.

Ваша физическая форма ухудшается и у Вас меньше жизненного тонуса и энергии при курении. Помимо этого, у вас гораздо большая, чем у некурящих вероятность следующих состояний:

- воспалительных заболеваний слизистых носа, придаточных пазух (гаймориты, синуситы), десен, горла и уха;
- язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки;
- бесплодия (снижение репродуктивной способности) как у женщин, так и у мужчин;
- ускоренного наступления климакса у женщин и увеличение вероятности остеопороза (развития хрупкости костей)
- снижения сексуальной потенции у мужчин
- тяжелых заболеваний органов дыхания (астма, хронический бронхит, эмфизема легких)
- тяжелых заболеваний сердечно-сосудистой системы (инсульт, инфаркт, снижение просвета крупных сосудов ног, сосудистые гангрены нижних конечностей)
- различных форм раковых заболеваний (рак легких, гортани, пищевода, поджелудочной железы, мочевого пузыря, почек и рака шейки матки);
- скоростной смерти в среднем возрасте

Некоторые факты для размышления.

Курильщики часто приводят различные причины, почему несмотря ни на что они продолжают курить. Однако эти рассуждения часто не соответствуют реальному положению вещей:

- Многие курильщики считают, что курят уже слишком долго и уже нет смысла бросать – «слишком поздно». Однако бросить курить никогда не поздно. Бросив курить, Вы всегда укрепляете ваше здоровье, несмотря на длительность вашего стажа курения.
- Конечно все мы подвергаемся и другим вредным факторам окружающей среды, таким как загрязнение атмосферы, обилию вредных химических соединений и фоновому радиационному облучению. Однако курение намного вреднее. Вероятность того, что кто-то умрет от курения в 1000 раз больше, чем от причин, связанных с загрязнением окружающей среды. То что существуют и другие вредные для здоровья факторы не являются причиной того, что можно продолжать курить и дальше. По крайней мере, на курение Вы сами в силах повлиять, в отличие от загрязнения окружающей среды.
- Каждый из нас наверняка знает курильщика, который прожил долго, однако, к сожалению, это только исключения из правил. Курильщики в среднем живут на 13 лет меньше по сравнению с некурящими.
- Большинство курильщиков, прекративших курение в среднем поправляются на два килограмма. Это правда. Однако курение намного вреднее, чем несколько килограмм избыточного веса. Если вам удалось бросить курить, то Вы всегда можете «поработать» и над избыточным весом.
- Многие курильщики думают, что у них не получится бросить курить. Обсудив с врачом возможные проблемы и препятствия для прекращения курения, можно найти наилучший путь для их решения в вашей ситуации. В этом случае, вероятность успеха повышается.

Преимущества прекращения курения.

Бросить курить – это большая польза для вашего здоровья. Улучшится ваша физическая форма и повысится жизненный тонус. Вы заметите это уже через несколько недель. Вы почувствуете себя свежее и у Вас станете лучше и здоровее выглядеть. У вас улучшится вкус и обоняние. Ваш голос станет более натуральным и исчезнет ваш кашель курильщика. Подверженность простудным заболеваниям уменьшается очень быстро после прекращения курения. В течение первых пяти лет после прекращения курения максимально наблюдаются восстановительные процессы укрепления здоровья. Таким образом, Вы очень быстро ощутите положительные результаты прекращения курения. Бросив курить, Вы всегда принесете своему здоровью пользу, несмотря на то, как долго Вы курите. После приблизительно 10-15 лет после прекращения курения ваша ожидаемая продолжительность жизни не будет отличаться от не курящих людей.

Прекращение курения также полезно для здоровья окружающих вас людей. Если родители не курят, то у детей также меньше вероятность простудных заболеваний, гриппа, воспаления среднего уха, бронхитов и воспалений легких. Если Вы не курите, то Вы показываете хороший пример вашим детям.

В заключение: прекращение курения сохраняет вам много денег.

Выберите дату прекращения курения.

Выберите подходящую для вашей ситуации дату прекращения курения. Обычно выбирают время, когда у вас будет несколько более спокойный период. Запланируйте, что вам потребуется приблизительно две недели для подготовки к прекращению курения. Исследования показали, что вероятность успеха

выше, если полностью сразу прекратить курить по сравнению с постепенным уменьшением количества выкуриваемых сигарет. Освободитесь от всех предметов (зажигалки, пепельницы, портсигары и пр.), связанных с курением перед установленной датой прекращения курения. Первое время избегайте сложных ситуаций и окружения, где курят: дома, на работе или в свое свободное время. Избегая таким образом сложных ситуаций, Вы облегчите себе задачу на первом этапе прекращения курения. Если это невозможно, будьте вдвойне внимательны и всегда имейте наготове ответ-отказ, если вам кто-то предложит сигарету. Будьте внимательны, употребляя алкоголь. Под воздействием спиртного сложнее отказаться от предложения выкурить сигарету.

Подготовка.

Составьте для себя список всевозможных ситуаций, когда у вас потребность выкурить сигарету максимальна. Дайте посмотреть своим близким этот список для возможных дополнений. Попробуйте для каждой из записанной ситуации найти заранее хорошую альтернативу.

Курите для общения или за компанию? Подумайте, что Вы сможете впредь делать вместо курения. Возможно будет лучше послушать приятную музыку, выпить чашку чая или кофе, начать с кем-то разговор, позвонить кому-нибудь или пойти в гости.

Что Вы будете делать, если будете напряжены или в состоянии стресса? Например, глубоко вдохните, выпейте несколько глотков воды, пройдитесь по коридору или поговорите сами с собой.

Что Вы можете сделать, если Вы разозлены или подавлены? Попробуйте найти какое-то отвлечение, например, пешую или велосипедную прогулку, либо поговорите о проблемах с кем-нибудь. Часто это облегчает состояние.

Подумайте сами, что для вас лучше подходит. Подключите к своим рассуждениям близких. Если Вы для каждой из провоцирующих ситуаций подберете собственную альтернативу, тогда шансы на успех велики.

Поддержка.

Курение – разновидность зависимости. Так как ваш организм привык к получению определенной дозы никотина, вначале бывает сложно прекратить курение. Прекращение курения требует также и определенную силу воли и настойчивость. Конечно же Вы также можете самостоятельно бросить курить, однако посторонняя помощь обычно улучшает результат. Помимо вашего врача или медсестры потребуется и поддержка людей, которые вас окружают. Поэтому очень важно, чтобы Вы говорили об этом в вашей семье или на работе. Договоритесь с другими курящими коллегами или близкими, чтобы они не предлагали вам по инерции закурить, попросите их воздержаться от курения вблизи вас. Попробуйте также привлечь ваших домашних, коллег, друзей в принятие решения о прекращении курения. Бросать курить вместе с кем-то более легко.

Синдром отмены.

Первое время, когда Вы бросаете курить, возможно развитие синдрома отмены. В течение первых недель у вас может появиться подавленность настроения, беспокойство, нетерпеливость, головная боль, сонливость и снижение способности к концентрации. У вас могут появиться холодные ознобы и ощущение «ползания мурашек» в руках и ногах. Могут появиться запоры и повиситься аппетит.

Советы.

Синдром отмены не приносит вреда, и сам по себе проходит максимум в течение двух месяцев.

Отвлечение и снятие напряжения, увеличение двигательной активности и спорт помогают преодолеть этот период. Делайте регулярно перерывы и выполняйте упражнения дыхательной гимнастики и расслабления. Если у вас есть склонность больше обычного есть и употреблять сладости при стрессе, то в этом случае старайтесь дополнительно контролировать себя. Повышение двигательной активности может помочь ограничить возможное повышение массы тела. Физическая активность, богатая клетчаткой пища (фрукты, черный хлеб) и употребление большего, чем обычно количества воды помогут избежать запоров.

Когда вновь обратиться на прием к врачу?

Запланируйте консультацию вашего семейного врача на период, когда Вы планируете бросить курить. На этой консультации Вы обсудите, как обстоят дела, есть ли необходимость коррекции синдрома отмены.

Если после чтения этого письма у вас остаются вопросы, мы можем к ним вернуться во время нашей следующей встречи.

ПРИЛОЖЕНИЕ 11. ИНФОРМАЦИОННЫЙ МАТЕРИАЛ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ. КУРЕНИЕ И НИКОТИН-ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ.

Зависимость.

Курение – разновидность зависимости. Вы привыкаете к определенной концентрации никотина в организме (физическая зависимость), а также к самой привычке процесса выкуривания сигареты (психическая зависимость). Если Вы выкуриваете более 10 сигарет в день, то велика вероятность того, что у вас есть физическая зависимость от табака.

Синдром отмены.

Когда Вы прекращаете курить, ваш организм перестаёт получать привычную дозу никотина.

Первое время, когда Вы бросаете курить, у вас возможно развитие, так называемого, синдрома отмены. В течение первых недель у вас может появиться подавленность настроения, беспокойство, нетерпеливость, головная боль, сонливость и снижение способности к концентрации. У вас можете почувствовать холодные ознобы и ощущение «ползания мурашек» в руках и ногах. Могут появиться запоры и повыситься аппетит.

Все эти явления неприятны, однако не приносят никакого вреда здоровью и не опасны. Потребность выкурить сигарету у вас ещё будет периодически появляться, даже если прошло достаточно времени с момента прекращения курения. Тем не менее, чем больше времени проходит после того, как Вы бросили курить, тем меньше будет у вас возникать желание закурить.

Советы.

Синдром отмены походит сам по себе в течение нескольких первых недель.

Отвлечение и снятие напряжения, увеличение двигательной активности и спорт помогают преодолеть этот период. Делайте регулярно перерывы в вашей работе и выполняйте упражнения дыхательной гимнастики и расслабления. Подумайте о чем-то приятном, расслабьте мышцы шеи и плечевого пояса, сделайте пять медленных вдохов через нос, медленно выдыхая через рот. Немного подождите и, при необходимости, повторите это упражнение еще три-пять раз.

Если же, наоборот, у вас потребность в сигарете больше во время перерывов на работе, съешьте фрукт, выпейте немного воды, немного пройдитесь или сократите количество перерывов.

Физические упражнения и двигательная активность важны в качестве отвлечения и для снятия напряжения. Занятия спортом помогут вам избежать возможного увеличения веса на первых порах после прекращения курения. Физическая активность, богатая клетчаткой пища (фрукты, черный хлеб) и употребление большего, чем обычно количества воды (не менее 1,5 литра в день) помогут избежать запоров.

Вспомогательные средства.

Если Вы выкуриваете более 10 сигарет в день, то в этом случае у вас велика вероятность развития синдрома отмены. Вы можете воспользоваться специальными вспомогательными средствами для уменьшения развития синдрома отмены.

Никотин-замещающие препараты.

При использовании этих средств ваш организм все-таки получает никотин другим путем, и поэтому у вас будут менее выражены симптомы отмены. Таким образом, Вы вначале избавляетесь от привычки к самому процессу курения (психическая зависимость). На втором этапе Вы уменьшаете количество принимаемого никотина, избавляясь от физической зависимости.

Наиболее популярные средства – это никотиновая жвачка и никотиновый пластырь. Эти средства продаются в крупных аптеках без рецепта врача.

Жевательная резинка начинает действовать быстро, но непродолжительно. Вы используете жевательную резинку в те моменты, когда у вас возникает потребность выкурить сигарету. В этом случае медленно жуйте резинку, до тех пор, пока не появится максимальный вкус (через 10-15 секунд). После этого прекратите жевать и ожидайте момента, когда Вы уже не будете чувствовать вкус (в среднем это длится одну минуту). В это время заложите резинку за слизистую щеки – слизистая полости рта будет впитывать никотин. Затем опять сделайте несколько жевательных движений. Повторите то же самое в течение получаса. За 15 минут до использования жевательной резинки, а также во время жевания нельзя ничего пить или есть.

Пластырь действует длительно и постепенно. Пластырь обычно приклеивают утром в области плеча, живота, спины или бедра. На время сна пластырь снимается. Кожа в области прикрепления пластыря должна быть сухой и, по возможности, выбритой. Выбирайте при прикреплении пластыря каждый раз другое место (чередовать места прикрепления). При использовании пластыря никотин поступает через кожу.

ПРИЛОЖЕНИЕ 12.

ТИПИЧНЫЕ ОТОСКОПИЧЕСКИЕ КАРТИНЫ ПРИ СИНДРОМЕ БОЛЯХ В ОБЛАСТИ УХА



Рисунок 1. Картина нормальной барабанной перепонки.

Барабанная перепонка тонкая и полупрозрачная. Имеет перламутрово-серый цвет, основным ориентиром барабанной перепонки является короткий процессор молоточка, umbo (пупок - место прикрепления барабанной перепонки к молоточку), вперед и вниз от umbo располагается световой конус или световой рефлекс. Верхняя пятая часть барабанной перепонки является не натянутой (pars flaccida), нижнее четыре -пятых барабанной перепонки являются натянутыми, то есть (pars tensa). Место прикрепления наружной границы барабанной перепонки к наружному слуховому проходу называется annulus fibbrosa.



Рисунок 2. Острый средний отит.

Наблюдается выраженная гиперемия верхней половины барабанной перепонки с тусклостью и потемнением нижней части барабанной перепонки. Ручка молоточка плохо контурируется из-за выбухания барабанной перепонки.



Рисунок 3. Острый средний отит.

Выражено выбухание барабанной перепонки с гнойного цвета жидкостью за pars tensa барабанной перепонки, состояние такой степени часто предшествует перфорации барабанной перепонки.



Рисунок 4. Картина серозного (экссудативного) среднего отита.

Барабанная перепонка потеряла свою прозрачность, за барабанной перепонкой видно скопление жидкости. Воспалительного процесса, гиперемии барабанной перепонки нет.



Рисунок 5. Хроническая перфорация барабанной перепонки.

Перфорация обычно является одиночной, но в некоторых случаях может быть множественной. Спонтанная перфорация барабанной перепонки может происходить на высоте воспаления среднего уха, когда pars tensa барабанной перепонки перфорирует, и освобождается среднее ухо от гноя. На данном рисунке изображена длительно существующая перфорация барабанной перепонки при хроническом среднем отите, сопровождающаяся тимпаносклерозом барабанной перепонки.

**ПРИЛОЖЕНИЕ 13.
НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫЕ ВИЗУАЛЬНЫЕ КАРТИНЫ ОСТРЫХ ТОНЗИЛЛИТОВ**



Рисунок 1. Картина фарингита вирусной этиологии



Рисунок 2. Фолликулярная ангина стрептококковой этиологии.



Рисунок 3. Инфекционный мононуклеоз.



Рисунок 4. Дифтерия.



Рисунок 5. Перитонзиллярный абсцесс.

Для заметок

A series of horizontal dotted lines for writing notes.



