

Оказание медицинской помощи пациентам терапевтического профиля

Тема 1.1 Принципы лечения и ухода
за пациентами с острым бронхитом,
ХОБЛ, бронхиальной астмой

Содержание лекции:

1. Медикаментозная коррекция и немедикаментозные методы лечения острого бронхита, ХОБЛ, бронхиальной астмы.

Принципы лечения в период приступов БА, принципы лечения в межприступный период (ступенчатый принцип лечения, особенности лечения в зависимости от формы бронхиальной астмы). Основные группы лекарственных препаратов, показания, противопоказания к их назначению. Принципы лечения и ухода за пациентом.

2. Тактика фельдшера в ведении пациента. Показания и противопоказания к госпитализации. Выполнение лечебных вмешательств. Контроль пациента, контроль и оценка эффективности лечения. Психологическая помощь пациенту и его окружению. Организация ухода за пациентом. Прогноз. Оформление медицинской документации.

Острый бронхит

- *Острый бронхит- заболевание, проявляющееся остро возникающим воспалением слизистой оболочки трахеобронхиального дерева, преимущественно инфекционного происхождения, сопровождающееся кашлем (сухим или с выделением мокроты) и продолжающееся не более трех недель.*
- *Острый бронхит – заболевание, проявляющееся остро возникающим воспалением слизистой оболочки трахеобронхиального дерева. (учебник)*
- **Код по МКБ-10 - J20**
- Острый бронхит является одним из самых частых заболеваний органов дыхания (34,5%).
- **Цели лечения:**
 - Облегчение тяжести кашля.
 - Снижение продолжительности кашля.
 - Восстановление трудоспособности.

Показания к госпитализации

Госпитализация при ОБ не показана.

Лечение проводится чаще всего амбулаторно. Исключение составляют пациенты с бронхиолитом, а также с тяжелой интоксикацией и серьезной сопутствующей патологией (легочной, сердечно-сосудистой).

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

1. Облегчение выделения мокроты.

- Следует объяснить пациенту необходимость поддержания адекватной гидратации. Рекомендуется обильное питье теплой жидкости: горячий чай с лимоном, медом, малиновым вареньем, чай из липового цвета, из сухой малины; подогретые щелочные минеральные воды (боржоми, славянская, смирновская и др.). Эти меры, как правило, вызывают обильное потоотделение, снижают повышенную температуру тела, улучшают общее самочувствие.
- Больного информируют о пользе увлажненного воздуха (особенно в засушливом климате и зимой), так как снижение гидратации ведет к повышению вязкости бронхиального секрета и нарушает его отхаркивание. Облегчение отхождения слизи может уменьшить тяжесть кашля и его продолжительность.

2. Обращают внимание на необходимость устранения воздействия на больного факторов окружающей среды, вызывающих кашель (дыма, пыли). Курение табака категорически запрещается.

3. Одним из лечебных мероприятий у больных ОБ, особенно при повышении температуры тела, является содержание больного в постели, в светлой, солнечной, хорошо проветриваемой комнате.

4. Все работоспособные больные ОБ независимо от возраста при наличии лихорадочного состояния подлежат освобождению от работы, а ослабленных и пожилых больных с эмфиземой легких и органическими заболеваниями сердца следует освободить на несколько дней от работы, даже при нормальной температуре тела.

5. То же относится к больным без повышения температуры тела, но с резко выраженными катаральными явлениями в верхних дыхательных путях, а также к лицам работающим на открытом воздухе и в горячих цехах, работникам детских учреждений, общественного питания и больницы.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Лечение в основном симптоматическое:

- жаропонижающие, болеутоляющие средства (анальгин, ацетилсалициловая кислота, парацетамол по 0,5 г – 3 раза в день и др.),
- витамины: витамин С по 0,1 г – 3 раза/сут; витамин А по 3 мг 3 раза/сут.
- при одновременном поражении носоглотки применяют аэрозольные препараты: каметон, ингалипт (оказывают антисептическое, противовоспалительное и местное обезболивающее действие).
- для облегчения сухого кашля назначают: либексин по 0,1 г -3-4 раза/сут; кодтерпин - по 1 таб. 3-4 раза/сут.
- если в качестве этиологического фактора выступает вирусная инфекция, возможно применение: ремантадина 0,05 г по 1 таб. 3 раза/сут (в первые 24 – 78 ч заболевания гриппом) или интерферона, интраназально по 5 капель в каждую ноздрю с интервалом 1-2 часа, 5-6 раз/сут, в течение 2-3 дней.

Антибактериальная терапия

При отсутствии эффекта от симптоматической терапии, появлении гнойной мокроты назначают антибактериальные препараты с учетом микробного спектра.

Длительность лечения обычно составляет 5-7 дней.

Препараты выбора:

1. Аминопенициллины:

- Ампициллин - 0,25 г по 2 т 6 раз в сутки,
- Амоксициллин – 0,5 г 4 раза в сутки.

2. Ингибиторзащищенные пенициллины:

- амоксициллин/клавулант (амоксиклав) – внутрь 375 мг (250/125мг) 3 раза в сутки; 625 мг (500/125мг) 3 раза в сутки.

3. Макролиды:

- эритромицин – 0,5 г 4 раза в сутки,
- сумамед – 0,25 г 1 раз в сутки,
- ровамицин – 1,0 г 2 раза в сутки.

4. Оральные цефалоспорины II поколения:

- цефуроксим – 0,25 -0,5 г 2 раза в сутки.

5. Тетрациклины:

- доксициклин – 0,1 мг 2 раза в сутки

Бронхолитическая и муколитическая терапия

При бронхообструктивном синдроме назначают бронхолитики:

- Симпатомиметики (агонист β_2 – адренорецепторов короткого действия - сальбутамол, беротек в форме аэрозоля);
- Холинолитики (раствор для ингаляций или аэрозоль - атровент)
- Теофиллины (пролонгированного действия):
 - Теопэк 0,15 г (1/2 таблетки) – 0,3 г 1-2 раза в сутки.
- Аминофиллины (короткого действия):
 - эуфиллин – 0,15 г при приступе

Мукорегуляторы:

- Амброксол -30 мг 2-3 раза в сутки
- Ацетилцистеин – 200 мг по 1 таблетки 2-3 раза в сутки.

Показания к консультации специалистов по поводу лечения

1. В случае продолжения кашля при стандартной эмпирической терапии заболевания необходимо предполагать другие причины длительного кашля. Более чем у 85% больных с нормальной рентгенограммой органов грудной клетки причиной длительного кашля (более 3 нед.) бывают синуситы, бронхиальная астма и гастроэзофагеальный рефлюкс.
2. Консультация пульмонолога: для установления возможности реактивации хронической болезни легких.
3. Консультация гастроэнтеролога: для исключения гастроэзофагеального рефлюкса.
4. Консультация оториноларинголога: для исключения патологии ЛОР – органов, как причины затяжного кашля.

Хирургическое лечение.

Не показано.

Примерные сроки временной нетрудоспособности

Примерные сроки временной нетрудоспособности составляют 7-9 суток.

ДАЛЬНЕЙШЕЕ ВЕДЕНИЕ БОЛЬНОГО

Обычно кашель, связанный с острым неосложненным бронхитом, прекращается в течение 4-8 недель.

1. При кашле длительностью 4-8 недель и более показана рентгенография органов грудной клетки. Если патологии не обнаруживают, необходимо продолжить диагностику для исключения ЛОР-органов, бронхиальной астмы и гастроэзофагеального рефлюкса.
2. При наличии свистящего дыхания не менее чем через 8 недель после начала болезни следует провести обследование для исключения бронхиальной астмы или постоянно действующих внешних факторов (триггеров) производственной или бытовой природы.
3. В случае сохраняющегося подъема температуры тела на 2-3 –й день болезни необходимо исключить пневмонию или инфекционное заболевание другой локализации.

ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА

1. Информировать о возможности профилактики острого бронхита.
2. Объясняют, что при появлении нижеперечисленных жалоб ему следует обратиться за медицинской помощью:
 - Температура тела более 37.8 градусов по Цельсию;
 - Сыпь;
 - Постоянная боль в придаточных пазухах, ушах, зубная боль, затруднение глотания;
 - Одышка, боли, чувство сдавленности в груди или свистящее дыхание;
 - Кровохарканье или продолжительность кашля более 3 недель.
3. Рекомендуют соблюдать охранительный режим для ускорения выздоровления.
4. Инструктируют пациента о необходимости избегать контактов с вызывающими кашель факторами, рекомендуют обильное питье, увлажнение воздуха, употребление сиропов, содержащих кодеин, для подавления кашля.
5. Рекомендуют прекратить курение.
6. Объясняют, что антибиотикотерапия вирусной респираторной инфекции не эффективна и при сомнительном лечебном результате может способствовать формированию антибиотикорезистентных штаммов пневмококков и других микроорганизмов, представляющих серьезную угрозу для окружающих.

ПРОГНОЗ

- При неосложненном остром бронхите прогноз благоприятный. При осложненном характере заболевания прогноз зависит от характера осложнения.

ПРОФИЛАКТИКА

- Устранение возможного фактора возникновения бронхита (запыленность и загазованность рабочих помещений, переохлаждение, курение, злоупотребление алкоголем, хроническая и очаговая инфекция в дыхательных путях и др.), а также меры, направленные на повышение сопротивляемости организма к инфекции (закаливание, витаминизация пищи).

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)

- **Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)** – хроническое воспалительное заболевание, возникающее у лиц старше 35 лет под воздействием различных факторов экологической агрессии (факторов риска), главным из которых является табакокурение, протекающее с преимущественным поражением дистальных отделов дыхательных путей и паренхимы легких, формированием эмфиземы, характеризующееся частично обратимым ограничением скорости воздушного потока, индуцированное воспалительной реакцией, отличающейся от воспаления при бронхиальной астме и существующее вне зависимости от степени тяжести заболевания.
- Болезнь развивается у предрасположенных лиц и проявляется кашлем, продукцией мокроты и нарастающей одышкой, имеет неуклонно прогрессирующий характер с исходом в хроническую дыхательную недостаточность и хроническое легочное сердце.
- Хроническую обструктивную болезнь сегодня выделяют как самостоятельное заболевание легких и отграничивают от ряда хронических процессов дыхательной системы, протекающих с обструктивным синдромом (обструктивного бронхита, вторичной эмфиземы легких, бронхиальной астмы и др.).

- По данным статистики в РФ, болезни органов дыхания по распространенности занимают первое место. ХОБЛ среди них встречается в **50% случаев.**
- МКБ - 10. J44 Другая хроническая обструктивная легочная болезнь

Цели лечения:

- Профилактика прогрессирования болезни
- Облегчение симптомов
- Повышение толерантности к физическим нагрузкам
- Улучшение качества жизни
- Профилактика и лечение осложнений
- Профилактика обострений
- Уменьшение смертности

Основные направления лечения:

1. Немедикаментозное:

- Снижение влияния факторов риска.
- Образовательные программы

2. Медикаментозное:

- Лечение ХОБЛ при стабильном состоянии.
- Лечение обострения заболевания.

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- СНИЖЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА

✓ Курение

Прекращение курения - первый обязательный шаг в программе лечения ХОБЛ.

Больной должен четко осознавать вредное влияние табачного дыма на дыхательную систему. Прекращение курения – единственный наиболее эффективный и экономически обоснованный способ, позволяющий уменьшить риск развития ХОБЛ и предотвратить прогрессирования заболевания.

Доказанной эффективностью обладают только два метода – никотинзаместительная терапия и беседы врачей и медперсонала. Руководство по лечению табачной зависимости содержит три программы.

Короткие курсы лечения табачной зависимости более эффективны. Даже трехминутная беседа с курильщиком может побудить его бросить курить, и такая беседа должна проводиться с каждым курильщиком на каждом врачебном приеме. Более интенсивные стратегии увеличивают вероятность отказа от курения.

До настоящего времени не существует лекарственной терапии, способной замедлить ухудшение функций легкого, если больной продолжает курить. У этих пациентов ЛС вызывают только субъективное улучшение и облегчают симптоматику при тяжелых обострениях.

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ (продолжение)

- СНИЖЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА

Производственные вредности, атмосферные и домашние поллютанты.

Снижение риска неблагоприятного влияния атмосферных и домашних поллютантов требует как индивидуальных мер профилактики, так и общественных и гигиенических мероприятий. Первичные профилактические мероприятия заключаются в элиминации или сокращении влияния различных патогенных субстанций на рабочем месте. Не менее важна вторичная профилактика – эпидемиологический контроль и раннее выявление ХОБЛ.

Необходимо контролировать и учитывать восприимчивость и характерные для каждого больного индивидуальные особенности в семейном анамнезе, влияние промышленных и домашних поллютантов. Больные ХОБЛ и из группы высокого риска должны избегать интенсивных нагрузок во время эпизодов повышенного загрязнения воздуха. При использовании твердого топлива необходима адекватная вентиляция. Применение очистителей воздуха и воздушных фильтров, направленных на защиту от поллютантов из домашних источников или поступающего атмосферного воздуха, не обладает доказанным положительным влиянием на состояние здоровья.

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ (продолжение)

- ОБУЧЕНИЕ БОЛЬНОГО

Наибольшее потенциальное влияние на течение ХОБЛ имеет обучение пациента с целью мотивации к отказу от курения.

Для больных ХОБЛ необходимо понимание природы заболевания факторов риска, ведущих к прогрессированию болезни, понимание собственной роли и роли врача для достижения оптимального результата лечения.

Обучение должно быть адаптировано к потребностям и окружению конкретного больного, быть интерактивным, направленным на улучшение качества жизни, простым в осуществлении, практичным и соответствующим интеллектуальному и социальному уровню больного и ухаживающих за ним лиц.

В программы обучения рекомендуется включать следующие компоненты: отказ от курения; информация о ХОБЛ; основные подходы к терапии, специфические вопросы лечения (в частности, правильное применение ингаляционных ЛС; навыки по самовведению (пикфлоуметрия) и принятие решений во время обострений).

Программы обучения пациентов должны включать распространение печатных материалов, образовательные семинары (как с предоставлением информации о заболевании, так и с обучением больных специальным навыкам).

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ (продолжение)

• ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ

- ✓ Для больных ХОБЛ обучение играет важную роль. Наибольшее потенциальное влияние на течение ХОБЛ имеет обучение больных с целью побуждения к отказу от курения. Обучение должно проводиться по всем аспектам лечения заболевания и может быть в разных формах: консультации врача или другого медицинского работника, домашние программы, занятия вне дома, полноценные программы легочной реабилитации.
- ✓ Для больных необходимо понимание природы заболевания, факторов риска, ведущих к прогрессированию, понимание собственной роли и роли врача в достижении оптимального результата лечения.
- ✓ Обучение должно быть адаптировано к нуждам и окружению конкретного больного, быть интерактивным, простым в осуществлении, практичным и соответствующим интеллектуальному и социальному уровню больного и тех, кто за ним ухаживает, и направленным на улучшение качества жизни.
- ✓ Существуют различные типы программ обучения- от простого распространения печатных материалов до образовательных занятий и семинаров, направленных на предоставление информации о заболевании и на обучение больных специальным навыкам.
- ✓ Обучение наиболее эффективно, когда оно проводится в небольших группах.
- ✓ Экономическая эффективность программ обучения больных

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- **Кислородотерапия**

Эффективность медикаментозной терапии у больных ХОБЛ снижается с увеличением тяжести течения болезни, и при крайне тяжелой ХОБЛ она довольно низкая. Основная причина смерти больных ХОБЛ – острая дыхательная недостаточность. Коррекция гипоксемии с помощью кислорода – наиболее патофизиологически обоснованный метод терапии тяжелой дыхательной недостаточности. Использование кислорода у больных с хронической гипоксемией должно быть постоянным, длительным и, как правило, проводится в домашних условиях, поэтому такая форма терапии называется длительной кислородотерапией. Длительная кислородотерапия – единственный метод лечения, способный снизить летальность больных ХОБЛ.

Долгосрочная оксигенотерапия показана пациентам с тяжелым течением ХОБЛ. Перед назначением больным длительной кислородотерапии необходимо также убедиться, что возможности медикаментозной терапии исчерпаны и максимально возможная терапия не приводит к повышению O_2 выше пограничных значений.

Для определения показаний к длительной кислородотерапии больной с тяжелым течением ХОБЛ направляется на консультацию к пульмонологу.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ (продолжение)

- **Лекарственная терапия**

Медикаментозная терапия используется для профилактики и контроля симптомов заболевания, улучшения функций легких, сокращения частоты и тяжести обострений, улучшения общего состояния и повышения толерантности к физической нагрузке. Ни одно из имеющихся средств для лечения ХОБЛ не влияет на долгосрочное снижение легочной функции.

Основные лекарственные препараты

Основой симптоматического лечения ХОБЛ являются бронхолитики. Все категории бронхолитиков повышают толерантность к физической нагрузке даже при отсутствии изменений объема форсированного выдоха за 1 с. Предпочтительна ингаляционная терапия.

При всех стадиях ХОБЛ необходимо: исключение факторов риска, ежегодная вакцинация противогриппозной вакциной и бронходилататоры короткого действия по потребности. Обычно бронходилататоры короткого действия применяют через 4-6 часов. Не рекомендуется регулярное применение β_2 -агонистов короткого действия в качестве монотерапии при ХОБЛ.

Бронходилататоры короткого действия применяются у больных ХОБЛ в качестве эмпирической терапии для уменьшения выраженности симптоматики и при ограничении физической активности действия (сальбутамол, тербуталин, беротек, атровент).

Бронходилататоры длительного действия или их комбинация с β_2 -агонистами короткого действия и антихолинергическими препаратами короткого действия назначаются больным, у которых сохраняются симптомы заболевания, несмотря на монотерапию короткодействующими бронходилататорами (сальметерол, формотерол).

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ (продолжение)

- 1. При легкой (I стадии) ХОБЛ** и отсутствии клинических проявлений заболевания больной не нуждается в регулярной лекарственной терапии.
 - Больным с интермиттирующими симптомами заболевания показаны ингаляционные β_2 -агонисты или М-холинолитики короткого действия, которые применяют по требованию.
 - Если ингаляционные бронходилататоры недоступны, могут быть рекомендованы теофиллины пролонгированного действия (Теопэк, Теотард).
 - При подозрении на бронхиальную астму проводят пробное лечение ингаляционными

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ (продолжение)

- 2. При среднетяжелом, тяжелом и крайне тяжелом течении (стадии II-IV) ХОБЛ антихолинергические ЛС считаются средствами первого выбора.**
- М-холинолитик короткого действия (ипратропия бромид) обладает более продолжительным бронхолитическим эффектом по сравнению с β_2 -агонистами короткого действия.
 - Ксантины (Теопэк, Теотард) эффективны при ХОБЛ, но с учетом их потенциальной токсичности являются препаратами «второй линии». Ксантины могут быть добавлены к регулярной ингаляционной бронхолитической терапии при более тяжелом течении болезни.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ (продолжение)

3. При стабильном течении ХОБЛ комбинация антихолинергических ЛС с β_2 -агонистами короткого действия или β_2 -агонистами длительного действия более эффективна, чем каждая из ЛС в отдельности. Небулайзерная терапия бронхолитическими ЛС проводится больным с тяжелой и крайне тяжелой ХОБЛ (стадии III-IV заболевания), особенно если они отмечали улучшение после лечения при обострении заболевания. Для уточнения показаний для небулайзерной терапии необходим мониторинг пиковой скорости выдоха в течении 2 недель лечения и продолжение терапии даже при улучшении показателя пиковой скорости выдоха.

- Лечебный эффект глюкокортикоидов при ХОБЛ значительно менее выражен, чем при бронхиальной астме.

Регулярное (постоянное) лечение ингаляционными глюкокортикоидами показано больным с III стадией (тяжелой) и IV стадией (крайне тяжелой) ХОБЛ при повторных обострениях заболевания, требующих приема хотя бы 1 раз в год антибиотиков или оральных глюкокортикоидов.

- Системные глюкокортикоиды при стабильном течении ХОБЛ назначать не рекомендуется.
- Если по экономическим причинам применение ингаляционных глюкокортикоидов ограничено, можно назначить курс системных глюкокортикоидов (не дольше чем на 2 недели) и направить на консультацию к пульмонологу.
- Ингаляционные ГКС назначаются если ОФВ₁ ≤ 50% (Бекотид, Беклазон, Пульмикорт, Альвеск, Фликсотид, комбинированные формы: инг-ГКС + длительно действующие бронходилататоры - Серетид, Симбикорт и Биостен).

схема лечения больных в зависимости от тяжести ХОБЛ

Все стадии (I-легкая, II-среднетяжелая; III-тяжелая; IV-крайне тяжелая)	<p>Исключение факторов риска. Ежегодная вакцинация противогриппозной вакциной. Ингаляция одного из нижеперечисленных ЛС по необходимости:</p> <ul style="list-style-type: none">• сальбутамол (200-400 мкг),• фенотерол (Беротек) (200-400 мкг),• ипратропия бромид (Атровент) (40 мкг),• фиксированная комбинация фенотерола и ипратропия бромида (2 дозы).
Стадии II, III, IV	<p>Регулярные ингаляции:</p> <ul style="list-style-type: none">• ипратропия бромид (Атровент) 40 мкг 4 раз/сут, или• тиотропия бромид (Спирива) 18 мкг 1 раз/сут, или• сальметерол 50 мкг 2 раз/сут, или• формотерол «Турбухалер» 4,5-9,0 мкг, или• формотерол «Аутохалер» 12-24 мкг 2 раз/сут, или• фиксированная комбинация фенотерола+ипратропия бромида 2 дозы 4 раз/сут, или• тиотропия бромид (Спирива) 18 мкг 1 раз/сут + сальметерол 50 мкг 2 раз/сут, или• формотерол «Турбухалер» 4,5-9,0 мкг или• формотерол «Аутохалер» 12-24 мкг 2 раз/сут, или• тиотропия бромид 18 мкг 1 раз/сут + внутрь теофиллин 0,2-0,3 г 2 раз/сут, или• сальметерол 50 мкг 2 раз/сут, или• формотерол «Турбухалер» 4,5-9,0 мкг, или• формотерол «Аутохалер» 12-24 мкг 2 раз/сут + внутрь теофиллин 0,2-0,3 г 2 раз/сут, или• тиотропия бромид 18 мкг 1 раз/сут + сальметерол 50 мкг 2 раз/сут, или• формотерол «Турбухалер» 4,5-9,0 мкг, или• формотерол «Аутохалер» 12-24 мкг 2 раз/сут + внутрь теофиллин 0,2-0,3 г 2 раз/сут.
Стадии III и IV	<p>Ингаляционные кортикостероиды или комбинированные препараты при повторных обострениях заболевания, требующих приема хотя бы 1 раз в год антибиотиков или оральных глюкокортикоидов:</p> <ul style="list-style-type: none">• Беклометазон (Бекотид, Беклазон) 1000-1500 мкг/сут, или• Будесонид (Пульмикорт) 800-1200 мкг/сут, или• Флютиказона пропионата (Фликсотид) 500-1000 мкг/сут, или• Фиксированная комбинация сальметерола 20-50 мкг + флютиказона пропионата 250 мкг (Серетид) 2 дозы 2 раз/сут, или• Фиксированная комбинация формотерола 4,5 мкг + будесонида 160 мкг (Симбикорт) 2-4 дозы 2 раз/сут.• Реабилитационные мероприятия.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ (продолжение)

Прочие лекарственные средства

Вакцины

- С целью профилактики обострения ХОБЛ во время эпидемических вспышек гриппа рекомендованы к применению вакцины, содержащие убитые или инактивированные вирусы, назначаемые однократно в октябре-первой половине ноября ежегодно.
- Гриппозная вакцина на 50% способна уменьшить тяжесть течения и смертность у больных ХОБЛ. Применяют также пневмококковую вакцину, содержащую 23 вирулентных серотипа, но данных об ее эффективности при ХОБЛ недостаточно. Тем не менее, согласно мнению Комитета советников по иммунизационной практике, больные ХОБЛ относятся к лицам с высоким риском развития пневмококковой инфекции и включены в целевую группу для проведения вакцинации.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ (продолжение)

Муколитические средства

- Мукоактивные ЛС при ХОБЛ назначают только больным с вязкой мокротой. Для уменьшения частоты обострений и выраженности симптомов обострения у этой категории пациентов рекомендуется назначение N-ацетилцистеина в суточной дозе 600-1200 мг в течение от 3 до 6 месяцев.
- Карбоцистеин, капсулы по 0,375 г 3 раза/сут.
- Флюдитек, сироп 5% 1 ст.л. 3 раза/сут.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ (продолжение)

Отхаркивающие препараты

- Карбоцистеин, Флюдитек (также стимулируют откашливание).
- Мукалтин – по 1-2 таб. 3-4 раза/сут.
- Трава чабреца; трава термопсиса; корень алтея; корень солодки; плод аниса; листья мать-и-мачехи;

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ (продолжение)

Антибактериальные средства

- Назначаются при усилении кашля, одышки, увеличении количества отделяемой мокроты гнойного характера, повышении температуры тела, слабости и недомогании.

Показания	Основные возбудители	ЛС выбора	Альтернативные ЛС (одно из перечисленных)
Усиление одышки, Увеличение объема и гнойности мокроты	Haemophilus influenzae, H. parainfluenzae, S. pneumoniae, M. catarrhalis. Возможна резистентность к β-лактамам	Амоксициллин (0,5-1,0 г) 3 раз/сутки внутри 7-14 дней	Азитромицин в дозе 250 мг 1 раз/сут (в первые сутки -500 мг) внутрь 5 дней; Амоксицилин/клавуланат в дозе 625 мг 3 раз/сут или в дозе 1000 мг 2 раз/сут внутрь 7-14 дней; Цефуроксима аксетил 750 мг 2 раз/сут внутрь 7-14 дней; Кларитромицин 500 мг 1 раз/сут внутрь 7-14 дней; Кларитромицин 500 мг 2 раз/сут внутрь 7-14 дней; Левифлоксацин 500 мг 1 раз/сут внутрь 7-14 дней; Моксифлоксацин 400 мг 1 раз/сут внутрь 7-14 дней

РЕАБИЛИТАЦИЯ

Для пациентов с ХОБЛ на всех стадиях течения процесса высокой эффективностью обладают физические тренирующие программы, повышающие толерантность к физической нагрузке и уменьшающие одышку и усталость. Идеальными кандидатами для включения в реабилитационные программы являются пациенты с тяжелым и крайне тяжелым ХОБЛ, т.е. больные, у которых болезнь накладывает серьезные ограничения на привычный уровень функциональной активности.

К доказанным эффектам легочной реабилитации относятся:

- Улучшение физической работоспособности;
- Снижение интенсивности диспноэ;
- Улучшение качества жизни;
- Снижение числа госпитализаций и дней, проведенных в стационаре;
- Снижение выраженности депрессии и степени тревоги, связанных с ХОБЛ;
- Улучшение состояния больных после программы легочной реабилитации имеет продленный характер;
- Улучшение выживаемости больных;
- Тренировка дыхательной мускулатуры приносит положительный эффект, особенно при комбинации с общими тренирующими упражнениями.

Физические тренировки

«Идеальная длительность тренировочных программ точно не установлена, оптимальным сроком тренировок считается 8 недель.

Длительность одной физической тренировки (в зависимости от состояния больного) варьирует от 10 до 45 мин, кратность занятий – от 1 до 5 раз в неделю. Интенсивность нагрузок задается с учетом субъективных ощущений больного. Физические тренировки обязательно включают упражнения на развитие силы и выносливости нижних конечностей (дозированная ходьба, велоэргометр); кроме того, они могут включать упражнения, повышающие силу мышц верхнего плечевого пояса (подъем гантелей 0,2-1,4 кг, ручной эргометр).

Оценка и коррекция питательного статуса

Снижение массы тела и уменьшение мышечной массы – частая проблема больных ХОБЛ. С потерей мышечной массы, а также с изменением соотношения типов мышечных волокон тесно связано снижение силы и выносливости скелетных и дыхательных мышц больных. Снижение индекса массы тела является независимым фактором риска летальности больных ХОБЛ.

Наиболее рациональный режим питания – частый прием небольших порций пищи, так как при ограниченном вентиляционном резерве первичный объем пищи может привести к заметному усилению диспноэ (одышка) вследствие смещения диафрагмы. Оптимальный способ коррекции дефицита питания – сочетание дополнительного питания с физическими тренировками, обладающими неспецифическим анаболическим эффектом.

ЛЕЧЕНИЕ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Тактика лечения:

- ❖ **Бронходилататоры;**
- ❖ **Антибактериальные препараты (при усилении гнойности мокроты и повышении температуры тела);**
- ❖ **ГКС (Преднизолон на 10 дней ,если $ОФВ_1 \leq 50\%$);**
- ❖ **Отхаркивающие (Карбоцистеин, Флюдитек, Либексин).**

При легком обострении заболевания

При легком обострении заболевания возникает необходимость увеличения дозы и/или кратности приема бронхолитических ЛС.

- Если не применялись ранее, то добавляются антихолинергические ЛС.
- Предпочтение отдают ингаляционным комбинированным бронходилататорам (антихолинергические ЛС + β_2 -агонисты короткого действия).
- При невозможности (по разным причинам) применения ингаляционных форм ЛС, а также при недостаточной их эффективности возможно назначение теофиллина.
- При бактериальной природе обострения ХОБЛ (усиления кашля с гнойной мокротой, повышение температуры тела, слабость и недомогание) показано назначение амоксициллина или макролидов (азитромицина, кларитромицина).

При среднетяжелом обострении

- **антибактериальные препараты** (назначают при усилении кашля, одышки, увеличении количества отделяемой мокроты гнойного характера, повышении температуры тела, слабости и недомогания, наряду с усилением бронхолитической терапии).

Показания	Основные возбудители	ЛС выбора	Альтернативные ЛС (одно из перечисленных)
<p>Усиление одышки, Увеличение объема и гнойности мокроты</p>	<p>Haemophilus influenzae, N. parainfluenzae, S. pneumoniae, M. catarrhalis. Возможна резистентность к β-лактамам</p>	<p>Амоксициллин (0,5-1,0 г) 3 раз/сутки внутрь 7-14 дней</p>	<p>Азитромицин в дозе 250 мг 1 раз/сут (в первые сутки -500 мг) внутрь 5 дней; Амоксицилин/клавуланат в дозе 625 мг 3 раз/сут или в дозе 1000 мг 2 раз/сут внутрь 7-14 дней; Цефуроксима аксетил 750 мг 2 раз/сут внутрь 7-14 дней; Кларитромицин 500 мг 1 раз/сут внутрь 7-14 дней; Кларитромицин 500 мг 2 раз/сут внутрь 7-14 дней; Левифлоксацин 500 мг 1 раз/сут внутрь 7-14 дней; Моксифлоксацин 400 мг 1 раз/сут внутрь 7-14 дней</p>

Системные глюкокортикостероиды

- **Системные глюкокортикостероиды** назначают параллельно с бронхолитической терапией в суточной дозе 0,5 мг/кг/сут, но не менее 30 мг преднизолона в день или другого системного глюкокортикоида в эквивалентной дозе в течение 10 дней с последующей отменой. Ингаляционные ГКС назначают при $ОФВ1 \leq 50\%$:
 - Бекламетазон дипропионат (**Бекотид, Беклазон**);
 - Будесонид (**Пульмикорт**);
 - Циклесонид (**Альвеск**);
 - Флутиказона пропионат (**Фликсотид**).

Комбинированные формы (инг-ГКС + длительнодействующие бронходилататоры):

- Флутиказон+сальметерол = **Серетид**
- Будесонид + Формотерол = **Симбикорт**
- Будесонид + Сальбутамол = **Биостен**

- **Отхаркивающие препараты** (Карбоцистеин, Флюдитек, Либексин).

ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

- Усиление тяжести клинических проявлений (например, внезапное развитие одышки в покое).
- Исходно тяжелое течение ХОБЛ
- Появление новых симптомов, характеризующих степень выраженности дыхательной и сердечной недостаточности (цианоз, периферические отеки).
- Отсутствие положительной динамики от амбулаторного лечения или ухудшения состояния пациента на фоне лечения.
- Тяжелые сопутствующие заболевания.
- Впервые возникшее нарушение сердечного ритма
- Необходимость в проведении дифференциальной диагностики с другими заболеваниями
- Пожилой возраст больного с отягощенным соматическим статусом.
- Невозможность лечения в домашних условиях.

ПРИМЕРНЫЕ СРОКИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

9-16 дней при обострении в зависимости
от тяжести.

ПРОГНОЗ

- Продолжение курения обычно способствует прогрессированию обструкции дыхательных путей, приводящему к ранней нетрудоспособности и сокращению продолжительности жизни. После отказа от курения происходит замедление снижения объема форсированного выдоха за 1с и прогрессирования заболевания. Для облегчения состояния многие больные вынуждены до конца жизни принимать ЛС в постепенно возрастающих дозах, а также использовать дополнительные средства в период обострений.

ОСЛОЖНЕНИЕ ХОБЛ

- Хроническое легочное сердце;
- Пневмония;
- Спонтанный пневмоторакс;
- Кровохарканье.
- ТЭЛА

Бронхиальная астма (БА)

- **Бронхиальная астма (БА)**- хроническое заболевание дыхательных путей, основным патогенетическим механизмом которого служит гиперреактивность бронхов, обусловленная воспалением, а основным клиническим проявлением – приступ удушья (преимущественно экспираторного характера) вследствие бронхоспазма, гиперсекреции и отека слизистой оболочки бронхов. Приступы удушья, а также характерные для бронхиальной астмы кашель, чувство «заложенности» в груди, эпизоды свистящих дистанционных хрипов возникают преимущественно в ночные или утренние часы и сопровождаются частично или полностью обратимой (спонтанно или вследствие лечения) бронхиальной обструкцией.
- По определению экспертов [ВОЗ](#), бронхиальная астма — «хроническое заболевание, основой которого является воспалительный процесс в дыхательных путях с участием разнообразных клеточных элементов, включая [тучные клетки](#), [эозинофилы](#) и [Т-лимфоциты](#). У предрасположенных лиц этот процесс приводит к развитию генерализованной бронхиальной обструкции различной степени выраженности, полностью или частично обратимой спонтанно или под влиянием лечения. Воспалительный процесс вызывает также содружественное усиление ответа дыхательных путей в виде бронхиальной обструкции на различные внешние и внутренние стимулы»

•МКБ -10: J 45

ЦЕЛЬ ЛЕЧЕНИЯ

- Поддержание нормального качества жизни, включая физическую активность.
- Тактика ведения состоит в выявлении и устранении факторов, вызывающих обострение БА, или ограничении контакта с ними, в обучении больного, назначении базисной терапии. Следует составить план лечения обострений и проводить диспансерное наблюдение за больным.

ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

- Тяжелое и средней степени тяжести обострение БА. Клинические признаки среднетяжелого обострения БА: ЧСС более 100 в 1 минуту, парадоксальный пульс (**уменьшение наполнения пульса на вдохе из-за снижения систолического АД на вдохе более чем на 10 мм рт. ст.**); частота дыхания более 25 в 1 минуту; выраженная экспираторная одышка (**затрудненный выдох**); громкое свистящее дыхание; ПСВ или ОФВ1 80% от должных значений; PaO₂ более 60 мм. рт. ст., PaCO₂ менее 45 мм. рт. ст., сатурация кислородом гемоглобина артериальной крови менее 95%.
- Астматический статус.
- Проведение аллерген-специфической иммунотерапии пациентам с atopической БА в случае применения ускоренной схемы лечения (в связи с высокой аллергенной нагрузкой в период проведения терапии и высокого риска побочных реакций), а также при невозможности исключения контакта пациента с причинно-значимым аллергеном на период проведения лечения.
- Лечение осложнений БА: ателектазов, пневмоторакса, а также сердечной недостаточности, аритмий, тяжелых

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- Исключить контакт с причинным аллергеном. Рекомендации по элиминации аллергенов должны соответствовать спектру сенсибилизации пациента.
- Пациентам с «аспириновой» формой БА запрещается прием ацетилсалициловой кислоты и других НПВП, а также таблетированных препаратов в желтой оболочке (в нее входит тартразин).
- Следует запретить прием блокаторов В-адренорецепторов (вне зависимости от формы БА).
- Исключают (или максимально ограничивают) влияние неспецифических раздражителей: курения, профессиональной вредности, поллютантов (**один из видов загрязнителей, любое химическое вещество или соединение, которое находится в объекте окружающей природной среды в количествах, превышающих фоновые значения и вызывающие тем самым химическое загрязнение**), резких запахов и др. При необходимости ограничивают физическую и психоэмоциональную нагрузку.
- ЛФК. Физическая нагрузка должна быть адекватной и подобрана индивидуально для каждого пациента.
- Физиотерапевтические методы лечения.
- Постуральный дренаж, перкуссионный и вибрационный массаж облегчают отхождение мокроты при длительном течении БА. Противопоказания к данным методом лечения: кровохарканье, пневмоторакс, эпилепсия.
- Климатотерапия (санаторно-курортное лечение). Наилучшими климатическими условиями считают среднегорье (900-1000 м над уровнем моря) с мягким теплым сухим климатом без резких смен погоды. Также показаны приморские курорты с достаточно низким уровнем влажности.

ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ

Медикаментозное лечение БА включает терапию, направленную на купирование приступов БА, обострения заболевания, а также патогенетическое лечение - аллерген-специфическую иммунотерапию.

КУПИРОВАНИЕ ПРИСТУПОВ

- Агонисты В2- адренорецепторов короткого действия (сальбутамол; фенотерол синоним - беротек).
- Агонисты В2- адренорецепторов длительного действия с быстрым началом действия(формотерол синоним - форадил).
- Комбинированные препараты, включающие холинолитики и агонисты В2- адренорецепторов длительного действия с быстрым началом действия (ипратропия бромид синоним - атровент и формотерол).
- Комбинированные препараты, включающие холинолитики и агонисты В2- адренорецепторов короткого действия (ипратропия бромид и фенотерол).
- Метилксантины короткого действия (аминофиллин).
- Системные глюкокортикоиды (дексаметазон, преднизолон).

КУПИРОВАНИЕ ОБОСТРЕНИЯ

Терапевтическая нагрузка зависит от объективных данных обследования пациента. Тяжелое обострение и обострение средней степени тяжести лечат в условиях стационара. Предпочтение отдают инфузионному пути введения, а также ингаляционным формам с применением небулайзера. При тяжелых состояниях (астматический статус) показана оксигенотерапия.

Препараты для купирования обострения:

- ГКС (в инфузионной форме),
- ингаляционные формы агонистов В₂-рецепторов короткого действия (фенотерол, сальбутамол),
- ингаляционные формы в₂-адренорецепторов длительного действия (сальметерол, формотерол),
- ингаляционные формы холинолитиков (ипратропия бромид – «Атровент», тиотропия бромид - «Спирива»),
- метилксантины короткого и длительного действия (аминофиллин, теофиллин),
- также применяют муколитические ЛС и стимуляторы моторной функции дыхательных путей (назначают пероральные или ингаляционные формы ацетилцистеина, бромгексина, амброксола).

Антигистаминные ЛС (блокаторы Н₁-рецепторов гистамина) в острый период желательно не назначать, так как они затрудняют дренаж бронхиального секрета.

БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ

Базисная терапия подразумевает **ежедневное длительное** применение противоастматических препаратов, позволяющее сохранять контроль над симптомами БА.

Выбор ЛС базисной терапии осуществляют с учетом тяжести течения. БА, переносимости противоастматических средств и условий жизни пациента.

При лечении астмы в настоящее время применяют "ступенчатый" подход, при котором интенсивность терапии увеличивается по мере увеличения степени тяжести астмы. Ступенчатый подход к терапии астмы рекомендуется из-за того, что наблюдается большое разнообразие тяжести течения астмы у различных людей и у одного и того же пациента в разные временные периоды. Цель этого подхода состоит в достижении контроля астмы с применением наименьшего количества препаратов. Количество и частота приема лекарств увеличивается (ступень вверх), если течение астмы ухудшается, и уменьшается (ступень вниз), если течение астмы хорошо контролируется. Ступенчатый подход также предполагает необходимость избегать или контролировать триггеры на каждой ступени. Следует учитывать, что наименьшая тяжесть течения астмы представлена в **Ступени 1**, а наибольшая - в **Ступени 4**.

Ступень 1: Бронхиальная астма легкого интермиттирующего (эпизодического) течения

- Симптомы астмы реже 1 раза в неделю; - Короткие обострения от нескольких часов до нескольких дней.
- Ночные симптомы 2 раза в месяц или реже;
- Отсутствие симптомов и нормальная функция легких между обострениями.
- ПСВ > 80% от должного и суточные колебания ПСВ менее 20%.

Обследование: общий анализ крови, общий анализ мочи, кожные пробы, определение общего и специфического ИгЕ, рентгенография грудной клетки, если возможно анализ мокроты, исследование ФВД с пробой с бета-2-агонистом, дополнительно для уточнения диагноза возможно проведение провокационных тестов с бронхоконстрикторами, физической нагрузкой или аллергенами (в специализированном учреждении).

Лечение: ступень 1. Длительная терапия противовоспалительными препаратами, как правило, не показана этим больным. Лечение включает профилактический прием лекарств перед физической нагрузкой при необходимости (ингаляционные бета-2-агонисты, кромогикат, их комбинированные препараты или недокромил). Как альтернатива ингаляционных бета-2-агонистов короткого действия могут быть предложены антихолинергические препараты, пероральные бета-2-агонисты короткого действия или теофиллины короткого действия, хотя эти препараты начинают действие позднее и/или у них выше риск развития побочных эффектов.

Степень 2: Бронхиальная астма легкого персистирующего течения

- Симптомы 1 раз в неделю или чаще, но реже 1 раза в день.
- Обострения заболевания могут нарушать активность и сон.
- Ночные симптомы возникают чаще 2 раз в месяц.
- ПСВ более 80% от должного; колебания ПСВ 20 - 30% от должного.

Обследование: общий анализ крови, общий анализ мочи, кожные пробы, определение общего и специфического ИгЕ, рентгенография грудной клетки, если возможно анализ мокроты, исследование ФВД с пробой с бета-2-агонистом, дополнительно для уточнения диагноза возможно проведение провокационных тестов с бронхоконстрикторами, физической нагрузкой или аллергенами (в специализированном учреждении), желательна ежедневная пикфлоуметрия.

Лечение: степень 2. Больные с легким персистирующим течением бронхиальной астмы нуждаются в ежедневном длительном профилактическом приеме лекарств. Ежедневно: - или ингаляционные кортикостероиды 200 - 500 мкг, кромогликата натрия или недокромил, или теофиллины пролонгированного действия. - Если симптомы персистируют несмотря на начальную дозу ингаляционных кортикостероидов, и врач уверен в том, что больной правильно использует препараты, дозу ингаляционных препаратов следует увеличить от 400 - 500 до 750 - 800 мкг в день беклометазона дипропионата или эквивалентного препарата. Возможной альтернативой увеличению дозы ингаляционных гормонов, особенно для контроля ночных симптомов астмы, следует добавить (к дозе по крайней мере 500 мкг ингаляционных кортикостероидов) бронходилататоры пролонгированного действия на ночь.

Ступень 3: Бронхиальная астма средней тяжести

- Ежедневные симптомы.
- Обострения нарушают активность и сон.
- Ночные симптомы возникают более 1 раза в неделю.
- Ежедневный прием бета-2-агонистов короткого действия.
- ПСВ 60 - 80% от должного. Колебания ПСВ более 30%.

Обследование: общий анализ крови, общий анализ мочи, кожные пробы, определение общего и специфического ИгЕ, рентгенография грудной клетки, анализ мокроты, исследование ФВД с пробой с бета-2-агонистом, ежедневная пикфлоуметрия.

Лечение: ступень 3. Ежедневно: приема профилактических противовоспалительных препаратов для установления и поддержания контроля над астмой. - Доза ингаляционных кортикостероидов должна быть на уровне 800 - 2000 мкг беклометазона дипропионата или его эквивалента. Рекомендуется использовать ингалятор со спейсером.

- Бронходилататоры длительного действия могут быть также назначены в добавление к ингаляционным кортикостероидам, особенно для контроля ночных симптомов. Можно применять теофиллины длительного действия, пероральные и ингаляционные бета-2-агонисты длительного действия. При назначении теофиллинов следует мониторировать концентрацию теофиллина длительного действия, обычный диапазон терапевтической концентрации 5 - 15 мкг на мл.
- Купировать симптомы следует бета-2-агонистами короткого действия или альтернативными препаратами.
- При более тяжелых обострениях следует проводить курс пероральных кортикостероидов.
- Антагонисты лейкотриеновых рецепторов.

Ступень 4: Бронхиальная астма тяжелого течения

- Постоянные симптомы в течение дня. - Частые обострения. - Частые ночные симптомы.
- Физическая активность ограничена проявлениями астмы.
- ПСВ менее 60% от должного; колебания более 30%.

Обследование: общий анализ крови, общий анализ мочи, определение общего и специфического IgE, рентгенография грудной клетки, анализ мокроты, исследование ФВД с пробой с бета-2-агонистом, ежедневная пикфлоуметрия, при необходимости проведение кожных аллергических тестов.

Лечение: ступень 4. больным с тяжелым течением полностью контролировать астму не удается. Целью лечения становится достижение лучших возможных результатов: минимальное количество симптомов, минимальная потребность в бета-2-агонистах короткого действия, лучшие возможные показатели ПСВ, минимальный разброс ПСВ и минимальные побочные эффекты от приема препаратов. Лечение обычно проводят с помощью большого количества контролирующих течение астмы препаратов.

- Первичное лечение включает ингаляционные кортикостероиды в высоких дозах (от 800 до 2000 мкг в день беклометазона дипропионата или его эквивалента).
- Пролонгированные бронходилататоры (агонисты В₂-рецепторов пролонгированного действия ингаляционные формы и метилксантины длительного действия.)
- Можно попробовать применить антихолинергический препарат (ипратропиум бромид), или его фиксированную комбинацию с бета-2-агонистом.
- Ингаляционные бета-2-агонисты короткого действия можно использовать при необходимости для облегчения симптомов, но частота их приема не должна превышать 3 - 4 раз в сутки.
- Антагонисты лейкотриеновых рецепторов.
- Комбинированные ингаляционные препараты глюкокортикоидов+агонисты В₂ адренорецепторов длительного действия.
- Системные (пероральные) кортикостероиды применяют постоянно или длительными курсами при недостаточной эффективности вышеуказанной терапии.

Необходимо отметить, что определение степени тяжести астмы по этим показателям возможно только перед началом лечения. Если больной уже получает необходимую терапию, то ее объем также должен учитываться. Таким образом, если у пациента по клинической картине определяется легкая персистирующая астма, но при этом он получает медикаментозное лечение

Лекарственные средства, применяемые для базисной терапии БА различной степени тяжести:

- Глюкокортикостероиды. В некоторых случаях отмечают резистентную к ГКС форму БА - высокие дозы ГКС не улучшают состояние пациента. В этом случае ГКС не используют.
 - Системные формы применяют только при тяжелом течении БА. В случае недостаточной эффективности терапии, включающей ингаляционные формы ГКС. Применяют следующие ЛС:
 - ❖ Преднизолон в дозе 0,02-0,04 г/сут;
 - ❖ Метилпреднизолон в дозе 0,012-0,08 г/сут;
 - ❖ Дексаметазон в дозе 0,002-0,006 г/сут для купирования обострения;
 - ❖ Триамцинолон в дозе 0,008-0,16 г/сут,
 - ❖ Бетаметазон динатрия фосфат 0,002г в/в или бетаметазона дипропионат 0,005 г 1 раз в 2-4 нед в/м.

Назначение преднизолона и метилпреднизолона более предпочтительно, так как данные препараты обладают минимальным минералокортикоидным эффектом, относительно коротким периодом полувыведения и слабо выраженным действием на поперечнополосатую мускулатуру.

- Ингаляционные формы ГКС применяют при легком течении БА в небольших дозах в случаях нестабильного течения заболевания и при высокой аллергенной нагрузке.
 - ❖ Беклометазон. При течении заболевания средней степени тяжести дозировка составляет 150-250 мкг 4 раза в сутки, при тяжелом течении – 800-2000 мкг/сут в 2-4 приема,
 - ❖ Будесонид. При течении заболевания средней степени тяжести дозировка составляет 300- 600 мкг 2 раза в сутки, при тяжелом течении- 800- 1600 мкг/сут в 2-4 приема.
 - ❖ Флутиказон. При течении заболевания средней степени тяжести дозировка оставляет 125-250 мкг 2 раза в сутки, при тяжелом течении -250-500 мкг 2 раза в сутки.
 - ❖ Комбинированные препараты :
 - ✓ будесонид + формотерол (Симбикорт) по 1-2 ингаляции 2 раза в сутки;
 - ✓ флутиказона пропионат + сальметерол (Серетид) по 1-2 ингаляции 2 раза в сутки.

Лекарственные средства, применяемые для базисной терапии БА различной степени тяжести: (продолжение)

- Метилксантины: короткого действия – аминофиллин, длительного действия -теофиллин.
- Агонисты В2-адренорецепторов.
 - Агонисты В2-адренорецепторов короткого действия : сальбутамол в дозе 200 мкг не более 6 раз в сутки.
 - Агонисты В2-адренорецепторов длительного действия : сальметерол в дозе 100 мкг 2 раза в сутки, формотерол в дозе 12-24 мкг 1-2 раза в сутки при использовании порошкового ингалятора.
- Холинолитики.
 - Ипратропия бромид в дозе 36 мкг 3-4 раза в сутки , но не более 216 мкг/ сут.
 - Беродуал (ипратропия бромид+фенотерол) в дозе по 1-2 ингаляции 3 раза в сутки (до 8 доз в сутки).
- Кромоглициевую кислоту применяют при БА легкой и средней степенях тяжести.
 - Кромоглициевую кислоту используют в дозе 2-10 мг 4 раза в сутки.
 - Недокормил применяют в дозе 4 мг 2-4 раза в сутки. При наличии приступов бронхоспазма, возникающих на фоне физической нагрузки, доза ЛС составляет 4 мг (ингаляционно проводят за 15-60 мин до нагрузки).
 - Дитек (фенотерол+кромоглициевая кислота) по 2 дозы 2-4 раза в сутки.
- Антагонисты лейкотриеновых рецепторов:
 - зафирлукаст в дозе 20 мг 2 раза в сутки,
 - монтелукаст в дозе 10 мг 1 раз в сутки.
- Помимо противоастматических ЛС, в ряде случаев назначают отхаркивающие средства (ацетилцестеин, Амброксол и др.).

ПОКАЗАНИЯ К КОНСУЛЬТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ПОВОДУ ЛЕЧЕНИЯ

- Показания консультации аллерголога-иммунолога для подбора адекватной симптоматической терапии.
- Могут понадобиться консультации оториноларинголога (при наличии сопутствующего ринита, синусита, полипоза носа и околоносовых пазух) и хирурга.

ОСЛОЖНЕНИЯ

Осложнения БА подразделяют на легочные и внелегочные.

- Легочные осложнения:
 - хронический бронхит,
 - гиповентиляционная пневмония,
 - эмфизема легких,
 - пневмосклероз,
 - дыхательная недостаточность.
 - бронхоэктазы,
 - ателектазы,
 - пневмоторакс.
- Внелегочные осложнения:
 - «легочное» сердце,
 - сердечная недостаточность,
 - дистрофия миокарда,
 - аритмия;
 - у пациентов с гормонозависимым вариантом БА возможно появление осложнений, связанных с длительным применением системных ГКС.

ОБУЧЕНИЕ БОЛЬНОГО

Обучение пациента подразумевает проведение беседы о природе заболевания, мерах профилактики обострения БА, методах лечения в период обострения и ремиссии, необходимости своевременного и правильного применения противоастматических средств (в том числе ингаляционных ЛС), обучение самоконтролю по показателям пикфлоуметрии.

ПРОГНОЗ

- При наличии БА любой степени тяжести прогрессирование нарушений функций бронхолегочной системы происходит быстрее, чем у здоровых.
- При легком течении заболевания и адекватной терапии прогноз достаточно благоприятный. При отсутствии своевременной терапии заболевание может перейти в более тяжелую форму.
- При тяжелой и средней степенях тяжести БА прогноз зависит от адекватности лечения и наличия осложнений. Сопутствующая патология может ухудшить прогноз заболевания.

ОФОРМЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

В соответствии с требованиями Приказа Министерства здравоохранения и социального развития № 255 от 22 ноября 2004 года «О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг» при обращении граждан в учреждение, оказывающее первичную медико-санитарную помощь, в регистратуре заводится "Медицинская карта амбулаторного больного" (учетная форма N 025/у-04).

- Лист 2

- 17. ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПОДЛЕЖАЩИЕ ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ

N п/ п	Наименование заболевания	Код по МКБ- 10	Дата постановки на диспансерное наблюдение	врач		Дата снятия с диспансерного наблюдения	врач	
				должность	подпись		должность	подпись
1	2	3	4	5	6	7	8	9

- 18. ГРУППА КРОВИ, Rh _____

- 19. ЛЕКАРСТВЕННАЯ НЕПЕРЕНОСИМОСТЬ:

- 19.1. _____

- 19.2. _____

- 19.3. _____