**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ**

**КАФЕДРА «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ 2»**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

 «**Обсуждено**» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***«Утверждено****»-*

на заседании кафедры Председатель УМС

 Прот.№\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_2021 г факультета\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Зав.каф. Садыкова А.А. **Т**урсунбаева А.Т.

План-разработка практического занятия №3

 на тему: **Диагностика и лечение бронхиальной астмы в амбулаторных условиях.**

по дисциплине: **«Поликлиническая терапия»**

для студентов, обучающихся по специальности:

**( 560000) Лечебное дело**

 Составитель: Абдраева Ф.А.

**Тема практического занятия:**

**«Диагностика и лечение бронхиальной астмы в амбулаторных условиях».** (1ч)Актуальность темы

Одной из важнейших неблагоприятных тенденций двух последних десятилетий и в КР, и в мире, является рост прогрессивный рост числа больных пульмонологическими заболеваниями. Удельный вес бронхолегочной патологии в структуре причин обращаемости за медицинской помощью составляет более 60%. Заболевания органов дыхания как причина смерти устойчиво, из года в год, занимают 3-4 места. Особую тревогу вызывает продолжающийся рост числа больных бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких. Важнейшая роль в устранении этих неблагоприятных тенденций принадлежит амбулаторной работе участковых терапевтов, врачей общей практики.

**План занятия:**

1. Определение бронхиальной астмы, этиологические факторы.
2. Классификация. Симптомокомплекс, характерный для бронхиальной астмы.
3. Дифференциальную диагностику БА в амбулаторных условиях.
4. Клинические и лабораторно-инструментальные данные БА.
5. План лечения БА в амбулаторных условиях.

**Задачи:**

 1. Формировать умения анализировать, активно использовать полученные знания и умения в профессиональной деятельности.

 2. Формировать готовность и способность целесообразно действовать в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи в конкретных клинических ситуациях.

 3. Формировать готовность и способность мобилизовать профессионально важные качества (толерантность, ответственность, способность работать в коллективе, стремление к саморазвитию), обеспечивающие продуктивность трудовой деятельности специалиста.

 **Вид занятия:** практическое

**Контрольные вопросы:**

1. Дайте определение синдрому бронхообструкции.
2. Дайте определение бронхиальной астме (БА).
3. Перечислите классификацию БА.
4. Дифференцируйте степени тяжести БА в зависимости от дневных и ночных симптомов и показателей ОФВ1.
5. Назовите причины развития БА, и основные их про­явления.
6. Укажите диагностические критерии БА.
7. Перечислите главные инструментально-лабораторные изменения БА в амбулаторных условиях.
8. Расскажите о методике пикфлоуметрии и введение дневника астматика.
9. Назначьте лечение БА в амбулаторных условиях.

**Цель практического занятия:**

1. Методическая цель – организовать и провести занятие в соответствии с требованиями рабочей программы с применением различных методов и способов обучения для достижения поставленных целей.
2. Учебные цели:

- Повторить классификацию и клинические проявления БА.

- Изучить диагностику, принципы лечения в амбулаторных условиях согласно диагнозу.

- Повторить методы клинического обследования пациента с БА.

- Дать студентам представление об этапах диагностического поиска.

- Сформировать тактику оказания первой врачебной помощи при неотложных состояниях в условиях поликлиники.

1. Формировать общие и профессиональные компетенции:

**Средства обучения и контроля:**

 1. методическая разработка занятия

 2. учебно-методическое пособие для самоподготовки студентов к занятию

 3. дидактические средства контроля и тренажа:

1. Тестовые задания;
2. ситуационные задачи с эталоном ответов;

**Формы контроля:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Цель** |
| Индивидуальный устный | * выявить уровень теоретической подготовки, умения оперировать знаниями;
* определить уровень логического, клинического мышления;
* развивать речь
 |
| Индивидуальный письменный | * выявить уровень подготовленности всей группы и каждого студента в отдельности
 |
| Практический* решение учебных заданий проблемного характера
* выполнение практических действий, заданий
 | * выявить уровень самостоятельного мышления, умения анализировать явления, выделять главное
* определить уровень клинического (профессионального) мышления;
* проверить умение выполнения манипуляции, практического действия.
 |

**Междисциплинарные связи:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Дисциплины и профессиональные модули* | *Тема* |
| 1. Общепрофессиональные дисциплины- Анатомия и физиология человека- Латинский язык | * Дыхательная система.
* Терминология.
 |
|  Диагностическая деятельность- Пропедевтика клинических дисциплин  | * Методы обследования пациентов с заболеваниями органов дыхания.
* Дополнительные методы обследования пациентов с заболеваниями легких.
 |
|  Общепрофессиональные дисциплины- Клиническая фармакология  | * Спазмолитические средства
* Бронхолитики
* Ингаляционные глюкокортикостероиды
* Витамины
* Антилейкотриеновые препараты.
 |

**Внутридисциплинарные связи:**

* 1. Диагностика и лечение пневмоний в амбулаторных условиях.
	2. Диагностика и лечение ОРВИ, гриппа и острого бронхита в амбулаторных условиях.

**Уровни усвоения:** 2,3

2. – репродуктивный (выполнение деятельности по образцу, инструкции или под руководством);

3. – продуктивный (планирование и самостоятельное выполнение деятельности, решение проблемных задач).

***После изучения темы занятия студент должен знать:***

* этиологию и симптомы, особенности течения БА;
* дифференциальную диагностику БА.
* особенности диагностики БА с учетом инструментально-лабораторных исследований;
* принципы фармакотерапии при БА в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом;
* правила заполнения медицинской документации;

***После изучения темы занятия студент должен уметь и владеть навыками:***

* проводить обследование пациента;
* определять тяжесть состояния пациента;
* выделять ведущий синдром;
* проводить дифференциальную диагностику;
* установить диагноз на основании клинических и лабораторных исследований в амбулаторных условиях.
* осуществлять фармакотерапию в соответствии с диагнозом в амбулаторных условиях;
* осуществлять профилактику заболевания;

**Карта компетенции:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Код и формулировка компетенций** | **Результаты обучения (ООП)** | **Результат обучения (дисциплины)** | **Результаты обучения (темы)** |
| **1** | **ПК-8** - способен проводить с прикрепленным населением профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний, осуществлять общеоздоровительные мероприятия по формированию здорового образа жизни с учетом факторов риска, давать рекомендации по здоровому питанию;**ПК-15**- способен назначать больным с наиболее часто встречающимися внутренними болезнями адекватное лечение в соответствии с диагнозом.**ПК-16**- способен осуществлять взрослому населению первую врачебную помощь в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях в клинике внутренних болезней, направлять на госпитализацию больных в плановом и экстренном порядке. | **РО-8** - Может анализировать и интерпретировать полученные данные и назначать адекватное лечение и оказать первичную врачебную помощь, принимать решения при возникновении неотложных и угрожающих жизни ситуацияхпри неотложных и жизнеугрожающих состояниях детей и подростков. | **РОд- 1:****Знает и понимает**:- проведение с прикрепленным населением профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний, осуществление общеоздоровительные мероприятия по формированию здорового образа жизни с учетом факторов риска, давать рекомендации по здоровому питанию (ПК-8);**Умеет:****-** проводить с прикрепленным населением профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний (ПК-8),**Владеет**: - навыками осуществления общеоздоровительных мероприятий по формированию здорового образа жизни с учетом факторов риска, давать рекомендации по здоровому питанию (ПК-8);**РОд-2:** **Знает и понимает**:- назначение больным с наиболее часто встречающимися терапевтическими заболеваниями у взрослого населения в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом (ПК-15).**Умеет:**- назначать больным с наиболее часто встречающимися терапевтическими заболеваниями у взрослого населения в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом (ПК-15).**Владеет**:- методами назначения больным с наиболее часто встречающимися терапевтическими заболеваниями у взрослого населения в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом (ПК-15).**РОд-3:****Знает и понимает**:- осуществление взрослому населению первой врачебной помощи в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях в клинике внутренних болезней в амбулаторных условиях (ПК-16).**Умеет:**- осуществлять взрослому населению первую врачебную помощь в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях в амбулаторных условиях (ПК-16).**Владеет**:- методами осуществления взрослому населению первой врачебной помощи в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях в клинике внутренних болезней в амбулаторных условиях (ПК-16). | **РОт**: Знает и понимает: БА.- Методы современной диагностики и дифференциальный диагноз БА с учетом их течения и осложнения.Умеет на основании жалоб, анамнеза, физикального обследования:- дифференцировать у больного, симптомы БА;- составить план лабораторного и инструментального обследования для подтверждения предполагаемого диагноза и интерпретировать полученные результаты;- сформулировать диагноз, руководствуясь современной классификацией БА;Владеет: - методикой назначения адекватной индивидуальной терапии;- навыками определения прогноза у конкретного больного;- мерами вторичной профилактики и экспертизы трудоспособности; – навыками оказания первой врачебной помощи в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом. |

**Ход занятия**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Этапы занят** | **Цели этапов занятия** | **Деятельность преподавателя** | **Деятельность студента** | **Методы, механизмы** | **Результаты обучения** | **Оборудование занятия** | **Время**  |
| 1 | Организационный момент | Ознакомление с новой темой, его вопросами | Показ рисунка и комментарий к нему.Преподаватель объявляет тему, цели занятия, акцентирует внимание на важности, сложности изучения данной темы; объясняет ход занятия | Записывают тему и его вопросы | Мозговой штурмВызвать интерес к изучениюматериала, мобилизовать внимание студентов | Обращение внимание студентов к занятию | Доска с проектором, слайд  | 5 мин |
| 2 | Опрос пройденного материала  | Обобщение знаний студентов по пройденным материалам и установить связь с новой темой | Задание контрольных вопросов, совместное обобщение ответов | Выборочно по одному отвечают на заданные вопросы | Вопрос-ответ  | Вспоминание темы предыдущих занятий, способствование к самореализации | Перечень контрольных вопросов (Прил. 1.) | 20 мин |
| 4 | Изложение новой темы  | Создание проблемной ситуацииАктивизация мыслительной деятельности. | Преподавате ль предлагает план изучения нового материала с целью последовательного изложения материала.(информационный блок) | Записывают план и конспектируют новый материал  | Презентации слайдов, демонстрация в натурщике | Сформируется теоретическая база знаний и умений, для использования их на практических занятиях  | Доска с проектором, презентац. материал, натурщик. Градусник, фонендоскоп, тонометр, шпатель. Лекарственные препараты (аннотации) | 30 мин |
|  | **Перерыв** | 10мин |
| 5 | Закрепление новой темы и подведение итогов | Определение и анализ освояемости пройденного материала, внесение измений на его содержание | Демонстрация ситуационных задач. | В решении задач принимают участие все студенты группы; дополняют, исправляют ответы друг друга. Преподаватель контролирует, обобщает ответы студентов | Решение ситуационных задач | Самостоятельно используют полученные знания по теме, формируются познавательные компетенции | Перечень уровневых задач (Прил.2.) | 10 мин |
| 6 | Оценка и дисскусия работы с чек-листами. | Определение и анализ освояемости пройденного материала, внесение измений на его содержание | Демонстрация ситуационных задач. | Отвечают друг другу на заданные конкретные вопросы.Студенты оценивают собственные действия, умения работать в команде, осмысливают итоги занятия; записывают заработанные баллы, домашнее задание. | Обсуждение ситуационных задач | Самостоятельно используют полученные знания по теме, формируются познавательные компетенции | Чек-листы (Прил.2.) | 20 мин |
| 7 | Оценивание студентов за участия на занятии  | Научить студентов к самооценке и применять 4х шаговый метод Пейтона. | Преподаватель анализирует работу студентов. Определяет степень достижения целей. Выставляет и объявляет оценки. Предлагает записать домашнее задание | Отвечают друг другу на заданные конкретные вопросы.Студенты оценивают собственные действия, умения работать в команде, осмысливают итоги занятия; записывают заработанные баллы, домашнее задание. | Выборочный опрос, оценка друг другаОценить успешность достижения целей занятия студентами; определить перспективы последующей работыОриентировать студентов на следующее занятие, акцентировать внимание студентов на основных вопросах темы. | Преподаватель оценивает деятельность студентов и подводит общий итог занятия.Оценка преподавателем формируемых общих и профессиональных компетенций студентов (происходит в ходе наблюдения за деятельностью обучающихся в процессе изучения темы).Преподаватель предлагает домашнее задание, благодарит студентов за занятие. | Примеры вопросов | 5мин |

**Формы проверки знаний:**

1. Оперативный опрос на разрезе текущего контроля;
2. Тестовые задания на разрезе рубежного контроля;

**Литература:**

**Основная:**

**Основная литература:**

* 1. GINA Report, Global Strategy for Asthma Management and Prevention: Updated 2012//

Global Initiative for Asthma (GINA) 2012. Available from: www.ginasthma.org

2. International ERS/ATS Guidelines on Definition, Evaluation and Treatment of Severe

Asthma// EurRespir J 2014 43:343-373; published ahead of print 2013

3. Thoracic Society/European Respiratory Society Statement: Asthma Control and Exacerbations

// Am J RespirCrit Care Med. 2009; 180: 59-99

4. British Guideline on the Management of Asthma// British Thoracic Society (BTS) 2008.

Available from: www.brit-thoracic.org.uk

5. Пульмонология: национальное руководство/ Под ред. А.Г.Чучалина. М.:ГЭОТАР-Медиа,

2009. 960 с.

6. Пульмонология: клинические рекомендации/ Под ред. А.Г.Чучалина. М.:ГЭОТАРМедиа, 2009. 336 с

**Дополнительная литература:**

1. Доказательная медицина. Клинические рекомендации для практикующих врачей. ГЕОТАР МЕД, 2002. «Диагностика и лечение болезней органов дыхания» Окороков А.Н.

 2. «Внутренние болезни» Маколкин В.И., Овчаренко С. И.

 3. «Внутренние болезни» Мухин Н.А., Моисеев В.С., Мартынов А.И.

 4. «Внутренние болезни по Дэвидсону». Пульмонология.

 5. Лекционный материал.

**Электронные источники:**

1. [www.plaintest.com](http://www.plaintest.com)

2. [www.booksmed.com](http://www.booksmed.com)

3. [www.bankknig.com](http://www.bankknig.com)

4. [www.wedmedinfo.ru](http://www.wedmedinfo.ru)

5. [www.spr.ru](http://www.spr.ru)

**Ситуационные задачи** *(приложение2)*

*ЗАДАЧА №1*

*Мужчина 44 лет, слесарь, обратился за помощью в связи с нарастающей одышкой, малопродуктивным кашлем. В анамнезе многолетнее курение. Индекс курящего человека 20 пачек/лет. При аускультации рассеянные сухие хрипы. На обзорной рентгенограмме легочные поля повышенной прозрачности. Диафрагма уплощена и смещена вниз, тень сердца уменьшена. Тени ребер расположены более горизонтально, чем обычно. Видны передние отрезки девяти ребер.*

*Обоснуйте ответы на следующие вопросы:*

*1. Какое заболевание можно предположить?*

*2. Какая патология отображена на рентгенограмме?*

*3. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?*

*Задача №2*

 *1.На прием в поликлинику обратился мужчина, 65 лет, с жалобами на сухой кашель преимущественно в ночное и утреннее время. Иногда по утрам откашливается 2-3 плевка светлой мокроты. Никогда не болел воспалением легких, простудным заболеваниям не подвержен, даже после значительных охлаждений оставался здоровым. Курит в течение 40 лет по 1-1,5 пачки сигарет в день. Лет 5 назад стал отмечать одышку при нагрузке, кашель в утреннее время с отделением нескольких плевков слизистой мокроты. Особенно выраженными одышка и кашель стали в последний год, из-за кашля стал просыпаться ночью. Объективно: грудная клетка бочкообразной формы, межреберные промежутки расширены. Нижние границы легких опущены на два ребра. Подвижность нижнего легочного края по всем линиям ограничена до 2-3 см. Дыхание ослабленное, “ ватное “, выдох не удлинен, выслушиваются единичные сухие незвучные хрипы. Частота дыханий в покое 20 в минуту. Границы сердца не изменены, ритм сердца правильный. ЧСС 70 ударов в минуту. Печень не увеличена, отеков нет.*

*Задание к задаче:*

*1.Выделите ведущие клинические синдромы.*

*2.Сформулируйте диагноз.*

*3.Наметьте план обследования.*

*Ответ к задаче 2.*

*1.Синдром бронхита, синдром обструкции легких, синдром эмфиземы, синдром вентиляционной недостаточности.*

*2.Диагноз: хронический катарально-обструктивный бронхит, эмфизема ;вентиляционная недостаточность 1-2 ст.*

*3.Клинический и биохимические анализы (гликопротеиды) крови, цито-бактериологическое исследование мокроты, рентгенография грудной клетки, фибробронхоскопия, спирограмма, ЭКГ, эхокардиография.*

*Задача №4.*

*Больная жалуется на приступы удушья по ночам и в утренние часы. Прослеживается эффект бытовой элиминации. Больна два года. У матери бронхиальная астма. Год назад амбулаторно при проведении аллергологического обследования выявлена аллергия на домашнюю пыль, перо подушки. После замены перьевой подушки на ватную и проведения курса гистоглобулина приступы удушья исчезли. Однако две недели назад после ОРВИ приступы возобновились. При аускультации в легких выслушивается масса сухих хрипов. В аллергологическом отделении начата специфическая гипосенсибилизация аллергеном из домашней пыли в сочетании с бронхолитиками. Через несколько дней состояние ухудшилось, приступы стали затяжнее и тяжелее.*

*Задание к задаче:*

*1.Сформулируйте диагноз.*

*2.Объясните причину ухудшения состояния.*

*Ответ к задаче 4.*

*1.Бронхиальная астма атопический вариант (аллергия на домашнюю пыль, перо подушки), обострение.*

*2.Специфическая гипосенсибилизация была начата в период обострения болезни, поэтому развилось осложнение в виде общей реакции (осложнения местные - отек, гиперемия, зуд; осложнения общие - насморк, крапивница, приступы удушья вплоть до астматического состояния; генерализованные осложнения - анафилактический шок).*

**Краткое содержание темы:**

**Бронхиальная астма (БА)**– хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, в котором принимают участие многие клетки и клеточные элементы. Хроническое воспаление обуславливает развитие бронхиальной гиперреактивности, чувство заложенности в груди и кашель, особенно по ночам и ранним утром. Эти эпизоды обычно связаны с распространенной, но изменяющейся по своей выраженности обструкцией дыхательных путей, которая обратима спонтанно, либо под воздействием лечения.

**Код (коды) по МКБ-10:**

J45 - Астма

J45.0 - Астма с преобладанием аллергического компонента

J45.1- Неаллергическая астма

J45.8 - Смешанная астма

J45.9 - Астма неуточненная

J46 - Астматический статус

**Сокращения:**

IgE – иммуноглобулин Е

SpO2 – сатурация кислорода

БА – бронхиальная астма

ГКС – глюкокортикостероиды

ИГКС – ингаляционный глюкокортикостероид

НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты

ОФВ1 –объем форсированного выдоха за 1 секунду

ПСВ – пиковая скорость выдоха

ФЖЕЛ – форсированная жизненная емкость легких

ЧДД – частота дыхательных движений

ЧСС – частота сердечных сокращений

Классификация астмы основывается на совместной оценке симптомов клинической картины и показателей функции легких.
В настоящее время наиболее значимой является классификация по уровню контроля, так как целью лечения БА является достижение и поддержание контроля над заболеванием. Понятие «ремиссия» БА не используется, выделяют стадию обострения.
При формулировке целесообразно указывать степень тяжести, уровень контроля и, при наличии симптомов, стадию обострения.
**По этиологии:**возможности классификации БА по этиологии ограничены, так как для некоторых пациентов не удается выявить внешние факторы риска. В связи с чем целесообразно использовать единый шифр кода J45.

**По уровню контроля** выделяют:
- контролируемую,
- частично контролируемую,
- неконтролируемую БА.
При оценке контроля необходимо учитывать не только клинические проявления БА, но и возможные будущие риски (обострения, ухудшение функции легких, побочные эффекты препаратов).

|  |
| --- |
| **Уровни контроля БА** |
| **А.Оценка текущего клинического контроля (в течение 4 недель)** |
| **Характеристики** | **Контролируемая БА** (при наличии всех перечисленных признаков) | **Частично контролируемая БА** (любое проявление) | **Неконтролируемая БА** |
| Дневные симптомы | Отсутствуют (или ˂2 эпизодов в неделю) | ˂2 эпизодов в неделю | Наличие трех и более показателей частично контролируемой бронхиальной астмы |
| Ограничения активности | Отсутствуют | Имеются |
| Ночные симптомы/ пробуждения | Отсутствуют | Имеются |
| Потребность в препаратах неотложной помощи | Отсутствуют (или ˂2 эпизодов в неделю) | ˂2 эпизодов в неделю |
| Функция внешнего дыхания (ПСВ или ОФВ1) | Нормальная | < 80% от должных или индивидуальных лучших показателей (если известны) |
| **Б. Оценка будущего риск**а (обострение, нестабильность, быстрое снижение функции легких, побочные эффекты) |
| Признаки, ассоциируемые с неблагоприятными будущими осложнениями: плохой клинический контроль над БА, частые обострения в течение последнего года, любая госпитализация в отделение неотложной помощи по поводу БА, низкий ОФВ1, высокие дозы лекарственных препаратов. |

Определение степени тяжести астмы является основным направлением в выборе объема исходной терапии согласно ступенчатому подходу.
**По степени тяжести БА** различают:

***интермиттирующая* (ступень I): короткие обострения, ночные симптомы <2 раз в месяц; дневные симптомы реже 1 раза в неделю. ОФВ1 или ПСВ≥80% нормы, разброс показателей ПСВ менее 20%.
*персистирующая легкая* (ступень II): симптомы <1 р/нед, но >1 р/мес; Обострения нарушают физическую активность и сон; ночные симптомы >2 р/месяц. ОФВ1 или ПСВ≥ 80% нормы, разброс показателей ПСВ 20%-30%.
*персистирующая средней тяжести* (ступень III): ежедневные симптомы; обострения нарушают физическую активность и сон; ночные симптомы >1 раза в неделю; прием β-агонистов ежедневно, ОФВ1 или ПСВ – 60-80% от нормы, разброс показателей ПСВ >30%.
*тяжелая персистирующая*(ступень IV): симптомы постоянные, ограничена физическая активность; ночные симптомы частые; ОФВ1 или ПСВ <60% нормы, разброс показателей ПСВ > 30%.**Однако классификация по степени тяжести БА имеет ряд недостатков: невозможно предсказать объем терапии, в котором будет нуждаться пациент; тяжесть БА зависит не только от тяжести основного заболевания, но и от ответа на терапию; степень тяжести БА может меняться со временем, что следует отражать в диагнозе.
**Обострение** – период прогрессивного ухудшения респираторных симптомов (укорочение дыхания, свисты в груди, кашель, удушье) со снижением функциональных показателей (ОФВ1, ПСВ).

**Диагностика**

II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

**Перечень диагностических мероприятий**
**На амбулаторном этапе:**
**Основные:**

• общий анализ крови;

• измерение пиковой скорости выдоха (ПСВ) с проведением пробы с бронхолитиком или/и исследование функции внешнего дыхания (спирография) с бронхолитиком.
**Дополнительные:**

• уровень общего иммуноглобулина Е;

• общий анализ мокроты;

• цитологическое исследование мокроты;

• пульсоксиметрия;

• флюорография/рентгенография органов грудной клетки;

• специфическая аллергодиагностика in vivo и\или in vitro;

• эозинофильный катионный протеин;

• определение специфических антител к антигенам гельминтов и паразитов;

• компьютерная томография органов грудной клетки по показаниям;

• ЭКГ;

• ЭХО-кардиография по показаниям;

• фибробронхоскопия по показаниям;

• консультация аллерголога;

• консультация пульмонолога;

• консультация отоларинголога.

**В стационаре дополнительно к вышеуказанным:**

• определение газового состава артериальной крови при SрO2 <92%;

• бронхопровокационное тестирование, в том числе с аллергенами.

**Диагностические критерии**

**Жалобы и анамнез**

Эпизоды одышки, свистящие хрипы, кашель и/или заложенность в грудной клетке, особенно после контакта с аллергеном или неспецифическими ирритантами (дым, газ, изменение температуры и влажности воздуха, резкие запахи, физическая нагрузка и др.). Следует обратить внимание на наличие затяжных «простудных заболеваний» с сохранением кашля более 3 недель.

Наличие отягощенного семейного аллергоанамнеза.

Наличие у пациента проявлений атопии: аллергический ринит, атопический дерматит, крапивница и др.
**Физикальное обследование:**

Информативно приступообразное появление клинических симптомов: свистящие хрипы на выдохе, экспираторная одышка, участие вспомогательных мышц в акте дыхания, тахикардия. Отсутствие симптомов не исключает диагноз.
**Лабораторные исследования:**

Наличие в общем анализе мокроты эозинофилов.

Повышение уровня общего Ig Е в сыворотке крови.

Отрицательные результаты данных исследований не исключает диагноза бронхиальной астмы.

**Инструментальные исследования:**

*Спирометрия* является предпочтительным первоначальным тестированием для оценки наличия и степени тяжести обструкции дыхательных путей (измерение ОФВ1 и ФЖЕЛ). Общепринятым критерием диагностики БА является прирост ОФВ1≥12% или ≥200 мл после ингаляции 200-400 мкг сальбутамола. При ОФВ1 более 80% прирост может отсутствовать. В этих случаях рекомендован мониторинг ПСВ.

*Пикфлоуметрия*– определение ПСВ. Прирост ПСВ после ингаляции бронхолитика на 60 л/мин (или на величину ≥20% ПСВ, измеренной до ингаляции бронхолитика) либо изменение ПСВ в течение суток более чем на 20% указывают на наличие БА [1,3].

*Оценка аллергического статуса* выявляет причинно-значимые и факторы риска БА. Основной диагностический метод - *кожные пробы с аллергенами*. Может использоваться определение специфических IgE в сыворотке крови. Положительные результаты тестов обязательно сопоставляются с симптомами БА и должны подтверждаться данными анамнеза.

*Провокационные ингаляционные пробы* с предполагаемым аллергеном или сенсибилизирующим агентом применяются для диагностики профессиональной БА, у спортсменов и в сложных диагностических случаях. Проводится при исходном значении ОФВ1≥80%. В связи с риском развития угрожающего жизни бронхоспазма для широкого использования не рекомендуются.

**Показания для консультации специалистов:**

Пульмонолог при необходимости дифференциальной диагностики.

Аллерголог для оценки аллергологического статуса.

ЛОР для диагностики и лечения патологии верхних дыхательных путей.

Остальные специалисты по показаниям.

**Дифференциальный диагноз**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Признаки** | **БА** | **ХОБЛ** |
| Возраст в котором начинается заболевание | Обычно молодой | Обычно пожилой или средний |
| Начало заболевания | Часто внезапное | Постепенное |
| Курение в анамнезе | Редко | Очень часто (почти всегда) |
| Признаки аллергии | Присутствуют часто | Присутствуют редко |
| Одышка | Приступообразная | Постоянная, прогрессирующая |
| Кашель | Приступообразный во время обострения | Постоянный, без резких колебаний |
| Мокрота | Редко | Характерна |
| Вариабельность ПСВ в течение суток | Характерна | Не характерна |
| Обратимость бронхиальной обструкции (прирост ОФВ1 или ПСВ) | Характерна | Частичная или необратимая |
| Эозинофилия крови и мокроты | Характерна | Не характерна |
| Бронхиальная гиперреактивность | Выражена | Мало выражена или отсутствуют |
| Хроническое легочное сердце | Не характерно, либо в редких случаях и формируется реже и позже, чем при ХОБЛ | Формируется часто |
| Прогрессирование заболевания | Эпизодическое | Постоянное |
| Увеличение СОЭ и лейкоцитоз | Не характерно | Характерно при обострении |
| Аускультативные изменения в легких | Сухие свистящие хрипы в период появления симптомов | Часто сухие и влажные хрипы |
| Мокрота | Слизистая, эозинофилы, кристаллы Шарко-Лейдена | Слизисто-гнойная, нейтрофилы, лимфоциты |

**Цели лечения:** целью лечения БА является достижение и поддержание контроля над клиническими проявлениями заболевания.
**Тактика лечения**
**Немедикаментозное лечение**

Неотъемлемая часть – обучение пациентов и членов их семей. Цель обучения: обеспечить пациента необходимой информацией и научить, как поддерживать состояние контроля, правильно использовать ингаляционные устройства, знать различие между базисными и неотложными препаратами, когда обращаться за медицинской помощью, как мониторировать свое состояние.
Гипоаллергенная диета.

Исключить контакт с причинным аллергеном, влияние неспецифических раздражителей (профессиональной вредности, поллютантов, резких запахов и др.). Отказ от курения (как активного, так и пассивного).
Для улучшения дренажной функции и санации бронхиального дерева применяют массаж, дыхательную гимнастику, ЛФК.

**Медикаментозное лечение**
**Подбор базисной терапии**

Выбор медикаментозного лечения зависит от текущего контроля БА и тяжести астмы до назначения терапии. На каждой ступени терапии пациенты должны использовать препараты неотложной помощи (бронхолитики короткого и длительного действия).

**Ступень 1** (интермиттирующая): короткодействующие ингаляционные ß2-адреномиметики (сальбутамол, фенотерол) по потребности. Альтернативными препаратами могут быть короткодействующие антихолинергические препараты (ипратропия бромид), пероральные ß2-агонисты. В случае эпизодов ухудшения или учащения симптомов назначается регулярная терапия, как для ступени 2.

**Ступень 2** соответствует легкой персистирующей астме. Необходим регулярный прием одного из поддерживающих препаратов, обычно ИГКС в низких дозах (беклометазон 100-250 мкг/сут, будесонид 200-400 мкг/сут, флутиказон 100-250 мкг/сут, циклезонид 80-160 мкг/сут) а также ингаляции короткодействующего ß2-адреномиметика при необходимости. Альтернативными являются антилейкотриеновые препараты (монтелукаст) при побочных эффектах ИГКС (охриплость голоса) при сочетании БА с аллергическим ринитом.

**Ступень 3** (среднетяжелая персистирующая БА). Препарат неотложной помощи плюс один или два контролирующих: 1) комбинация низких доз ИГКС с ингаляционными ß2-агонистами длительного действия в виде фиксированных препаратов (флутиказон/салметерола ксинафоат, Флутиказона пропионат или будесонид/формотерол); или 2) ИГКС в средних дозах (беклометазон 250-500 мкг/сут, будесонид 400-800 мкг/сут, флутиказон 250-500 мкг/сут, циклезонид 160-320 мкг/сут); или 3) ИГКС в низких дозах плюс антилейкотриеновый препарат; или 4) ИГКС в низких дозах плюс теофиллин замедленного высвобождения.

Аддитивный эффект ИГКС и пролонгированного ß2-агониста обычно позволяет достичь контроля БА без наращивания доз ИГКС до средних и высоких. Увеличение дозы ИГКС требуется если контроль БА не был достигнут через 3-4 месяца данной терапии.

*Монотерапия ингаляционными ß2-агонистами длительного действия (салметерола ксинафоат, индакатерол) не допустима, они используются только в комбинации с ИГКС.*

**Ступень 4** (тяжелая персистирующая астма). Препарат неотложной помощи плюс два или более контролирующих. Выбор на этой ступени зависит от предшествующих назначений на ступени 2 или 3. Предпочтительна комбинация средних или высоких доз ИГКС (беклометазон 500-1000 мкг/сут, будесонид 800-1600 мкг/сут, флутиказон 500-1000 мкг/сут, циклезонид 320-1280 мкг/сут) с ингаляционными ß2-агонистами длительного действия (флутиказон/салметерола ксинафоат или будесонид/формотерол). Возможна комбинация с третьим препаратом (антилейкотриеновый или теофиллин замедленного высвобождения). Добавление к комбинированной терапии (ИГКС+пролонгированные ß2-агонисты) антилейкотриеновых препаратов увеличивает эффективность лечения.

**Ступень 5** (тяжелая неконтролируемая БА на фоне терапии ступени 4, но с сохраняющимися ежедневными симптомами и частыми обострениями). Требуется добавление пероральных ГКС к другим препаратам, что увеличивает эффективность лечения, но сопровождается значимыми побочными реакциями. Пациент должен быть информирован о риске развития нежелательных эффектов.

При тяжелой аллергической астме, неконтролируемой комбинацией других препаратов (включая высокие дозы ИГКС или пероральные ГКС), целесообразно применение антител к иммуноглобулину Е (anti-IgE - омализумаб). Данная группа препаратов должна назначаться только специалистом (пульмонолог, аллерголог).

*Важную роль имеет способ доставки ингаляционного препарата в дыхательные пути. Все ингаляционные препараты (кроме циклезонида) должны применяться с использованием спейсера, при необходимости с маской.*

**Лечение обострений БА.**
Начинает проводиться сразу при обращении пациента на любом этапе
**Легкое обострение БА** (одышка при ходьбе, разговор предложениями, ЧСС<100, ПСВ >80%, SpO2>95%): сальбутамол 0,5 мл или ипратропия бромид моногидрат/фенотерола гидробромид 10-40 кап через небулайзер. При отсутствии эффекта через 20 мин повторить ингаляцию. Если после ингаляции короткодействующих β2-агонистов приступ полностью купируется (ПСВ возвращается к должному или индивидуально лучшему значению) и улучшение сохраняется в течение 3-4 часов, пациент не нуждается в дополнительных назначениях и госпитализации. При отсутствии эффекта переход к пункту лечения обострения средней степени тяжести.

**Обострение БА средней степени тяжести**: (одышка при разговоре, говорит отдельными фразами, дистанционные хрипы, ЧСС 100-120, ПСВ 60-80%, SpO2 91-95%) сальбутамол 0,5-1,0 мл или ипратропия бромид моногидрат/ фенотерола гидробромид 15-60 кап ч/з небулайзер+будесонид-суспензия ч/з небулайзер 1000-2000 мкг (1-2 небулы). При отсутствии эффекта через 20 мин повторить ингаляцию бронхолитика. В течение первого часа возможно проведение 3–х ингаляций с интервалом 20 минут. При недостаточном эффекте дополнительно преднизолон 20-30 мг per os, в/в 60-90 мг. При улучшении состояния (ПСВ>80% от должного или индивидуально лучшего значения) и сохранении данного состояния в течение 3-4 часов, пациент не нуждается в дополнительных назначениях и госпитализации. При отсутствии эффекта от проводимых мероприятий в течение одного часа необходима срочная госпитализация.

**Обострение БА тяжелой степени тяжести**: (одышка в покое, разговор отдельными словами, ЧДД>30, возбужден, ЧСС>120, ПСВ<60% или <100 л/мин, цианоз, SpO2<90%) сальбутамол или ипратропия бромид моногидрат/фенотерола гидробромид в тех же дозах + будесонид-суспензия ч/з небулайзер 1000-2000 мкг (1-2 небулы), плюс преднизолон 30-60 мг per os, или 60-90 мг. На фоне начатой терапии пациент срочно госпитализируется, при необходимости в отделение интенсивной терапии, при транспортировке продолжается ингаляционная терапия β2-агонистами короткого действия и ИГКС через небулайзер, кислородотерапия под контролем пульсоксиметрии для достижения SpO2>90%. В стационаре состояние постоянно мониторируется (ПСВ, SpO2, газы артериальной крови и при необходимости другие исследования) каждые 1-2 часа с последующей корректировкой назначений. При ПСВ 60-80% от должного продолжается кислородотерапия, ингаляции β2-агониста и антихолинергического препарата (каждые 60 мин), пероральные ГКС. При достижении стабильного улучшения в течение 3-4 часов возможна выписка на амбулаторное лечение с увеличением дозы ИГКС в 2-4 раза и добавлением других базисных препаратов (по ступенчатой терапии).

При отсутствии улучшения или дальнейшем ухудшении состояния – перевод пациента в отделение реанимации: продолжение вышеуказанной терапии, перевод на внутривенное введение ГКС, при необходимости внутривенный теофиллин, интубация и ИВЛ (ПСВ<30%, РаО2<60 мм рт ст, РаСО2>45 мм рт ст).

**Жизнеугрожающее состояние**: (нарушение сознания, парадоксальное торакодиафрагмальное дыхание, брадикардия, отсутствие свистов при аускультации) сальбутамол или ипратропия бромид моногидрат/фенотерола гидробромид в тех же дозах и будесонид-суспензия ч/з небулайзер 1000-2000 мкг (1-2 небул) + преднизолон в/в 90-150 мг. Остальная тактика как при тяжелом обострении БА.

**Другие виды лечения**
БА часто сочетается с аллергическим ринитом, что требует назначения соответствующей терапии: ингаляционные топические ГКС интраназально (беклометазон, флутиказон, мометазон).
**Специфическая иммунотерапия**может быть рассмотрена у пациентов с БА, где невозможно избежать клинически значимых аллергенов.

**Особые ситуации:**

**Беременность**
Течение БА может изменяться во время беременности, как в сторону улучшения, так и ухудшения. Чаще ухудшения следует ожидать у женщин с плохим контролем БА до беременности. Все принципы лечения БА сохраняются и во время беременности, целью является достижение полного контроля над заболеванием. Предпочтение отдается монотерапии иГКС, однако если контроль достичь не удается, назначаются комбинированные препараты в тех же дозах, что и вне беременности. Применение любых противоастматических препаратов (ИГКС, ß2-агонисты, антилейкотриеновые), необходимых для достижения контроля над симптомами БА не сопровождается увеличением пороков развития плода. Наибольшее количество данных в отношении безопасности для развития ребенка касается применения будесонида и беклометазона, что позволяет считать их препаратами выбора. Обязателен контроль ПСВ, беременным необходимо иметь пикфлоуметр и своевременно сообщать врачу о снижении показателей. Женщины должны быть информированы о необходимости приема базисной терпи и отрицательном влиянии на плод острых эпизодов астмы у матери. Короткодействующие ß2-агонисты назначаются «по требованию», при обострениях используется небулайзерная терапия в тех же дозах, что вне беременности. Главное правило – не допустить гипоксии плода, которая является фоном для нарушенного развития, гипотрофии, антенатальных осложнений.

**Аспирин-индуцированная астма**

Гиперчувствительность к ацетилсалициловой кислоте и другим НПВП чаще наблюдается при тяжелом течении БА и развивается постепенно. Реакция на ацетилсалициловую кислоту возникает через короткое время после приема препарата - от минуты до 1-2 часов и, как правило, сопровождается риноконъюктивальными симптомами. Данной категории больных следует избегать приема ацетилсалициловой кислоты и группы ингибиторов циклооксигеназы-1. При крайней необходимости может быть использован парацетамол. В базисной терапии наряду с иГКС хорошую эффективность оказывают модификаторы лейкотриеновых рецепторов. Аспириновая десенситизация показана при «аспириновой триаде», проводится только в условиях стационара под тщательным контролем врача.

Хирургическое вмешательство: не используется как вариант лечения астмы.

**Профилактические мероприятия**

Уменьшение воздействия на пациентов факторов риска: отказ от курения (в том числе пассивного), уменьшение воздействия сенсибилизирующих и профессиональных факторов, отказ от продуктов, лекарств, пищевых добавок, вызывающих симптомы БА. Уменьшение воздействия домашних и внешних аллергенов.

Нормализация массы тела.

У пациентов со среднетяжелой и тяжелой БА – ежегодная вакцинация от гриппа.

Лечение заболеваний верхних дыхательных путей (ринит, полипы и др.) и гастроэзофагеального рефлюкса (при их наличии).

**Дальнейшее ведение астмы**

После достижения контроля необходимо дальнейшее поддержание этого контроля с подбором минимального объема необходимой терапии для конкретного пациента с периодической коррекцией терапии в случае снижения контроля или развития обострения.

Частота визитов к врачу зависит от исходной тяжести БА, обычно через 1-3 месяца после первого визита, в последующем каждые 3 месяца.

Сроки уменьшения объема контролирующей терапии индивидуальны.

Общие рекомендации:

- при достижении контроля на фоне монотерапии низкими дозами ИГКС возможен переход на однократный прием ИГКС с интервалом в среднем через 3 мес;

- если контроль достигнут на фоне комбинированной терапии (ИГКС+пролонгированный ß2-агонист) необходимо уменьшить объем ИГКС на 50% на фоне продолжающегося приема ß2-агониста, в последующем со снижением дозы и полной отменой ß2-агониста и переводом пациента на монотерапию ИГКС. Как альтернатива может быть однократный прием комбинированного препарата или перевод на антилейкотриеновый препарат.

- в случае достижения контроля путем применения комбинации фиксированными препаратами с системными ГКС сначала производится снижение и отмена системных ГКС, в последующем, как при другом объеме терапии.

- при снижении контроля (учащение или утяжеление выраженности симптомов, увеличение потребности в ингаляциях короткодействующих ß2-агонистов в течении 1-2 суток) необходимо увеличить объем поддерживающей терапии: увеличение дозы ИГКС, добавление пролонгированных ß2-агонистов или других препаратов.

**Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения**– достижение полного или частичного контроля над БА:

• отсутствие или не более 2 эпизодов дневных симптомов в неделю

• отсутствие или незначительное ограничение повседневной активности, включая физические нагрузки

• отсутствие (или не более 2-х в месяц) ночных симптомов или пробуждений из-за астмы

• отсутствие (≤ 2 эпизодов в неделю) потребности в препаратах «скорой помощи»

• нормальные показатели функции легких

**Показания для экстренной госпитализации:**

• Отсутствие эффекта от проводимой терапии в период обострения на амбулаторном этапе (см. пункт 14.2.2)

**Госпитализация в ОАРИТ:**

• Жизнеугрожающее состояние (слабые респираторные усилия, «немое легкое», цианоз, брадикардия или гипотензия, спутанность сознания или кома) больной должен быть немедленно госпитализирован в ОАРИТ.

**Показания для плановой госпитализации:**

• необходимость проведения дифференциальной диагностики при невозможности осуществления в амбулаторных условиях;

• тяжелая, неконтролируемая астма при неэффективности лечения на амбулаторном этапе

Диспансеризация

1. Больной с астмой должен наблюдаться у семейного врача.

2. Во время амбулаторного наблюдения семейному врачу следует отработать индивидуальный план длительного лечения астмы.

3. Все больные бронхиальной астмой должны пройти обучение по специальной образовательной программе (астма-школу).

4. При необходимости должна осуществляться консультация специалиста: пульмонолога или аллерголога.

5. Осмотр оториноларинголога, стоматолога, гастроэнтеролога (при ГЭРБ), паразитолога (с целью профилактики гельминтоза).

Обучение больного

Пациент должен:

 • Знать основные причинные факторы (возможные аллергены дома и на работе) и уметь их контролировать

 • Уметь оценивать свое состояние и вести «Дневник самоконтроля»

 • Уметь пользоваться пикфлоуметром, знать систему зон «красный, желтый, зеленый»

 • Уметь правильно пользоваться ингалятором

 • Знать основные группы лекарственных средств, уметь контролировать астму и использовать базисные и быстродействующие медикаменты, имеющиеся в наличии

• Знать, когда и куда он должен обратиться за помощью

Профилактика:

Уменьшение воздействия на пациента факторов, провоцирующих обострение бронхиальной астмы:

1. Гипоаллергенная диета,

2. Отказ от курения (в том числе беременным женщинам и родителям маленьких детей),

3. Отказ от пищевых добавок и некоторых лекарственных препаратов (аспирин и его аналоги, желтый пищевой краситель тартразин)

4. Уменьшение или исключение воздействия профессиональных факторов.

5. Исключение воздействия других факторов риска: аллергенов, вирусных инфекций, воздушных поллютантов.

6. Санация очагов хронической носоглоточной инфекции, санация зубов, лечение ГЭРБ, профилактика гельминтозов.

|  |
| --- |
| Тема:«Стратегия и тактика ведения больных с заболеваниями органов дыхания в амбулаторных условиях»Задача №2Вызов на дом. Пациент А.В.К-ин, 36 лет, инженер.Жалобы на приступы удушья с затруднением выдоха, сопровождающиеся ощущением хрипа, свистов в грудной клетке, 8 раз за сегодняшний день.Из анамнеза: приступы удушья без видимой причины, а также при воздействии резких запахов (бензин, краска, стиральный порошок), сопровождающиеся ощущением хрипа, свистов в грудной клетке, 1-2 раза в неделю днем, беспокоят в течение 5 лет. Ночных приступов удушья не отмечал. Для купирования приступов удушья эпизодически пользовался сальбутамолом. Настоящее ухудшение в течение 2 дней - приступы удушья участились до 8-10 в день, эффект от применения сальбутамола сохраняется 1-1,5 часа. Обратился впервые в этом году.Из перенесенных заболеваний отмечает эпизодические ОРЗ. В армии служил. Лекарственная аллергия на аспирин, диклофенак – приступ удушья, ампициллин – крапивница. Не курит. Состоит на диспансерном учете по бронхиальной астме, диагноз впервые установлен в 2002 г.. Последний рабочий день был 2.03.07, 3-4.03.07 – выходные дни.Объективно: В сознании, беспокоен, возбужден, положение вынужденное, сидит с фиксированными верхними конечностями. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Щитовидная железа не увеличена. Суставы не изменены. Язык сухой. Зубы без патологических изменений. Зев без особенностей. Миндалины не изменены. Перкуторно над всей поверхностью легких коробочный звук. Дыхание жесткое, ослаблено, равномерно проводится во всех отделах грудной клетки, сухие свистящие рассеянные хрипы. ЧДД 22 в минуту. Тоны сердца ясные, шумов нет. Пульс 130 в минуту, ритмичный, хорошего наполнения и напряжения. АД 130/80 мм. рт. ст. на обеих руках. Живот мягкий, не вздут, безболезненный. Нижний край печени под краем реберной дуги, ровный, острый, умеренно эластичный. Отеков нет. Стул, мочеиспускание без особенностей. Самостоятельно производил пикфлоуметрию несколько минут назад, ПСВ 50%.**Оцените ситуацию по учебному алгоритму приёма амбулаторного больного, примите соответствующие решения и заполните учебную амбулаторную карту по предложенной в алгоритме схеме**ОСМОТР ТЕРАПЕВТА (заболевания органов дыхания, задача 1) |
| Дата | 05.03.2019 | ВН | Нет | Жалобы | Жалобы на приступы удушья с затруднением выдоха, сопровождающиеся ощущением хрипа, |
| свистов в грудной клетке, 8 раз за сегодняшний день. |
|  |
|  |
| Анамнез: | приступы удушья без видимой причины, а также при воздействии резких запахов (бензин, краска, стиральный порошок),  |
| сопровождающиеся ощущением хрипа, свистов в грудной клетке, 1-2 раза в неделю днем, беспокоят в течение 5 лет. Ночных приступов удушья не  |
| отмечал. Для купирования приступов удушья эпизодически пользовался сальбутамолом. Настоящее ухудшение в течение 2 дней - приступы удушья  |
| участились до 8-10 в день, эффект от применения сальбутамола сохраняется 1-1,5 часа. Из перенесенных заболеваний отмечает эпизодические ОРЗ. |
| Лекарственная аллергия на аспирин, диклофенак – приступ удушья, ампициллин – крапивница. Не курит. Последний рабочий день был 2.03.19, 3-4.03.19 – выходные дни. |
| Общее состояние: | тяжелое. Положение вынужденное, сидит с фиксированными верхними конечностями |
| Кожные покровы: | обычные |  | Лимфатические узлы: | не пальпируются | Щитовидная железа: | не увеличена |
| Молочные железы: |  | Суставы | Не | изменены |  |
| Зев: чистый, гиперемированный |  | Состояние зубов | без патологических изменений |
| Миндалины: обычные, рыхлые, увеличенные, уменьшенные |  |
| ~~Притупление перкуторного звука над легкими в области~~ | Над всеми отделами легких коробочный звук. ЧДД 22 в минуту |
| В легких: дыхание ~~везикулярное~~ | жесткое, ослаблено над всеми отделами | Хрипы: | сухие свистящие рассеянные |
| Тоны сердца: ясные, приглушенные (I,II), акцент II тона на аорте; шум систолический | Нет |
| диастолический | Нет | , | III и IV тоны на верхушке. | Пульс | 130 | уд.вмин |
| Ритмичный, аритмичный, наполнения и напряжения малого, удовлетворительного, хорошего, напряжен |  |
| АДD | 130/80 | АДS | 130/80 | Язык: ~~чистый, влажный, обложе~~н | Сухой | ~~налетом.~~ Живот мягкий | не | вздут; | без |
| Болезненный |  | Печень | Не | увеличена |  | , | край | ровный, острый, эластичный |
| ~~Уплотненный~~ |  | , |  | болезненный | Стул: нормальный, неустойчивый |  |
| Мочеиспускание: нормальное, болезненное, учащенное | Отеков нет |
| Дополнительные данные (в т.ч. проведенное ранее обследование) | ПСВ 50% |
|  |
|  |
| Диагноз | Бронхиальная астма, эндогенная, легкое персистирующее течение, тяжелое обострение (тяжелый приступ удушья). Аспириновая астма? |
| Осл. Эмфизема. ДН III ст. |
|  |
|  |
| Группа «Д» наблюдения (Д1,Д2,Д3) | Д2 |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Назначения** | **Обследование** |
| 1. Вызов «Скорой помощи» | Основные мероприятия | Не показаны |
| 2. Преднизолон в таблетках 5 мг. 12 табл. Внутрь |  |
| 3. Ингаляция сальбутамола через небулайзер |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | Дополнительные мероприятия (указать показания) | Не показаны |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Госпитализация (экстренная, плановая) в стационар круглосуточного, ~~дневного~~ пребывания, ~~направление к специалисту~~ | направлен 05.03.2019 |
| Показания | Тяжелое обострение (тяжелый приступ удушья) бронхиальной астмы |
|  |
| Л/Н№\* | Нет | Срок (даты продолжительность) | Нет |
| Активное посещение (дата) | Нет | Повторная явка (дата) | Нет |
| Врач |  |

 План дальнейшего ведения пациента

|  |  |
| --- | --- |
| Планируемое дальнейшее обследование: |  |
|  |
| Основные мероприятия | После выписки из стационара периодические осмотры лечащего врача, ФВД (исследование неспровоцированных |
| дыхательных объёмов и потоков) |
|  |
|  |
|  |
| Дополнительные мероприятия (указать показания) | Нет показаний |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Планируемое дальнейшее лечение (перечислить медикаментозные и иные воздействия): |
| Продолжить лечение сальбутамолом по требованию. К лечению добавить или ингаляционные кортикостероиды (беклометазон) 200 - 500 мкг или  |
| пролонгированные теофиллины. В случае ухудшения течения астмы увеличить дозу ингаляционных ГКС или добавить системные ГКС. |
|  |
|  |
| Группа диспансерного наблюдения | Д3 | План диспансерного наблюдения или профилактических мероприятий: |
| **Диспансерные осмотры:** ежемесячно |
| **Осмотры врачей** – терапевт; пульмонолог, ЛОР – май. |
| **Обследование** – анализ крови клинический, общий анализ мокроты, спирография – май, ноябрь, флюорография, ЭКГ – май |
| **Лечебно-профилактические мероприятия** - ЛФК, дыхательная гимнастика (направить во врачебно-физкультурный диспансер). Профилактика ОРВИ |
| (избегать переохлаждения, вакцинация за 1 мес. до предполагаемой эпидемии гриппа) |
| Санаторно-курортное лечение: | Противопоказано |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Планируемый срок временной нетрудоспособности | 12-90 дней |
| Трудовой прогноз – благоприятный, неблагоприятный, сомнительный, неопределенный |
| Находится в состоянии обострения |

|  |
| --- |
|  ОСМОТР ТЕРАПЕВТА (заболевания органов дыхания, задача 1) |
| Дата |  | ВН |  | Жалобы |  |
|  |
|  |
|  |
| Анамнез: |  |
|  |
|  |
|  |
| Лекарственная аллергия  |
| Общее состояние: |  |
| Кожные покровы: |  |  | Лимфатические узлы: |  | Щитовидная железа: |  |
| Молочные железы: |  | Суставы |  |  |  |
| Зев: чистый, гиперемированный |  | Состояние зубов |  |
| Миндалины: обычные, рыхлые, увеличенные, уменьшенные |  |
| Притупление перкуторного звука над легкими в области |  |
| В легких: дыхание везикулярное |  | Хрипы: |  |
| Тоны сердца: ясные, приглушенные (I,II), акцент II тона на аорте; шум систолический |  |
| диастолический |  | , | III и IV тоны на верхушке. | Пульс |  | уд.вмин |
| Ритмичный, аритмичный, наполнения и напряжения малого, удовлетворительного, хорошего, напряжен |  |
| АДD |  | АДS |  | Язык: чистый, влажный, обложен |  | налетом. Живот мягкий |  | вздут; |  |
| болезненный |  | Печень |  | увеличена |  | , | Край | ровный, острый, эластичный |
| уплотненный |  | , |  | болезненный | Стул: нормальный, неустойчивый |  |
| Мочеиспускание: нормальное, болезненное, учащенное |  |
| Дополнительные данные (в т.ч. проведенное ранее обследование) |  |
|  |
|  |
| Диагноз |  |
| Осл.  |
|  |
|  |
| Группа «Д» наблюдения (Д1,Д2,Д3) |  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Назначения** | **Обследование** |
|  | Основные мероприятия |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | Дополнительные мероприятия (указать показания) |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Госпитализация (экстренная, плановая) в стационар круглосуточного, дневного пребывания, направление к специалисту | направлен  |
| Показания |  |
|  |
| Л/Н№\* |  | Срок (даты продолжительность) |  |
| Активное посещение (дата) |  | Повторная явка (дата) |  |
| Врач |  |

План дальнейшего ведения пациента

|  |  |
| --- | --- |
| Планируемое дальнейшее обследование: |  |
|  |
| Основные мероприятия |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Дополнительные мероприятия (указать показания) |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Планируемое дальнейшее лечение (перечислить медикаментозные и иные воздействия): |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Группа диспансерного наблюдения | Д3 | План диспансерного наблюдения или профилактических мероприятий: |
| **Диспансерные осмотры:**  |
| **Осмотры врачей**  |
| **Обследование**  |
| **Лечебно-профилактические мероприятия**  |
|  |
| Санаторно-курортное лечение: |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Планируемый срок временной нетрудоспособности |  |
| Трудовой прогноз – благоприятный, неблагоприятный, сомнительный, неопределенный |
|  |