

ПАМЯТКА ПАЦИЕНТАМ С БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Единый контактный центр
200-20-99



БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА (БА) – заболевание, при котором в бронхах происходит воспаление, чаще всего аллергической природы. Это воспаление не вызвано микробами, а возникает в результате контакта человека с аллергенами, раздражающими веществами, профессиональными факторами, а также в результате некоторых иных обстоятельств. В результате такого воспаления выделяются различные вещества, которые приводят к спазму бронхов, их отеку, накоплению слизи, в результате чего у человека, болеющего астмой, возникает ощущение затруднения дыхания, чувства тяжести в груди, появляются свисты и хрипы в грудной клетке, кашель, иногда даже удушье. Эти симптомы могут усиливаться ночью и/или ранним утром.

Аллергены, которые могут вызывать БА, разнообразны – шерсть, перхоть и слюна животных, пыльца растений, домашняя пыль, грибки (споры плесеней), профессиональные аллергены, пищевые продукты и пищевые добавки. Нередко при этом бронхиальной астме сопутствует аллергический насморк (ринит), который возникает также как следствие аллергического воспаления в слизистой оболочке носа.

БА развивается чаще в детстве или у подростков, однако может начаться также в любом возрасте.

Врач диагностирует бронхиальную астму по рассказам пациента о своих ощущениях, на основании осмотра, а также ряда исследований. Важнейшим из них является проведение исследования функции легких (спирометрии), которое выявляет сужение бронхов и часто – их расширение после применения бронхорасширяющих препаратов (препаратов для лечения обструктивных заболеваний легких). Также врач может направить пациента к врачу-аллергологу-иммунологу, который проведет аллергологическое тестирование – то есть выявит аллерген, на который человек реагирует, и возможно, предложит особый метод лечения. Кроме того, анализ крови может показать повышение клеток под названием эозинофилы, что подтвердит аллергический характер процесса. Иногда в крови определяют особый белок – иммуноглобулин E, который повышается при аллергических заболеваниях. Возможно определение также специфического иммуноглобулина E – белка, специальным образом настроенного на взаимодействие с аллергеном.

После установления диагноза врач назначает лечение. Оно начинается с ограничения контактов с виновным аллергеном. Рекомендуются избавляться от домашних животных, сухого корма для рыбок, постельные принадлежности рекомендуется использовать только синтетические (пух, перо, шерсть, вата должны быть исключены), не держать цветы в горшках с открытой землей, убирать ковры, книги держать под стеклом, а пылесос использовать только с фильтром HEPA. Во время уборки человеку, страдающему аллергией к домашней пыли, следует уходить из помещения или надевать маску. Болеющему бронхиальной астмой следует обсудить со специалистом возможность профессиональной вредности на рабочем месте.

Важны также **общие мероприятия по укреплению здоровья** – борьба с курением, избыточным весом, заболеваниями носа, физические тренировки, противогриппозная вакцинация.



Лекарственное лечение бронхиальной астмы состоит из назначения бронхорасширяющих препаратов и средств, подавляющих аллергическое воспаление. В качестве препаратов скорой помощи, применяющихся по потребности, применяют аэрозоли, содержащие быстродействующие бронхорасширяющие лекарства (препараты для лечения обструктивных заболеваний легких). В качестве лечебных, противовоспалительных препаратов применяют ингаляционные глюкокортикостероиды (ингаляционные «гормоны»).

Они являются базисными, основными средствами для лечения бронхиальной астмы, которые эффективно подавляют аллергическое воспаление в бронхах. Ингаляционные «гормоны» безопасны и не вызывают каких-либо значимых осложнений. Основными неприятностями при их применении являются осиплость голоса и «молочница» во рту. Для профилактики рекомендуется полоскание рта и горла каждый раз после ингаляции таких лекарств. Ингаляционные «гормоны» применяются ежедневно и очень долго. Они выпускаются в виде аэрозоля и в виде порошков, упакованных в капсулы или в ингалятор. Как дополнение к ним, для усиления их действия применяются также бронхорасширяющие препараты 12-ти или 24-часового действия. Комбинации ИГКС и таких препаратов помогают более эффективно справиться с болезнью. Существуют ингаляторы, которые содержат сразу два таких лекарства. Врач может посоветовать некоторые из таких ингаляторов применять как базисное лечение, а также как препарат скорой помощи по потребности, так называемая **терапия единым ингалятором**. Такое назначение позволяет справиться с болезнью, которая плохо поддается лечению при применении традиционных схем дозирования. В некоторых случаях применяются дополнительные противовоспалительные препараты, а особо тяжелых – добавляют иные бронхорасширяющие средства. При особо упорных случаях болезни врач может назначить консультацию специалиста, занимающегося особым видом лечения, позволяющим бороться с иммуноглобулином E путем введения моноклональных антител.

Врач-аллерголог-иммунолог, выявив аллергию, может назначить **особый вид лечения - аллергенспецифическую иммунотерапию**, когда в виде инъекций под кожу или в виде капель или быстрорастворимых таблеток под язык, вводится в очень малых дозах аллерген, виновный в аллергической реакции.



Обострение БА – грозная ситуация, недооценивать которую нельзя. Если бронхорасширяющие препараты быстрого действия становятся неэффективными, интервал между их приемом начинает сокращаться – **необходимо незамедлительно обратиться к врачу или вызвать скорую помощь**. Промедление в этом случае чревато серьезными осложнениями.

Залогом успеха лечения бронхиальной астмы является дисциплинированное соблюдение рекомендаций и назначений врача в полном объеме

Источник:
Клинические рекомендации «Бронхиальная астма»
Кодирование по МКБ и проблем, связанных со здоровьем: J45, J46
Возрастная категория: Взрослые, Дети
Год утверждения (частота пересмотра): 2021 Год окончания действия: 2023
ID: 359
Разработчик клинической рекомендации:
- Российское респираторное общество
- Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов
- Союз педиатров России
Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

ОСТРЫЙ СИНУСИТ (ОС) – острое воспаление слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух (ОНП) длительностью < 12 недель.

Острый синусит клинически проявляется стойкими выделениями из носа, затруднением носового дыхания, головной болью или болью в области проекции ОНП, снижением обоняния, заложенностью ушей, гипертермией, общим недомоганием и кашлем.



Острый синусит может иметь **инфекционную этиологию**: вирусную, бактериальную или грибковую, а также вызываться факторами, такими как: аллергены, ирританты окружающей среды (группа веществ, вызывающих при попадании сильное местное раздражение слизистых оболочек, кожных покровов и расположенных в них нервных рецепторов с формированием ответной рефлекторной защитной реакции организма направленной на устранение раздражающего вещества (зуд, жжение, боль, першение, слезотечение, ринорею, чиханье, кашель)).

Профилактика ОС заключается в соблюдении режима сна и отдыха, рациональном питании. Необходима санация очагов хронической инфекции, устранение назальной обструкции (искривление носовой перегородки, атрезия хоан, синехии в полости носа и другие).

Следует учитывать, что сопутствующий аллергический ринит может значительно влиять на течение ОС, увеличивая сроки излечения и реабилитации. В данном случае необходимо применять антигистаминные препараты системного действия и увеличивать дозу топических глюкокортикостероидов.

Источник:
Клинические рекомендации «Острый синусит»
Кодирование по МКБ и проблем, связанных со здоровьем: J01
Год утверждения (частота пересмотра): 2021
Возрастная категория: Взрослые, Дети
Год окончания действия: 2023
ID: 313
Разработчик клинической рекомендации:
- Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов
Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

ОСТРЫЙ ТОНЗИЛЛИТ (ВОСПАЛЕНИЕ ГОРЛА, «АНГИНА») – воспаление миндалин, как правило, сопровождающееся болью в горле и подъемом температуры тела, а также, возможно, появлением налетов на миндалинах. **Острый фарингит** – воспаление задней стенки глотки. Как правило, эти два процесса протекают параллельно, в связи с чем врачи используют термин **острый тонзиллофарингит**.

Острый тонзиллофарингит может быть вызван вирусами или бактериями. Единственный бактериальный тонзиллофарингит, при котором необходимо назначение антибактериальных препаратов, это тонзиллит, вызванный бета-гемолитическим стрептококком группы А. Другие микробы могут присутствовать в полости рта в норме. Острый тонзиллофарингит, вызванный вирусами, проходит самостоятельно в течение 1 - 2 недель. Антибиотики не ускоряют выздоровление при данном заболевании. Более того, прием антибиотиков без необходимости может причинить вред, способствуя появлению бактерий, устойчивых к их действию, и повысить риск развития нежелательных реакций.

Стрептококковый тонзиллофарингит проявляется болями в горле, значительным повышением температуры тела $>38^{\circ}\text{C}$, отеком миндалин, появлением, в большинстве случаев, белых пятен или гнойных налетов на слизистой оболочке миндалин, неба и задней стенки глотки, увеличением и болезненностью лимфатических узлов, расположенных на шее. Заболевание заразно.

По внешним признакам точно определить, вызвано ли заболевание вирусом или бактериями, затруднительно, так как картина заболевания может быть сходной. На основании клинических проявлений врач может заподозрить стрептококковую природу заболевания, но для подтверждения диагноза необходимо провести специальное бактериологическое обследование. Существуют классические методы обследования и экспресс-диагностика, позволяющие быстро установить диагноз и назначить лечение.

Если Вам назначены антибиотики, очень важно принимать препарат так, как назначил врач, обязательно соблюдая длительность курса лечения, несмотря на то, что Вам станет лучше значительно раньше или все признаки заболевания прошли. Обычная длительность курса антибиотиков по поводу острого стрептококкового тонзиллита составляет 10 дней. Только такая продолжительность лечения обеспечивает полное избавление от стрептококка.

В большинстве случаев острый тонзиллофарингит сопровождается болью при глотании, поэтому рекомендуется давать пациенту негорячую мягкую пищу, которую ему будет легче проглотить.

При повышении температуры, сильной боли в горле возможно применение парацетамола** или ибупрофена**. Также эффективно полоскание горла препаратами с обезболивающим эффектом. Возможно использование препаратов, обладающих противовоспалительным и обезболивающим действием в виде спреев или таблеток (пастилок, леденцов) для рассасывания (в зависимости от возраста и предпочтений пациента).

Вирусы и бактерии распространяются при прикосновении рук ко рту, носу или глазам. Частое мытье рук теплой водой с мылом поможет предотвратить инфицирование. Для выбора наиболее подходящего препарата для Вас и необходимости такого лечения посоветуйтесь с врачом.

Источник

Клинические рекомендации «Острый тонзиллит и фарингит (Острый тонзиллофарингит)»

Кодирование по МКБ и проблем, связанных со здоровьем: J02, J02.0, J02.8, J02.9, J03, J03.0, J03.8, J03.9

Год утверждения (частота пересмотра): 2021

Возрастная категория: Взрослые, Дети

Год окончания действия: 2023

ID: 306

Разработчик клинической рекомендации:

- Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов
- Межрегиональная общественная организация «Альянс клинических химиотерапевтов и микробиологов»
- Межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии
- Международная общественная организация «Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням»

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

ОСТРЫЙ ОБСТРУКТИВНЫЙ ЛАРИНГИТ (КРУП) – воспаление гортани и близлежащих областей с сужением просвета гортани. Опасен возможностью развития тяжелой дыхательной недостаточности и смерти (в крайне редких случаях, без правильного и своевременного лечения).



Возникает на фоне ОРВИ (острой респираторной вирусной инфекции).

Причина заболевания – разнообразные вирусы. Заболевание чаще развивается осенью, зимой и ранней весной.

Как заражаются вирусной инфекцией, вызывающей круп: чаще всего путем попадания на слизистую оболочку носа или конъюнктиву с рук, загрязненных при контакте с больным (например, через рукопожатие) или с зараженными вирусом поверхностями.

Другой путь – воздушно-капельный – при вдыхании частичек слюны, выделяющихся при чихании, кашле или при тесном контакте с больным.

Период от заражения до начала болезни: в большинстве случаев – от 2-х до 7 дней. Выделение вирусов больным (заразность для окружающих) максимально на 3-и сутки после заражения, резко снижается к 5-му дню; неинтенсивное выделение вируса может сохраняться до 2 недель.

Признаки крупа: обычно начинается с проявлений острой респираторной вирусной инфекции: появляются выделения из носа, першение в горле, кашель. Чаще температура невысокая. Как правило, перед затруднением дыхания на вдохе возникает ларингит: осиплость голоса и/или сухой грубый кашель. Далее состояние может ухудшиться: осиплость может усиливаться, кашель приобретает лающий характер, появляется шумное дыхание или шумный вдох. При нарастании степени сужения просвета гортани развивается инспираторная одышка, которую можно заметить по втяжению яремной ямки на вдохе.

Симптомы крупа обычно развиваются вечером, ночью, нередко в предутренние часы. **Круп легкой степени** сопровождается периодическим грубым, лающим кашлем и осиплостью голоса; в покое шумное дыхание на вдохе отсутствует и нарастает только при беспокойстве ребенка или при движении. Может быть слабовыраженное втяжение ямок над ключицами и межреберных промежутков при дыхании. **При среднетяжелом крупе** лающий кашель учащается, шумное дыхание на вдохе сохраняется и в покое, отмечается выраженное втяжение ямок над ключицами и межреберных промежутков при дыхании в покое. **Тяжелое течение крупа** проявляется выраженной дыхательной недостаточностью: «тяжелое дыхание», резкая бледность и синева кожи, возможно нарушение сознания, судороги. В этой стадии болезни требуется экстренная помощь. **Немедленно вызовите бригаду скорой (неотложной) помощи!!**

Лечение: круп, в большинстве случаев, носит доброкачественный характер, врач назначит лечение чаще всего кортикостероидными гормонами. В настоящее время это наиболее эффективный и безопасный способ вылечить круп. Никаких побочных действий кортикостероидные гормоны с крупом не оказывают, т.к. применяются в умеренной дозе и кратковременно!

Снижение температуры. При менее выраженной лихорадке (38 - 38,5 °С) средства, снижающие температуру, показаны пациентам с хронической патологией, а также при связанном с температурой дискомфорте. Регулярный (курсовой) прием жаропонижающих нежелателен, повторную дозу вводят только после нового повышения температуры.

Антибиотики – не действуют на вирусы (основную причину крупа). Вопрос о назначении антибиотиков рассматривается при подозрении на бактериальную инфекцию. **Антибиотики должен**

назначать врач. Бесконтрольный прием антибиотиков может способствовать развитию устойчивых к ним микробов и вызывать осложнения.

Как предупредить развитие ОРВИ, на фоне которых развивается круп:

Первостепенное значение имеют меры, препятствующие распространению вирусов: тщательное мытье рук после контакта с больным.

Важно также ношение масок, мытье поверхностей в окружении больного, соблюдение режима проветривания.

Ежегодная вакцинация против гриппа снижает риск этой инфекции.

Надежных свидетельств о снижении респираторной заболеваемости под влиянием различных иммуностимуляторов нет. Не доказана также профилактическая эффективность растительных препаратов и витамина С, гомеопатических препаратов.

Исход крупа при своевременной диагностике и адекватном лечении всегда благоприятный. В случае поздней диагностики при выраженном сужении гортани при невозможности реанимационных мероприятий возможна смерть от асфиксии.

Эпиглоттит – это остро возникшее бактериальное воспаление надгортанника и окружающих тканей, которое может привести к быстрому жизнеугрожающему нарушению проходимости дыхательных путей. Эпиглоттит встречается редко.

Эпиглоттит вызывается гемофильной инфекцией (>90%). В странах, где введена массовая иммунизация против гемофильной инфекции, эпиглоттиты встречаются реже.

Эпиглоттит является тяжелой бактериальной инфекцией, заболевание обычно начинается остро с высокой температуры и нарушения общего состояния, характерны боль в горле, может наблюдаться вытекание слюны изо рта, поза «треножника», приоткрытый рот, быстрое развитие шумного дыхания на вдохе, западение надгортанника в положении на спине. Типичного для крупа лающего кашля не отмечается.

При эпиглоттите запрещается ингалировать, давать снотворные и седативные средства, провоцировать беспокойство, обязательна антибактериальная терапия:



Антибиотики назначает врач!

При назначении антибиотиков необходимо соблюдение режима применения и продолжительности лечения – по назначению врача

Источник:

Клинические рекомендации «Острый обструктивный ларингит [круп] и эпиглоттит»

Кодирование по МКБ и проблем, связанных со здоровьем: J05.0, J05.1

Год утверждения (частота пересмотра): 2021

Возрастная категория: Взрослые, Дети

Год окончания действия: 2023

ID: 352

Разработчик клинической рекомендации:

- Союз педиатров России

- Межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии

- Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

ХРОНИЧЕСКИЙ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЙ ЛАРИНГИТ – вид хронического ларингита, характеризующийся диффузной гиперплазией слизистой оболочки гортани или ограниченной гиперплазией в виде узелков, грибовидных возвышений, складок или валиков.

Хронический отечно-полипозный ларингит (ХОПЛ) – Болезнь Рейнке-Гайека – хронический ларингит, характеризующийся полиповидным разрастанием слизистой оболочки голосовых складок.

Пациенту, страдающему хроническим ларингитом следует по возможности ограничивать голосовые нагрузки (пение, крик, разговор шепотом), отказаться от курения.

Следует внимательно относиться к появлению таких жалоб, как изменение голоса, кашель, затруднение дыхания.

При работе в условиях наличия профессиональных вредностей (работа с красителями и другими едкими и раздражающими веществами) следует по возможности сменить характер трудовой деятельности.

Следует придерживаться ограничений в диете: ограничить прием очень горячей, холодной и острой пищи, спиртных напитков. При наличии у пациента заболеваний желудочно-кишечного тракта (рефлюксная болезнь, гастрит) показано динамическое наблюдение и, при необходимости, лечение у гастроэнтеролога.

Не рекомендуется применять паровые и другие виды ингаляций без согласования с наблюдающим оториноларингологом.

Рекомендуется использование специальных воздухоочистителей и увлажнителей воздуха в помещениях, которых пациент находится длительное время.

Необходимо уделять внимание лечению сопутствующей патологии (кариес зубов, фарингит, тонзиллит, синусит), профилактике острых респираторных инфекций, в периоды эпидемических вспышек гриппа и ОРВИ пользоваться индивидуальными средствами защиты, заблаговременно проводить вакцинацию.

Пациенту рекомендуется находиться под наблюдением врача-оториноларинголога. Осмотры следует проводить не реже 1 раза в 6 месяцев, при частых обострениях – не реже 1 раза в 3 месяца.

Источник:
Клинические рекомендации «Хронический ларингит»
Кодирование по МКБ и проблем, связанных со здоровьем:
J37.0/J37.1
Год утверждения (частота пересмотра): 2016
ID: КР321
Разработчик клинической рекомендации:
- Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов
Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

ГРИПП – острое вирусное заболевание, пик заболеваемости которым приходится на осенне-зимний период.

Источником гриппозной инфекции является больной человек со стертыми или явными формами болезни. Путь передачи – воздушно-капельный. Максимально заразным человек является в первые дни заболевания, когда вирус с каплями слизи во время чихания и кашля начинает выделяться во внешнюю среду.



Грипп начинается остро с резкого подъема температуры до 38°C и выше, с сухим кашлем или першением в горле, и сопровождается симптомами общей интоксикации: ознобом, болями в мышцах, головной болью (лобная область, область надбровных дуг), болью в глазных яблоках; насморк обычно начинается спустя 3 дня после снижения температуры тела. Кашель сопровождается болью за грудиной. Грипп может протекать тяжело и представлять угрозу жизни человека. Тяжелое течение гриппа сопровождается поражением нижних дыхательных путей с развитием пневмонии и (или) признаками дыхательной недостаточности: появляется одышка или затрудненное дыхание в покое, цианоз носогубного треугольника. При тяжелых формах гриппа могут развиваться отек легких, сосудистый коллапс, отек мозга, геморрагический синдром, присоединяться вторичные бактериальные осложнения.

Помните, что симптомы гриппа не так уж и безобидны, как кажется на первый взгляд. Поэтому при этом заболевании важно не заниматься самолечением, а обратиться к врачу и выполнять все его назначения.

Тогда с большой вероятностью заболевание пройдет без осложнений

Как не заболеть гриппом:

- мыть руки как можно чаще, рекомендуется использование дезинфицирующих салфеток или кожного антисептика;
- избегать контакта лица, особенно носа, рта и глаз, с грязными и даже чистыми руками, другими объектами;
- при кашле, чихании прикрывать рот и нос одноразовыми салфетками, которые после использования нужно выбрасывать;
- сократить время пребывания в местах массового скопления людей и в общественном транспорте;
- избегать контактов с лицами, имеющими признаки заболевания;
- носить медицинскую маску. Маску необходимо менять каждые 4 часа;
- осуществлять влажную уборку в помещениях несколько раз в день, обеспечить проветривание и увлажнение воздуха;
- вести здоровый образ жизни (полноценный сон, сбалансированное питание, физическая активность).

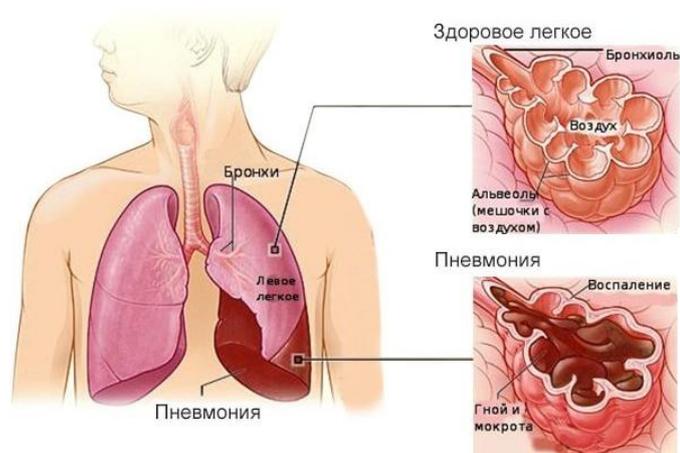
В целях повышения устойчивости организма к респираторным вирусам, в первую очередь, к вирусам гриппа, как мера неспецифической профилактики, могут использоваться различные препараты и средства, повышающие иммунитет.

Профилактические лекарственные препараты можно принимать только по рекомендации врача!

В случаях появления признаков инфекционного заболевания необходимо немедленно обратиться к врачу за квалифицированной медицинской помощью

Источник:
Клинические рекомендации «Грипп у взрослых»
Кодирование по МКБ и проблем, связанных со здоровьем: J10/J11
Год утверждения (частота пересмотра): 2017
Возрастная категория: Взрослые
Год окончания действия: 2019
ID: 604
Разработчик клинической рекомендации:
- Некоммерческая корпоративная организация «Международная ассоциация специалистов в области инфекций» («МАСОИ»)
Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

ПНЕВМОНИЯ – острое заболевание, при котором в легких развивается воспаление. Это воспаление вызывается микроорганизмами (возбудителями), чаще всего бактериями, такими, например, как пневмококк или микоплазма. Реже пневмонию вызывают вирусы (например, вирус гриппа); иногда бактерии и вирусы могут обнаруживаться у пациентов с пневмонией одновременно. Пневмонию называют внебольничной, если она развилась за пределами больницы или другого лечебного учреждения.



Микроорганизмы чаще всего попадают в легкие через дыхательные пути (трахею, бронхи). При этом пневмония возникает только в том случае, если организм человека не может своевременно удалить возможного возбудителя (например, ослаблен иммунитет, в легкие попало большое количество бактерий), либо он является очень агрессивным. Пневмония может развиваться в любом возрасте, но чаще встречается у пожилых людей (особенно старше 65 лет), а также при наличии хронических сопутствующих заболеваний, таких как сердечная недостаточность, сахарный диабет, хроническая

обструктивная болезнь легких. Развитию пневмонии способствует переохлаждение, курение, злоупотребление алкоголем, прием лекарств, угнетающих иммунитет.

В результате воспаления в легких скапливается секрет, который может нарушать обмен кислорода и углекислого газа и приводить к появлению одышки (затрудненного дыхания). При пневмонии воспаление часто распространяется на бронхи, что может приводить к появлению кашля и мокроты, а также плевру (серозная оболочка, покрывающая легкие). Это сопровождается появлением болей в груди при кашле, дыхании. При воспалении легких у большинства пациентов наблюдается повышение температуры (обычно выше 38 °С), ознобы, слабость, повышенная утомляемость, сильное потоотделение по ночам. Развитию заболевания могут предшествовать симптомы простуды (боли в горле, насморк и др.). Пневмония, в свою очередь, может привести к ухудшению течения имеющихся хронических заболеваний.

Пневмония – серьезное заболевание, которое при несвоевременной диагностике или неправильном лечении может приводить к развитию осложнений и даже смерти. Поэтому **если Вы подозреваете у себя воспаление легких, то нужно незамедлительно обратиться к врачу.**

Для диагностики пневмонии используются разные методы. При подозрении на воспаление легких врач подробно Вас расспросит, выполнит общий осмотр и аускультацию (прослушивание) легких с помощью специального прибора. Дополнительно Вам выполнят ряд анализов (обычно анализы крови), а в случае лечения в больнице Вас могут попросить собрать мокроту для исследования, чтобы выявить микроорганизм, вызвавший заболевания. Для подтверждения изменений в легких и оценки их распространенности Вам выполнят рентгенографию грудной клетки.



После установления диагноза врач определит, где Вам лучше лечиться – амбулаторно или в больнице – и назначит лечение. Большинство пациентов не нуждаются в госпитализации и могут находиться дома, соблюдая рекомендации врача.

При воспалении легких основными лекарственными средствами являются антибиотики (лекарства, которые уничтожают или тормозят размножение бактерий). Они назначаются всем пациентам с пневмонией. Врач выберет подходящий для Вас препарат и способ его введения.

Обычно, если пневмония лечится амбулаторно, антибиотик назначается внутрь, в стационаре в

течение нескольких дней антибиотики вводятся внутривенно или внутримышечно, а дальше продолжается их прием внутрь. Длительность лечения антибиотиками обычно составляет 7 дней. Однако, Вам может понадобиться и более продолжительный курс лечения. Этот вопрос будет решать врач, который, при необходимости, выполнит Вам дополнительные исследования.

При высокой температуре ($> 38,5$ °C) Вам могут назначить, например, парацетамол** или ибупрофен**, а при кашле с трудноотделяемой мокротой – муколитические препараты (например, амброксол**, ацетилцистеин**). Некоторым пациентам с пневмонией, госпитализированным в стационар, может потребоваться дополнительный кислород (подается с помощью маски или специальных трубок – канюль).

При пневмонии рекомендуется также временно ограничить чрезмерную физическую нагрузку и пить достаточное количество жидкости.

Для того, **чтобы предупредить пневмонию**, важно выполнять общие мероприятия по укреплению здоровья – прекращение курения, регулярные физические нагрузки, достаточное и сбалансированное питание. Некоторым пациентам, относящимся к группе повышенного риска развития осложнений гриппа, будет предложена ежегодное введение вакцины для профилактики гриппа, а пациентам с высокой вероятностью развития серьезных пневмококковых инфекций – вакцинация вакцинами для профилактики пневмококковых инфекций.

Залогом успеха лечения воспаления легких является дисциплинированное соблюдение рекомендаций и назначений врача в полном объеме

Источник:

Клинические рекомендации «Пневмония»

Кодирование по МКБ и проблем, связанных со здоровьем: J13 - J16, J18

Год утверждения (частота пересмотра): 2021

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2023

ID: 654

Разработчик клинической рекомендации:

- Российское респираторное общество

- Межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

ХРОНИЧЕСКИЙ ТОНЗИЛЛИТ – воспаление участков лимфоидной ткани (небных миндалин) с системным воздействием на макроорганизм. В норме небные миндалины защищают организм от проникновения потенциально опасных вирусов или бактерий, но в некоторых случаях сами могут инфицироваться. Хроническая форма болезни связана с длительным существованием в ткани миндалин бактерий. Она требует комплексной терапии, а в ряде случаев – хирургического вмешательства.

Признаки тонзиллита зависят от его формы и течения. При простой форме наблюдаются только местные симптомы. Токсико-аллергический вариант сопровождается поражением не только миндалин, но и внутренних органов. Лечение такой формы хронического тонзиллита должно начинаться как можно раньше.

Возможные симптомы хронического тонзиллита:

- боль в горле, дискомфорт при глотании;
- признаки интоксикации – лихорадка, головная боль, слабость;
- покраснение, отек миндалин, появление пробок;
- неприятный запах изо рта;
- увеличение и болезненность шейных лимфоузлов.

В развитии болезни помимо инфекционного фактора (пиогенный стрептококк) участвуют и факторы, снижающие общую сопротивляемость организма – переохлаждение, недостаточное питание, длительное эмоциональное напряжение и другие.

При хроническом тонзиллите возбудители сохраняются в тканях миндалин, вызывая периодические обострения. **Лечение хронического тонзиллита** – сложная задача, с которой могут справиться только опытные врачи-оториноларингологи.

Хронический тонзиллит имеет 2 формы – простую и токсико-аллергическую. В последнем случае существуют 2 степени выраженности патологических изменений.

Для простой формы характерны лишь местные симптомы. При токсико-аллергическом варианте возникают такие патологические процессы:

- микробные токсины, попавшие в кровь, вызывают сенсibilизацию (измененную реактивность) организма;
- они действуют непосредственно на ткани внутренних органов;
- токсины также приводят к развитию аллергических и аутоиммунных реакций.



Для лечения тонзиллита в этом случае необходимо комплексное действие на весь организм.

Хронический тонзиллит характеризуется неоднократным повторением ангин. В небных миндалинах образуется длительно существующий очаг инфекции. Это приводит к ухудшению общего состояния:

- у пациента возникает постоянное или периодическое повышение температуры тела;
- больной жалуется на быструю утомляемость, снижение умственной и физической работоспособности, потливость;
- отмечаются головные боли, нарушение сна и аппетита.

Хронический тонзиллит является частью патогенеза многих других заболеваний – ревматизма, полиартрита, гломерулонефрита, сепсиса, патологии соединительной ткани, органов эндокринной, нервной, пищеварительной систем.

Хронический тонзиллит может стать причиной местных и общих осложнений.

Первая группа включает поражение тканей глотки: паратонзиллярный абсцесс, парафарингит, гранулезный фарингит.

Общие осложнения, связанные с поражением внутренних органов:

- болезни суставов и соединительной ткани: ревматизм, ревматоидный артрит, инфекционный полиартрит, системная красная волчанка;
- поражение сердца и средостения: миокардит с развитием дилатационной кардиомиопатии и сердечной недостаточности, медиастинит;
- воспаление легких, почек, аппендикса, сепсис и другие.

Чтобы избежать развития таких осложнений, при наличии симптомов тонзиллита необходимо провести его полноценное лечение.

Лечение хронического тонзиллита включает консервативную терапию – промывание миндалин, физиотерапию, хирургическое вмешательство.

В период ремиссии заболевания для механического удаления возбудителей и повышения реактивности организма можно использовать такие средства:

- нанесение на миндалины смеси из сока алоэ (1 часть) и меда (3 части);
- полоскание горла настоями лекарственных трав (ромашки, тысячелистника, зверобоя, липового цвета, чеснока, эвкалипта);
- применение прополиса в виде кусочков или прием внутрь раствора прополиса в теплом молоке.

Такое лечение не может полностью избавить пациента от тонзиллита. Оно помогает лишь снизить частоту обострений и уменьшить риск осложнений болезни. При неэффективности консервативных методов в течение 1 - 2 лет показано хирургическое вмешательство.

Источник:

Клинические рекомендации «Хронический тонзиллит»

Кодирование по МКБ и проблем, связанных со здоровьем: J35.0 J35.8 J35.9

Год утверждения (частота пересмотра): 2021

Возрастная категория: Взрослые, Дети

Год окончания действия: 2023

ID: 683

Разработчик клинической рекомендации:

- Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов

- Межрегиональная общественная организация «Альянс клинических химиотерапевтов и микробиологов»

- Межрегиональная общественная организация «Объединение ЛОР-педиатров»

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

ПАРАТОНЗИЛЛЯРНЫМ АБСЦЕССОМ называют гнойный процесс в околоминдаликовой клетчатке, в которой возникает сначала воспаление (паратонзиллит), а затем формируется полость, наполненная гноем. В большинстве случаев он развивается, как осложнение ангины и хронического тонзиллита и чаще локализуется с одной стороны. Это одно из самых распространенных инфекционно-воспалительных заболеваний глотки. Чаще всего встречается у людей с хроническим тонзиллитом и лиц с ослабленным иммунитетом. При поздней диагностике или отсутствии адекватного лечения может повлечь за собой сепсис, инфекционно-токсический шок, гнойный медиастинит, кровотечение из сосудов шеи и другие опасные для жизни осложнения.

В зависимости от локализации процесса принято выделять следующие **виды паратонзиллярного абсцесса**: передний, задний, нижний, наружный – по отношению к небной миндалине. В 90% случаев наблюдается передне-верхнее расположение гнойника, что связано с затрудненным оттоком гноя с верхнего полюса миндалин.

Основной причиной возникновения паратонзиллярного абсцесса обычно выступает бактериальная инфекция. А именно: проникновение инфекции из крипт (складок) миндалин в окружающие околоминдаликовые ткани. В подавляющем большинстве случаев причиной абсцедирования становится пиогенный стрептококк. Реже – золотистый стафилококк и другие микроорганизмы.

Зачастую воспаление развивается как осложнение ангины или хронического тонзиллита при отсутствии своевременного правильного лечения. **Фактором риска является** ослабление иммунитета, связанное с воспалительными заболеваниями, сахарным диабетом, иммунодефицитом, неполноценным питанием, курением, злоупотреблением алкогольными напитками. Реже заболевание развивается на фоне кариеса и травмирования тканей глотки.

Гнойное воспаление околоминдаликовой клетчатки обычно появляется через 3 - 5 дней после ангины или обострения тонзиллита. При ослаблении организма этот процесс может ускоряться до одних суток.



Диагностика заболевания начинается с фарингоскопии – осмотра глотки. При паратонзиллярном абсцессе наблюдается асимметрия зева и выпячивание миндалины со стороны поражения. Для уточнения состояния абсцесса, распространенности воспалительного процесса может использоваться ларингоскопия – осмотр гортани с использованием ларингоскопа. Осмотр пациента проводится в положении сидя: пациент откидывает голову немного назад, широко открывает рот, высовывая язык. Это позволяет отоларингологу осмотреть все участки горла. Также врач проводит детальный опрос

пациента с целью выявления причины заболевания, наличия хронических болезней, индивидуальных особенностей организма и т.п. В некоторых случаях пациента направляют на дополнительное обследование при помощи аппаратов УЗИ и КТ. Для назначения лечения может потребоваться проведение некоторых лабораторных исследований (общего (клинического) анализа крови, определения возбудителя, вызвавшего абсцесс, и его чувствительности к антибиотикам).

Консервативное лечение включает общую фармакотерапию – назначение антибиотиков, анальгетиков и других препаратов, а также местное лечение – полоскание горла антисептическими растворами, противовоспалительными препаратами.

Учитывая особенности клинической картины, и в случаях, когда консервативное лечение не дает должного эффекта, выполняют вскрытие гнойника для эвакуации гноя. Операция проводится под местной анестезией и занимает всего несколько минут: абсцесс вскрывается, после удаления гноя место, где локализовалось воспаление, обрабатывают дезинфицирующими растворами, обеспечивая хороший отток содержимого из полости абсцесса в течение нескольких дней.

Хирургическое лечение всегда сочетается с консервативным (комбинированная, комплексная терапия).

В большинстве случаев консервативное лечение паратонзиллярного абсцесса производится в амбулаторном режиме: пациенту прописывается постельный режим и даются назначения, которые он выполняет самостоятельно. В более тяжелых случаях и в случае рецидива, возможна госпитализация в стационар и проведение хирургического вмешательства – одномоментного удаления небных миндалин и вскрытия абсцесса.

Источник:
Клинические рекомендации «Паратонзиллярный абсцесс»
Кодирование по МКБ и проблем, связанных со здоровьем: J36
Год утверждения (частота пересмотра): 2021
Возрастная категория: Взрослые, Дети
Год окончания действия: 2023
ID: 664
Разработчик клинической рекомендации:
- Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов
Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

ПАРЕЗ ГОРТАНИ – временное нарушение подвижности мышц гортани и этот диагноз устанавливается пациентам с длительностью заболевания до 6 мес. Возможно восстановление подвижности в сроки от нескольких месяцев до 2 лет.

ПАРАЛИЧ ГОРТАНИ – расстройство двигательной функции в виде полного отсутствия произвольных движений вследствие нарушения иннервации соответствующих мышц.

Лечение двусторонних параличей гортани остается актуальной проблемой в современной ларингологии. Ведущее место в этиологии параличей гортани отводится хирургической травме возвратного нерва во время операций на щитовидной железе.

Основные жалобы, предъявляемые пациентами, при двустороннем параличе гортани – диспноэ (нарушение дыхания) и дисфония (нарушение голосовой функции).

Если в течение 12 месяцев подвижность голосовых складок не восстанавливается, показано хирургическое лечение.



Несмотря на все разнообразие авторских методик хирургического лечения паралитических стенозов гортани, основной их принцип сводится к трем возможным способам расширить просвет гортани на уровне голосовой щели:

1. Удалению голосовой складки или ее части, препятствующей проведению воздуха в нижележащие отделы верхних дыхательных путей;
2. Восстановлению двигательной иннервации гортани с помощью одного из вариантов нейропластики.
3. Фиксации интактной голосовой складки в положении отведения, используя естественную подвижность черпаловидного хряща в перстнечерпаловидном суставе.

Особого внимания заслуживает щадящий и достаточно несложный метод хирургического лечения, каким является предложенный в 1989 г. Dennis и Kashima – задняя хордэктомия CO₂-лазером, заключающийся в удалении задней трети голосовой складки без удаления черпаловидного хряща.

Источник:
Клинические рекомендации «Парезы и параличи гортани»
Кодирование по МКБ и проблем, связанных со здоровьем: J38.0
Год утверждения (частота пересмотра): 2016
ID: КР305
Разработчик клинической рекомендации:
- Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов
Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ – заболевание бронхов, которое проявляется кашлем и отделением мокроты на протяжении большинства дней в течение не менее 3 месяцев в году и не менее 2 последовательных лет, когда исключаются другие известные бронхолегочные или сердечно-сосудистые заболевания, сопровождающиеся хроническим продуктивным кашлем.

Хронический бронхит, вызываемый вдыханием табачного дыма или других вредоносных частиц или газов (аэрополлютантов), является одной из наиболее распространенных причин хронического кашля среди населения в целом. Наиболее эффективным способом профилактики заболевания является устранение факторов риска его развития.

Хронический бронхит определяется, как хроническое или рецидивирующее увеличение объема слизистой секреции бронхов достаточное, чтобы вызвать удаление мокроты.



Что делать при обострении хронического бронхита?

Принцип – не навреди.

1. Прежде всего, нужно обратиться к врачу. Важно начать лечение вовремя, на основании принципов доказательной медицины.
2. Пациенту показан домашний режим.
3. Воздух в помещении должен быть достаточно прохладный и влажный. В отопительный сезон воздух нужно дополнительно увлажнять.
4. Чтобы уменьшить интоксикацию, неизбежную при любом воспалении, пациенту нужно давать много жидкости. Если при обычной простуде подойдет любое питье: сок, чай, морс, – то при бронхите лучше всего взять щелочную (гидрокарбонатную) минеральную воду, для лучшего отхождения мокроты.
5. Если в доме есть небулайзер, то можно увлажнить непосредственно слизистую оболочку бронхов. Для этого в аппарат нужно залить натрия хлорид** в форме 0,9% водного раствора (физиологический раствор), купленный в аптеке и добавить по совету врача препараты для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей в форме для ингаляций или муколитические препараты

Без консультации врача ничего больше добавлять в небулайзер нельзя. Ни в коем случае нельзя заливать в него отвары или спиртовые настои трав: это не только не поможет пациенту, но может усилить бронхоспазм.

6. Не принимать самостоятельно антибактериальные препараты, так как причина обострений чаще всего не имеет бактериальной природы.
7. Из симптоматических (облегчающих состояние, но не влияющих на причину болезни) средств нередко рекомендуют жаропонижающую терапию (парацетамол**, ибупрофен**) при температуре выше 38 градусов.
8. Категорически нельзя пользоваться горчичниками, перцовыми пластырями, банками, электрофорезом, УВЧ и другими физиопроцедурами.

Источник:
Клинические рекомендации «Хронический бронхит»
Кодирование по МКБ и проблем, связанных со здоровьем: J40 - J42
Год утверждения (частота пересмотра): 2021
Возрастная категория: Взрослые
Год окончания действия: 2023
ID: 655
Разработчик клинической рекомендации:
- Российское респираторное общество
Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

ЭМФИЗЕМА ЛЕГКИХ – заболевание дыхательных путей, характеризующееся необратимым увеличением воздушного пространства, связанное с разрушением межальвеолярных перегородок в легких, расширением альвеол (маленьких «мешочков», через стенки которых кислород из воздуха проникает в кровь), снижением эластичности легких и задержки в них излишка воздуха.



Заболевание легких обычно начинается в возрасте 20 – 40 лет и проявляется одышкой при физической нагрузке, хрипами в груди и кашлем.

После постановки диагноза первым и самым важным шагом является отказ от курения. Курение усиливает повреждение легочной ткани, а значит, ускоряет прогрессирование болезни. Следует избегать регулярного контакта с дымом, различными аэрозолями, так же, как и «пассивного курения». Дома желательно ограничить контакт с бытовой химией, пылью, домашними

животными.

Лечение болезни легких, как правило, включает в себя препараты для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей в форме для ингаляций, расширяющие бронхи и уменьшающие воспаление в них, кислородотерапию.

При наличии показаний ваш лечащий врач может назначить так называемую заместительную терапию – еженедельное внутривенное введение очищенного альфа1-протеиназы ингибитора (человеческого), полученного из донорской плазмы крови.

Кроме того, рекомендуется ежегодная вакцинация против гриппа и вакцинация против пневмококковых инфекций каждые 5 - 6 лет, а при наличии заболеваний печени – иммунизация против гепатита А и В.

В случае лихорадки, озноба, усиления одышки, кашля или изменения цвета мокроты следует немедленно обратиться к врачу



Инфекции особенно опасны для ваших легких. По возможности избегайте контакта с больными простудой, гриппом. При повышении температуры тела своевременно начинайте жаропонижающую терапию.

При дефиците альфа-1-антитрипсина (белка) – редкого наследственного заболевания, при котором нарушается его выработка в печени) также **используют программы легочной реабилитации**, которые включают физические упражнения, дыхательную гимнастику, обучение, коррекцию питания и программы отказа от курения. Независимо от тяжести заболевания, следует совместно с лечащим врачом разработать подходящий режим упражнений.

Источник:
Клинические рекомендации «Эмфизема легких»
Кодирование по МКБ и проблем, связанных со здоровьем: J43
Год утверждения (частота пересмотра): 2021
Возрастная категория: Взрослые
Год окончания действия: 2023
ID: 656
Разработчик клинической рекомендации:
- Российское респираторное общество
Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ (ХОБЛ) – это заболевание, при котором нарушается прохождение воздуха по бронхам и попадание кислорода и легкого в кровь. Вследствие этого развивается дыхательная недостаточность, которая проявляется одышкой. Разная тяжесть заболевания приводит к различной интенсивности одышки. Как правило, она начинает беспокоить при подъеме по лестнице или при ходьбе в гору, затем проявляется при интенсивной ходьбе по ровной поверхности, потом заставляет ходить медленно и останавливаться. При очень тяжелой форме одышке беспокоит в покое.

Основной причиной развития ХОБЛ является курение. Табачный дым содержит вещества, которые вызывают воспаление, разрушающее ткани легких и бронхов. Реже ХОБЛ вызывают профессиональные вредности или загрязнения атмосферного воздуха или жилых помещений.

Болезнь прогрессирует медленно, поэтому одышка – основной симптом болезни – становится заметной, то есть мешающей жить, после 40 лет.

ХОБЛ выявляют на основании симптомов болезни (в первую очередь, одышка, а также кашель и отхождение мокроты), исследования функции легких (спирометрия, которая фиксирует снижение скорости прохождения воздуха по бронхам), а также некоторых других исследований. Например, компьютерная томография легких может выявлять эмфизему легких – одно из проявлений ХОБЛ, а исследование газообмена помогает определить наличие и степень дыхательной недостаточности. Кроме того, исследование сердца может выявить осложнения со стороны этого органа. Данные обследование помогают уточнить диагноз, выявить осложнения и выбрать правильное лечение.



Лечение ХОБЛ начинается с отказа от курения (или прекращения воздействия других веществ, попадающих в легкие). Прекращение курения облегчает симптомы болезни и продлевает жизнь. Если человек не в состоянии бросить курить самостоятельно, то ему, возможно, потребуется лекарственная поддержка, помогающая справиться с никотиновой зависимостью. Основой такой поддержки является никотинзамещающая терапия, когда с помощью пластырей, жевательной резинки или никотинового мундштука никотин вводят в организм, тем самым избавляя пациента от воздействия вредных компонентов табачного дыма. В дальнейшем дозу никотина уменьшают вплоть до отмены. Такое лечение требует медицинской консультации и наблюдения. Существуют другие методы лекарственной поддержки, которые назначает специалист.

Основой лекарственного лечения ХОБЛ являются бронхорасширяющие препараты. Обычно пациенту рекомендуют ингалятор, содержащий препарат, быстро расширяющий бронхи и применяющийся как средство скорой помощи. Основой регулярного лечения являются бронхорасширяющие препараты длительного (12- или 24-часового действия). Все они используются в виде ингаляторов, порошковых или аэрозольных. Обычно назначают один или два бронхорасширяющих препарата, в зависимости от того, насколько выражены симптомы болезни.

Врач может также назначить ингаляционные гормоны, поскольку при некоторых формах ХОБЛ они дают дополнительный эффект. Некоторые виды ХОБЛ требуют добавления особых препаратов – специальных противовоспалительных средств, воздействующих на мокроту и антиоксидантов, антибиотиков в специальном режиме и т.д.

Некоторые пациенты, испытывающие тяжелую одышку из-за дыхательной недостаточности, могут нуждаться в кислороде или применении специальных портативных машин, помогающих легким дышать. В домашних условиях кислород используют с помощью специальных концентраторов, которые из воздуха выделяют кислород, а специальные машины бывают разных

типов, в зависимости от особенностей пациента. Пульмонолог при необходимости даст консультации по применению таких устройств.

При ХОБЛ иногда делают операции, которые способны уменьшить одышку при тяжелой эмфиземе. В некоторых случаях возможна пересадка легких. Отбор для этих операций очень сложный и требует консультаций многих специалистов.

Человек, болеющий ХОБЛ, должен обязательно двигаться и давать себе доступную ему нагрузку. Рекомендуется дважды в неделю тренироваться на бегущей дорожке или велоэргометре, а также упражняться с помощью легких гантелей. Кроме того, следует ежедневно совершать пешие прогулки, стараясь пройти, сколько позволяет одышка и общее состояние, однако в целом рекомендуют проходить около 3-4 километров. Такие занятия повышают физический тонус и снижают степень одышки.

Человек, болеющий ХОБЛ, должен регулярно проходить диспансерный осмотр, так как ХОБЛ нередко сопутствуют и другие заболевания, в первую очередь, сердечно-сосудистой системы.

Лечебно-профилактические мероприятия при их правильном и регулярном применении уменьшают проявления болезни, снижают риск обострений и осложнений, а также продлевают жизнь

Источник:
Клинические рекомендации «Хроническая обструктивная болезнь легких»
Кодирование по МКБ и проблем, связанных со здоровьем: J44
Год утверждения (частота пересмотра): 2021
Возрастная категория: Взрослые
Год окончания действия: 2023
ID: 603
Разработчик клинической рекомендации:
- Российское респираторное общество
Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

ИДИОПАТИЧЕСКИЙ ЛЕГОЧНЫЙ ФИБРОЗ (ИЛФ) – заболевание легких неизвестной природы, при котором происходит повреждение и утолщение стенок легочных альвеол (маленьких «мешочков», через стенки которых кислород из воздуха проникает в кровь). При поражении альвеол легочная ткань уплотняется (фиброзируется), что приводит к необратимому прогрессирующему снижению функции легких. Синонимами идиопатического легочного фиброза являются: идиопатический фиброзирующий альвеолит, фиброзирующий альвеолит. Как правило, заболевание возникает в возрасте старше 40 лет. К сожалению, до сих пор причина этой болезни не известна.

У кого может возникнуть идиопатический легочный фиброз?

В группе риска находятся:

- курильщики;
- люди, работающие во вредных производственных условиях;
- пациенты с отягощенной наследственностью (если идиопатический легочный фиброз есть у близких родственников).

Симптомы идиопатического легочного фиброза

Как правило, заболевание начинается медленно и незаметно для больного. Для идиопатического легочного фиброза характерны следующие симптомы:

- одышка при физической нагрузке (сначала при большой нагрузке, затем и в покое);
- сухой кашель;
- утомляемость;
- головокружение;
- тревога;
- снижение веса.

При подозрении на идиопатический легочный фиброз **минимальный план обследования** включает:

- анализ крови;
- исследование функции внешнего дыхания (спирография, а при возможности – бодиплетизмография и исследование диффузионной способности легких), которая помогает более точно определить причину одышки, которая может сопровождать и другие заболевания легких;
- компьютерную томографию легких. В настоящее время компьютерная томография легких является одним из самых точных методов диагностики идиопатического легочного фиброза.

Если после тщательного расспроса, осмотра и проведенных исследований у врача остаются сомнения в диагнозе, то проводится биопсия легких. Биопсия – процедура, при которой хирург оперативным путем получает маленький фрагмент ткани (в данном случае – легочной ткани). Затем полученный образец под микроскопом исследует врач-патологоанатом для того, чтобы найти признаки конкретного заболевания.

Лечение идиопатического легочного фиброза

К лекарственным препаратам для лечения ИЛФ с доказанной эффективностью относятся только два: нинтеданиб** и пирфенидон**. Данные препараты позволяют приостановить прогрессирование заболевания и, возможно, продлить жизнь пациента.

При быстром ухудшении самочувствия, внезапном нарастании одышки необходимо срочно обратиться к Вашему доктору. Такая ситуация часто требует госпитализации в больницу.

Для профилактики обострений Ваш лечащий врач может рекомендовать противогриппозную вакцинацию 1 раз в год и однократную противопневмококковую вакцинацию (для профилактики развития пневмонии).



Самым эффективным способом лечения идиопатического легочного фиброза является трансплантация легких – хирургическая операция по замене поврежденных легких на легкие здорового донора.

При идиопатическом легочном фиброзе больному необходимо:

- обязательно прекратить курение (в том числе пассивное), т. к. оно способствует прогрессированию болезни;
- участвовать в программах легочной реабилитации. Инструктор лечебной физкультуры расскажет Вам о различных дыхательных упражнениях, которые способствуют уменьшению одышки и общей слабости;
- при наличии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни лечить это заболевание. Гастроэзофагеальная (желудочно-пищеводная) рефлюксная болезнь – заболевание, при котором происходит заброс небольшого количества кислого содержимого желудка в пищевод и затем в дыхательные пути. Доказано, что это заболевание способствует прогрессированию идиопатического легочного фиброза. Лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни поможет уменьшить повреждение легких при идиопатическом легочном фиброзе;
- регулярно принимать лекарственные препараты, которые назначил Ваш лечащий врач. В последние годы ведется активная разработка новых препаратов для лечения больных идиопатическим легочным фиброзом. Узнайте у своего лечащего врача о возможности наблюдения и лечения в крупном научно-исследовательском учреждении, где могут быть доступны современные препараты;
- проводить длительную кислородотерапию. При идиопатическом легочном фиброзе со временем развивается гипоксемия (низкое содержание кислорода в крови), которое корректируется длительной ингаляцией кислорода из концентратора.

Источник:

Клинические рекомендации «Идиопатический легочный фиброз»
Кодирование по МКБ и проблем, связанных со здоровьем: J84.1

Год утверждения (частота пересмотра): 2021

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2023

ID: 677

Разработчик клинической рекомендации:

- Российское респираторное общество

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ