



ВНИМАНИЕ! НА ПРИЕМЕ – ПАЦИЕНТ С РЕСПИРАТОРНЫМИ СИМПТОМАМИ

Организация амбулаторного обследования пациента пульмонологического и фтизиатрического профиля

Правильно организованный диагностический процесс сводит к минимуму вероятность ошибки и ускоряет установление клинического диагноза. Нередко неполное обследование приводит к тому, что пациенты с респираторными жалобами попадают на прием к пульмонологу, не имея заболевания дыхательной системы.



? Как можно улучшить диагностику респираторной патологии?

Анализ работы пульмонологического кабинета показал, что специалисту указанного профиля приходилось дифференцировать около 44 различных вариантов пульмонологической патологии. Многие заболевания вообще не относились к дыхательной системе, хотя их симптомы были связаны с респираторными жалобами.

Наблюдение пациента у одного семейного врача всегда дает более качественный результат, позволяя сформировать целостное впечатление о пациенте.

Эффективное ведение заболевания требует построения партнерских отношений между врачом и пациентом. Доказано, что своевременная диагностика и проведение образовательных программ способствуют уменьшению смертности от бронхиальной астмы (БА) как среди взрослых, так и в педиатрической популяции. Этот аргумент убедительно показывает важность оптимизации работы с больным пульмонологического профиля.

? Каким должно быть рабочее место врача? Какое оборудование необходимо для работы с пульмонологическим больным?

Для текущего контроля и самоконтроля требуется пикфлоуметр. Для осуществления планового контроля (в рамках визита к врачу) нужны ростометр, весы, пульсоксиметр, тонометр и стетоскоп, спирометр, инструментальный для ЛОР-обследования, электрокардиограф и офтальмоскоп.

Врач семейной медицины может быть вызван на дом, поэтому оборудование должно быть максимально автономным. Сегодня все вышеуказанные приборы и инструменты имеют компактный дизайн и могут работать в автономном режиме.

Помимо оборудования медицинского назначения, следует иметь компьютер для ведения электронной истории болезни. Электронный документооборот позволяет ускорить заполнение медицинской карты (работа с шаблонами), иметь максимально быстрый доступ к информации, полученной ранее, а также анализировать состояние пациента в динамике.

? Какими навыками должен владеть медицинский персонал для проведения максимально полного обследования больного с респираторными жалобами?

Измерение роста и веса выполняет медицинская сестра. Эти параметры необходимы для оценки нутритивного статуса и проведения спирометрии. Не стоит доверять тем значениям, которые называет сам пациент, — они могут быть далеки от действительности.

Пульсоксиметрию выполняет медицинская сестра или врач. Этот простой и неинвазивный метод позволяет оценить насыщение крови кислородом, степень гипоксии, а также частоту пульса (табл. 1).

Таблица 1. Трактовка результатов пульсоксиметрии		
Возраст пациента	Частота пульса, уд./мин	Уровень сатурации (SpO ₂)
0-2 года	110-180	95-100% – норма в любом возрасте
2-10 лет	70-140	90-94% – гипоксия, обусловленная дыхательной или сердечной недостаточностью
≥10 лет – взрослые	60-90	<90% – критическое состояние, требующее неотложной медицинской помощи

В инструкции к пульсоксиметру указано, что толщина кожи и ногтевой пластины не влияет на показания аппарата. Однако реальная практика показывает, что толстая кожа на пальцах, а также покрытие темного цвета на ногтях у женщин могут искажать результаты исследования. Если показатели прибора вызывают сомнения, следует поместить пульсоксиметр на собственный палец. Если показания корректны на руке врача, необходимо повторить замер на другом пальце или другой кисти пациента.

Измерение артериального давления при помощи тонометра может выполнить медицинская сестра при соблюдении методики, аускультацию с использованием стетоскопа проводит врач. Этими методами на практике нередко пренебрегают, хотя именно они дают возможность получить крайне ценные данные и значительно приблизить врача к установлению правильного диагноза.

ЛОР-обследование — необходимый для семейного врача практический навык. Владение методикой осмотра ЛОР-органов дает возможность выявить отклонения от нормы. От семейного врача не требуется точная диагностика ЛОР-заболеваний, нужно увидеть явления ринита или риносинусита, отита, серные пробки, постназальное

затекание. Все эти состояния нередко приводят к длительному кашлю, который может быть устранен в результате лечения основного ЛОР-заболевания.

Спирография выполняется врачом. Данная методика является основным инструментальным методом в пульмонологии, без которого невозможна дифференциальная диагностика и установление диагноза БА или хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ). К сожалению, и сегодня встречаются пациенты, которым вышеуказанные диагнозы устанавливаются только на основании жалоб и анамнеза, что является недопустимым. Спирометрию обязательно дополняют выполнением пробы на обратимость обструкции с бронхолитиком.

ЭКГ — обязательное исследование для пациента с респираторными жалобами, оно может быть выполнено медицинской сестрой. Оценка ЭКГ позволяет быстро исключить кардиопатологию, приведшую к возникновению одышки или кашля, а также оценить возможность назначения бронходилататоров группы бета-агонистов.

Офтальмоскопия выполняется врачом и позволяет оценить состояние глазного дна. Задача семейного врача в данном случае, как и при осмотре ЛОР-органов, — констатировать норму. Изменения на глазном дне или явления увеита можно наблюдать у пациентов с саркоидозом.

? Какие методы функционального тестирования может эффективно использовать семейный врач?

Использование стандартизированных анкет значительно экономит время, позволяя оценить степень влияния заболевания на жизнь пациента. Сегодня разработаны анкеты для оценки состояния пациентов с ХОЗЛ и БА, образцы этих документов приводятся в соответствующих клинических рекомендациях (табл. 2).

Таблица 2. Тест оценки влияния ХОЗЛ на жизнь пациента (САТ-тест)		
От	Баллы	До
Я никогда не кашляю	0 1 2 3 4 5	Я постоянно кашляю
У меня в легких совсем нет мокроты (слизи)	0 1 2 3 4 5	Мои легкие наполнены мокротой (слизью)
У меня совсем нет ощущения сдавливания в грудной клетке	0 1 2 3 4 5	У меня очень сильное ощущение сдавливания в грудной клетке
Когда я иду в гору или поднимаюсь по лестнице на 1 лестничный пролет, одышка отсутствует	0 1 2 3 4 5	Когда я иду в гору или поднимаюсь по лестнице на 1 лестничный пролет, у меня возникает сильная одышка
Моя повседневная деятельность в пределах дома не ограничена	0 1 2 3 4 5	Моя повседневная деятельность в пределах дома очень ограничена
Несмотря на заболевание легких, я чувствую себя уверенно вне дома	0 1 2 3 4 5	Из-за заболевания легких я чувствую себя очень неуверенно вне дома
Я сплю очень хорошо	0 1 2 3 4 5	Из-за заболевания легких я сплю очень плохо
У меня много энергии	0 1 2 3 4 5	У меня совсем нет энергии
Примечание. Интерпретация результатов: оценка от 0 до 10 баллов говорит о незначительном влиянии ХОЗЛ на качество жизни пациента, от 11 до 20 баллов — об умеренном влиянии ХОЗЛ на качество жизни пациента, от 21 до 30 баллов — о сильном влиянии ХОЗЛ на качество жизни пациента. Оценка от 31 до 40 баллов свидетельствует о чрезвычайно сильном негативном влиянии ХОЗЛ на качество жизни пациента.		

Дополнительными методами обследования, которые помогут врачу в установлении диагноза, являются:

- ✦ рентгенография;
- ✦ компьютерная томография;
- ✦ иммунологические и аллергологические тесты;
- ✦ общеклинические методы лабораторной диагностики;
- ✦ определение ДНК микобактерии туберкулеза в мокроте методом ПЦР;
- ✦ квантифероновый тест и другие современные методики диагностики туберкулеза.

? Как часто пациенту следует приходить на контрольные осмотры к врачу?

Как уже было сказано, наблюдение пациента одним врачом повышает шансы на успешное ведение заболевания. Когда диагноз установлен и лечение назначено, удобно придерживаться такого алгоритма наблюдения. Первичный осмотр, наиболее подробный, может занимать от 45 мин до 2 ч. После назначения лечения следует договориться с пациентом о повторных визитах через 14 (№ 2) и 28 (№ 3) дней. Если состояние пациента остается стабильным и терапия не требует коррекции, повторные визиты (№№ 4 и 5) назначают через 84 и 168 дней. Дальнейшее наблюдение пациента осуществляют раз в 168 дней. У пациентов с хронической респираторной патологией соблюдение такого алгоритма позволяет достоверно снизить частоту обострений почти в 2 раза.

Подготовила **Мария Маковецкая**