

Витебский государственный медицинский университет  
Кафедра общей врачебной практики с курсом поликлинической терапии

Поликлиническая терапия. Курс 4. Тема 4.  
Болезни органов дыхания  
Острые респираторные инфекции, острый тонзиллит  
(ангина), острый бронхит и пневмония:  
амбулаторные аспекты диагностики и лечения

# ОРИ, острый тонзиллит (ангина), острый бронхит и пневмония

Доцент кафедры общей  
врачебной практики  
врач-терапевт высшей  
квалификационной категории  
ЕГОРОВ  
Константин Николаевич

Старший преподаватель кафедры  
общей врачебной практики  
врач общей практики высшей  
квалификационной категории  
СЕРЁГИН  
Андрей Геннадьевич

Ассистент кафедры общей  
врачебной практики  
врач-гематолог первой  
квалификационной категории  
ЗУБАРЕВА  
Елена Валерьевна

Понятие об ОРИ

Этиология и клиническая картина  
ОРИ, вызванных наиболее  
частыми возбудителями.

Острый тонзиллит (ангина)

Острый бронхит

Пневмония

Патогенез, клиника, осложнения

Врачебная тактика

План обследования

Диагностика и  
дифференциальная диагностика

Формулировка диагноза

Лечение: амбулаторные аспекты,  
показания к антибактериальной  
терапии, показания к  
госпитализации.

Диспансеризация

Экспертиза временной  
нетрудоспособности

Профилактика ОРИ

# Клиническая картина ОРИ



## Клиническая картина ОРИ: катаральный синдром

- Катаральный синдром характеризуется воспалением слизистой оболочки дыхательных путей с гиперпродукцией секрета и активацией местных защитных реакций.
- При воспалении слизистой оболочки выше голосовых связок возникают симптомы ринита, фарингита, тонзиллита; ниже голосовых связок - ларингита, трахеита, эпиглоттита, бронхита, пневмонии.

### СИМПТОМЫ

- Насморк
- Отделяемое из носа
- Заложенность носа
- Першение в горле
- Боль при глотании
- Осиплость голоса
- Сухой, влажный кашель

## Клиническая картина ОРИ: интоксикационный синдром

- Интоксикационный синдром является общей реакцией организма в ответ на интоксикацию.
- Выделяют 3 стадии, связанные с тяжестью проявления интоксикации:
  - *I степень тяжести интоксикации:* учащение дыхания до 24 в минуту; эйфория или подавленность в результате отека головного мозга; незначительные изменения со стороны работы сердечно-сосудистой системы (небольшая артериальная гипотензия, тахикардия, систолический шум и т.п.);
  - *II стадия интоксикации:* нарушения сознания (сопор или ступор); дыхательная недостаточность; мышечная боль; сильная головная боль; озноб; тошнота; рвота; судороги; значительное снижение артериального давления; отсутствие аппетита; нарушения сна;
  - *III стадия интоксикации:* сильный озноб; нарушение сознания (вплоть до комы); сильное падение артериального давления; частое сердцебиение, возможна брадикардия; выраженная почечная и печеночная недостаточность; нередко судороги и бред.

## СИМПТОМЫ

- Головная боль
- Ломота в мышцах
- Боли в суставах
- Боль при движении глазами яблоками
- Светобоязнь,
- Резкая слабость
- Утомляемость
- Вялость
- Головокружение

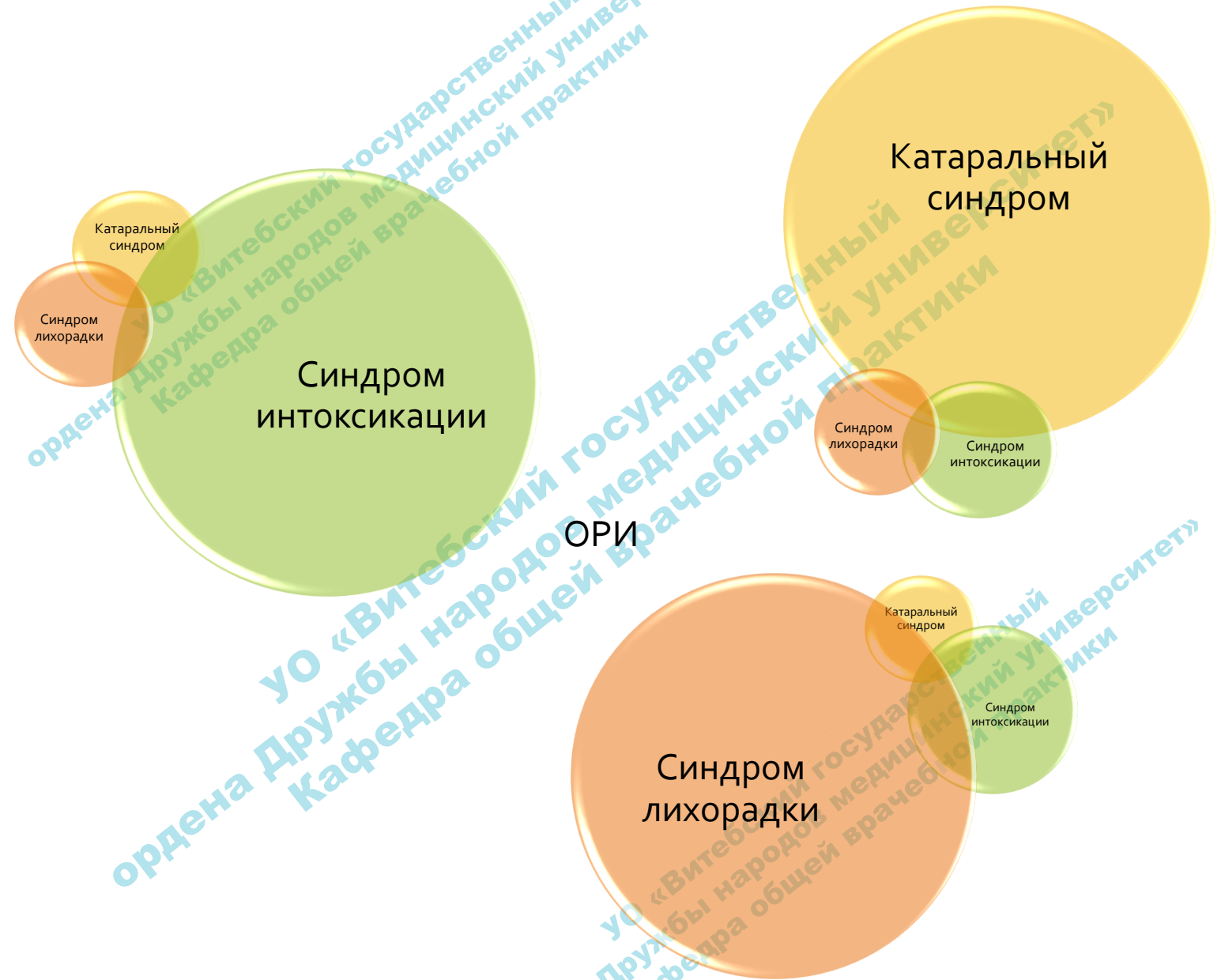
## Клиническая картина ОРИ: лихорадочный синдром

- Лихорадка – это защитно-приспособительная реакция организма, возникающая в ответ на действие патогенных раздражителей и выражающаяся в перестройке терморегуляции на поддержание более высокого, чем в норме, уровня теплосодержания и температуры тела.
- Лихорадка характеризуется не только повышением температуры, но и нарушением деятельности всех органов и систем организма.
- Необходимо оценивать другие изменения, происходящие в организме при лихорадочном синдроме: учащение пульса и дыхания; снижением артериального давления; общие симптомы интоксикации, такие как головная боль, разбитость, чувство жара и жажды, сухость во рту, отсутствие аппетита; уменьшением мочеотделения и т.д.

### СИМПТОМЫ

- Повышение температуры тела
- Тахикардия
- Тахипноэ
- Чувство жара
- Отсутствие аппетита
- Изменения кожных покровов
- Озноб

# Клиническая картина ОРИ: фенотипические варианты клинических проявлений



# Клиническая картина ОРИ: ОРИ как синдром

- Разнообразии клинических вариантов ОРИ обуславливает снижение настороженности врача в отношении заболеваний проявляющихся одним из фенотипических вариантов ОРИ.

УО «Витебский государственный  
ордена Дружбы народов медицинский университет»  
Кафедра общей врачебной практики

УО «Витебский государственный  
ордена Дружбы народов медицинский университет»  
Кафедра общей врачебной практики

УО «Витебский государственный  
ордена Дружбы народов медицинский университет»  
Кафедра общей врачебной практики



# Клиническая картина ОРИ: ОРИ как синдром

## **A00-B99 ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, в том числе:**

- **A00-A09 Кишечные инфекции**
- **A15-A19 Туберкулёз**
- **A20-A28 Бактериальные зоонозы (чума, туляремия, сибирская язва, бруцеллёз, лептоспироз и другие)**
- **A30-A49 Другие бактериальные инфекции (лепра, дифтерия, коклюш и другие), в том числе:**
- **A39 Менингококковая инфекция**
- **A46 Рожа**
- **A50-A64 Инфекции, передающиеся преимущественно половым путём**
- **A65-A79 Спирохетозы, хламидиозы, риккетсиозы**
- **A80-B09 Вирусные инфекции**
- **B15-B19 Вирусные гепатиты**
- **B20-B24 ВИЧ-инфекция**
- **B25-B34 Другие вирусные заболевания**
- **B35-B49 Микозы (в том числе кандидоз, кокцидиомикоз, гистоплазмоз и другие)**
- **B50-B54 Малярия**
- **B55-B64 Протозойные инфекции (лейшманиоз, трипаносомоз, токсоплазмоз и другие)**
- **B65-B83 Гельминтозы**

## **C00-D48 ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, в том числе:**

- **C01 Злокачественное новообразование основания языка**
- **C04 Злокачественное новообразование дна полости рта**
- **C05 Злокачественное новообразование неба**
- **C06 Злокачественное новообразование других и неуточненных отделов рта**
- **C09 Злокачественное новообразование миндалина**
- **C10 Злокачественное новообразование ротоглотки**
- **C11 Злокачественное новообразование носоглотки**
- **C12 Злокачественное новообразование грушевидного синуса**
- **C13 Злокачественное новообразование нижней части глотки**
- **C14 Злокачественное новообразование других и неточно обозначенных локализаций губы, полости рта и глотки**
- **C15 Злокачественное новообразование пищевода**
- **C30 Злокачественное новообразование полости носа и среднего уха**
- **C31 Злокачественное новообразование придаточных пазух**
- **C32 Злокачественное новообразование гортани**
- **C33 Злокачественное новообразование трахеи**
- **C34 Злокачественное новообразование бронхов и легкого**
- **C70 Злокачественное новообразование мозговых оболочек**
- **C71 Злокачественное новообразование головного мозга**
- **C77 Вторичное и неуточненное злокачественное новообразование лимфатических узлов**
- **C78 Вторичное злокачественное новообразование органов дыхания и пищеварения**
- **C79.3 Вторичное злокачественное новообразование головного мозга и мозговых оболочек**
- **C81-C97 Злокачественные новообразования крови и лимфоидной ткани, а также злокачественное новообразование самостоятельных (первичных) множественных локализаций**
- **D32 Доброкачественное новообразование мозговых оболочек**
- **D33 Доброкачественное новообразование головного мозга и других отделов ЦНС**
- **D46 Миелодиспластические синдромы**

- **D50-D64 Анемии**
- **D70 Агранулоцитоз**
- **D71 Функциональные нарушения полиморфно-ядерных нейтрофилов**
- **D72 Другие нарушения белых кровяных клеток**
- **D73.3 Абсцесс селезенки**
- **D80-D89 Иммунодефициты и саркоидоз**
- **E03 Другие формы гипотиреоза**
- **E05 Тиреотоксикоз [гипертиреоз]**
- **E06 Тиреоидит**
- **E76 Нарушения обмена глюкозаминогликанов**
- **E84 Кистозный фиброз**
- **F00-F09 Психические расстройства соматического происхождения, не связанные с употреблением психоактивных веществ**
- **F10-F19 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ**
- **F20-F29 Шизофрения и другие неорганические психозы**
- **F44 Диссоциативные [конверсионные] расстройства**
- **F45 Соматоформные расстройства**
- **F55 Злоупотребление веществами, не вызывающими зависимость**
- **G00-G09 Воспалительные заболевания нервной системы**
- **H60-H70 Воспалительные заболевания уха**
- **I00-I09 Ревматическая болезнь**
- **I20 Стенокардия [грудная жаба]**
- **I21 Острый инфаркт миокарда**
- **I22 Повторный инфаркт миокарда**
- **I24.1 Синдром Дресслера**
- **I25 Хроническая ишемическая болезнь сердца**
- **I26 Легочная эмболия**
- **I27 Другие формы легочно-сердечной недостаточности**
- **I30-I43 Болезни перикарда, эндокарда и миокарда**
- **I50-I52 Сердечная недостаточность**



# Клиническая картина ОРИ: ОРИ как синдром

- J00-J06 Инфекции верхних дыхательных путей
- J10-J22 Грипп и другие инфекции нижних дыхательных путей, в том числе
- J12-J18 Пневмонии
- J30-J39 Заболевания ЛОР-органов
- J40 Бронхит, не уточненный как острый или хронический
- J41 Простой и слизисто-гнойный хронический бронхит
- J43 Эмфизема
- J44 Другая хроническая обструктивная легочная болезнь
- J45 Астма
- J47 Бронхоэктазия
- J60-J65 Пневмоконоиозы
- J66 Болезнь дыхательных путей, вызванная специфической органической пылью
- J67 Гиперсенситивный пневмонит, вызванный органической пылью
- J68 Респираторные состояния, вызванные вдыханием химических веществ, газов, дымов и паров
- J69 Пневмонит, вызванный твердыми веществами и жидкостями
- J70.0 Острые легочные проявления, вызванные радиацией
- J70.1 Хронические и другие легочные проявления, вызванные радиацией
- J70.2 Острые интерстициальные легочные нарушения, вызванные приемом лекарственных препаратов
- J70.3 Хронические интерстициальные легочные нарушения, вызванные приемом лекарственных препаратов
- J70.4 Легочные интерстициальные нарушения, вызванные приемом лекарственных препаратов, неуточненные
- J70.8 Респираторные состояния, вызванные другими уточненными внешними агентами
- J70.9 Респираторные состояния, вызванные неуточненными внешними агентами
- J80 Синдром респираторного расстройства [дистресса] у взрослого
- J81 Легочный отек
- J82 Легочная эозинофилия, не классифицированная в других рубриках
- J84 Другие интерстициальные легочные болезни
- J85 Абсцесс легкого и средостения
- J86 Пиоторакс
- J90 Плевральный выпот, не классифицированный в других рубриках
- J92 Плевральная бляшка
- J93 Пневмоторакс
- J94 Другие поражения плевры
- J96 Дыхательная недостаточность, не классифицированная в других рубриках
- K21 Гастроэзофагеальнорефлюксная болезнь
- K35 Острый аппендицит
- K50 Болезнь Крона [регионарный энтерит]
- K51 Язвенный колит
- K75.0 Абсцесс печени
- L02 Абсцесс кожи, фурункул и карбункул
- L03 Флегмона
- M00 Пиогенный артрит
- M05 Серопозитивный ревматоидный артрит
- M06 Другие ревматоидные артриты
- M08 Юношеский [ювенильный] артрит
- M30-M36 Системные заболевания (полиартерииты, васкулопатии, системная красная волчанка, дерматополимиозит, системный склероз и другие)
- M45 Анкилозирующий спондилит
- M46 Другие воспалительные спондилопатии
- M60 Миозит
- M86 Остеомиелит
- N00 Острый нефритический синдром
- N01 Быстро прогрессирующий нефритический синдром
- N10 Острый тубулоинтерстициальный нефрит
- N11 Хронический тубулоинтерстициальный нефрит
- N12 Тубулоинтерстициальный нефрит, не уточненный как острый или хронический
- N13 Обструктивная уропатия и рефлюкс-уропатия
- N49 Воспалительные болезни мужских половых органов, не классифицированные в других рубриках
- N61 Воспалительные болезни молочной железы
- N70 Сальпингит и оофорит
- N73 Другие воспалительные болезни женских тазовых органов
- N80.8 Другой эндометриоз
- S20-S29 Травмы грудной клетки
- T17 Инородное тело в дыхательных путях
- T18 Инородное тело в пищеварительном тракте
- T18.1 Инородное тело в пищеводе
- T27 Ожоги и коррозии дыхательных путей
- T36-T50 Отравления лекарственными средствами (в том числе антибиотиками системного действия, гормонами щитовидной железы и их заменителями, наркотиками и психодислептиками [галлюциногенами], противосудорожными, седативными, снотворными и другими психотропными средствами, препаратами, преимущественно влияющими на вегетативную нервную систему, ингибиторами холинэстеразы, парасимпатомиметическими средствами, ганглиоблокаторами, ингибиторами ферментов, влияющих на сосудистый тонус, другими лекарственными средствами)
- T51-T65 Токсическое действие различных химических веществ (в том числе алкоголя, органических растворителей, галогенпроизводных ароматических и неароматических углеводов, разбавляющих веществ, металлов, пестицидов, грибов и других)
- T66 Воздействие радиации неуточненное
- T67 Воздействие высоких температур и света
- T69 Другие результаты воздействия низких температур
- T73 Проявление других форм неблагоприятного воздействия [депривации]
- W78 Вдыхание содержимого желудка
- W79 Вдыхание и заглатывание пищи, приводящее к закупорке дыхательных путей
- W80 Вдыхание и заглатывание другого инородного тела, приводящее к закупорке дыхательных путей
- X84 Умышленное самоповреждение посредством неуточненных действий

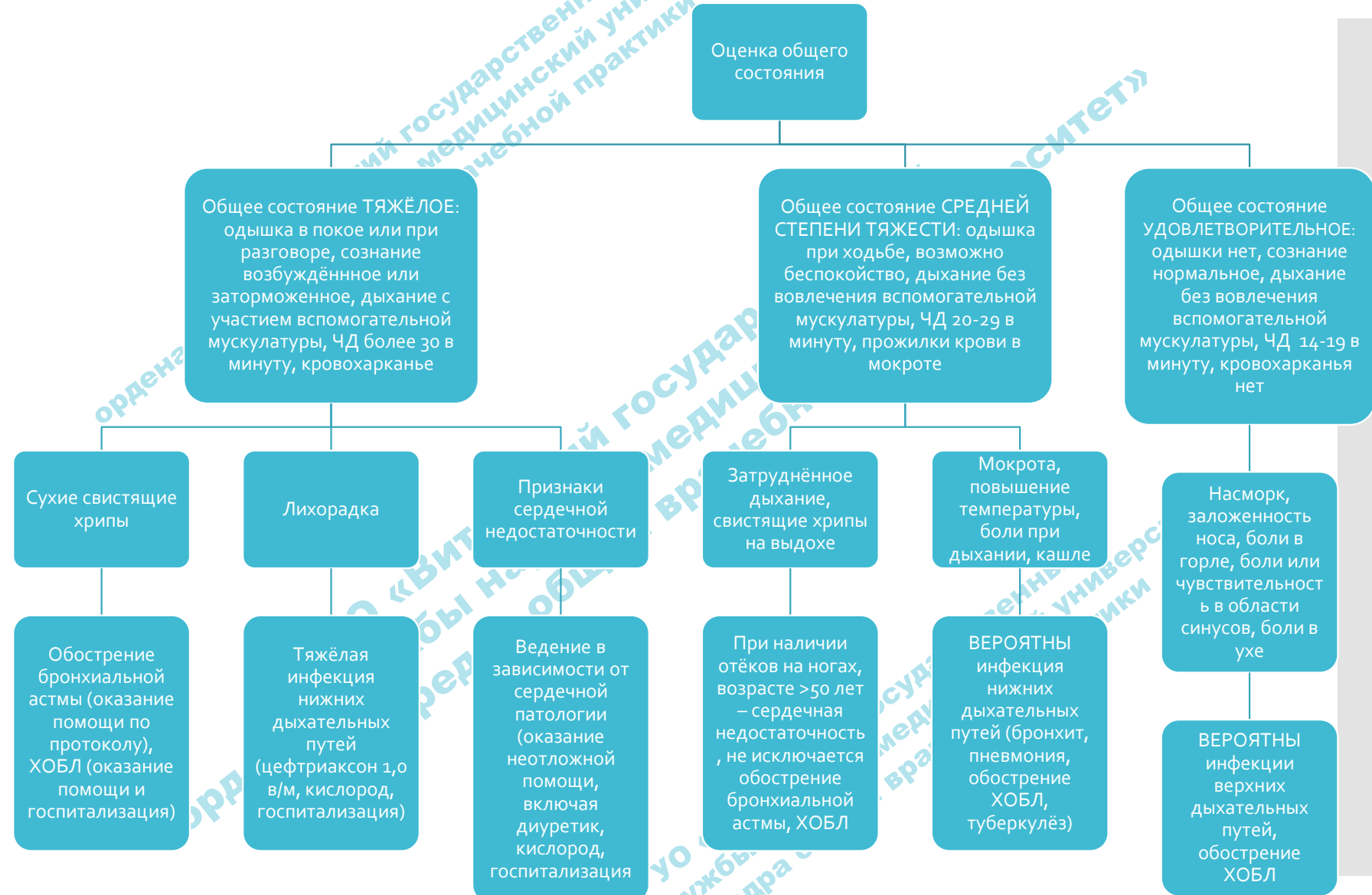
# Кашель и/или затруднение дыхания

менее 2 недель от  
момента

возникновения:

## алгоритм

Основание: Приказ Министерства  
здравоохранения Республики  
Беларусь №497 от 07.05.2014 года  
«Об утверждении руководства по  
ведению распространённых  
респираторных заболеваний у  
взрослых для врачей амбулаторно-  
поликлинических организаций  
здравоохранения «Практический  
подход к охране здоровья лёгких»



# Кашель и/или затруднение дыхания менее 2 недель от момента возникновения: ОРИ и грипп

Основание: Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь №497 от 07.05.2014 года «Об утверждении руководства по ведению распространённых респираторных заболеваний у взрослых для врачей амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения «Практический подход к охране здоровья лёгких»

Отличительные признаки	Грипп	Другие ОРИ
Распространённость	В период объявленной эпидемии	Вне объявленной эпидемии гриппа
Отличительные клинические проявления	Боль в глазных яблоках при движениях, полиартралгии, мышечные боли, могут быть понос и рвота, общее состояние средней степени тяжести и тяжёлое	Обильный насморк, боли в горле без признаков налётов на миндалинах, при аденовирусной инфекции конъюнктивит после респираторных симптомов, общее состояние удовлетворительное
Лихорадка	Повышение температуры (часто выше 39), часто до 5 дней. При более длительной лихорадке необходимо исключить бактериальные осложнения.	Повышение температуры (чаще до 39), чаще не более 3 дней, может быть нормальной. При более длительной лихорадке необходимо исключить бактериальные осложнения.
<b>Симптомы тревоги</b>	<b>Высокая температура более 5 дней</b> <b>Одышка, появление цианоза, затруднённое дыхание</b> <b>Красноватая или окрашенная мокрота</b> <b>Боль в груди</b> <b>Низкое артериальное давление</b> <b>Заторможенность, летаргия</b> <b>Снижение диуреза</b> <b>Рвота</b> <b>Лейкоцитоз, лейкопения</b>	<b>Лихорадка более 3 дней</b> <b>Одышка, появление цианоза, затруднённое дыхание</b> <b>Красноватая или окрашенная мокрота</b> <b>Боль в груди</b> <b>Низкое артериальное давление</b> <b>Заторможенность, летаргия</b> <b>Снижение диуреза</b> <b>Рвота</b> <b>Лейкоцитоз, лейкопения</b> <b>Появление тризма жевательной мускулатуры (развитие перитонзиллярного абсцесса)</b>

# Кашель и/или затруднение дыхания менее 2 недель от момента возникновения: целенаправленное объективное исследование

Основание: Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь №497 от 07.05.2014 года «Об утверждении руководства по ведению распространённых респираторных заболеваний у взрослых для врачей амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения «Практический подход к охране здоровья лёгких»

Наименование исследования	Цель
Общий осмотр, оценка общего состояния	Общая оценка состояния, оценка частоты дыхания
Измерение температуры	Исключение лихорадки; при повышении температуры более 3 дней исключение пневмонии
Измерение АД	Общая оценка состояния, диспансерное обследование
Осмотр слизистой оболочки ротовой полости с достаточным освещением	Осмотр миндалин на наличие гнойного налёта, есть ли затруднения при открывании рта (перитонзиллярный абсцесс). Исключение бактериальной инфекции: тозиллиты, синдром пост-назальной капли при синуситах; подозрение на внепищеводные проявления ГЭРБ; при рецидивирующих атипичных ангинах оценить вероятность снижения иммунитета и целесообразность определения ВИЧ-статуса
Пальпация подчелюстных, шейных лимфоузлов	Уточнение диагноза, исключение инфекционного мононуклеоза
Аускультация, перкуссия лёгких	Исключение наличия крепитирующих хрипов, других признаков инфекции нижних дыхательных путей; обратить внимание на наличие патологических шумов в сердце
Отоскопия при жалобах	Исключение бактериальной инфекции: средний отит
Пальпация болевых точек в области синусов, выхода лицевого нерва	Оценка вероятности бактериальных синуситов. Усиление боли при наклоне вперёд.
Пальпация живота	Определение границ печени, селезёнки при подозрении на инфекционный мононуклеоз
Оценка наличия менингеальных симптомов и симптомов тревоги	Исключение осложнений при наличии симптомов тревоги
Общий анализ крови	При наличии повышенной температуры более 3 дней, при бактериальных осложнениях, дифференциальная диагностика с лейкозами
Рентгенография органов грудной клетки	При выслушивании мелкопузырчатых хрипов, подозрении на развитие бактериальных осложнений, при сигналах тревоги, по показаниям в двух проекциях
Рентгенография придаточных пазух	При соответствующих симптомах более 7 дней
Общий анализ мочи	При наличии тонзиллита для предупреждения ранних осложнений в начале заболевания и по выздоровлению (контроль через 1 месяц)
Бакпосев с миндалин	При лакунарных и атипичных ангинах для исключения дифтерии
Прочие исследования	По показаниям. Например, анализ на бациллы Лефлера при атипичной ангине для исключения дифтерии; диафаноскопия (просвечивание пазух источником света в тёмной комнате); пикфлоуметрия при бронхиальной обструкции; функция внешнего дыхания; бронхоскопия с биопсией; другие методы визуализации

# Кашель и/или затруднение дыхания менее 2 недель от момента возникновения: немедикаментозные рекомендации для пациентов

Основание: Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь №497 от 07.05.2014 года «Об утверждении руководства по ведению распространённых респираторных заболеваний у взрослых для врачей амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения «Практический подход к охране здоровья лёгких»

## Информация для пациентов

- Инфекции верхних дыхательных путей относятся к заболеваниям с самопроизвольным излечением по мере возникновения иммунного ответа.
  - Имеет значение наблюдение (самонаблюдение) за динамикой заболевания, **обращение за профессиональной медицинской помощью необходимо при ухудшении состояния или отсутствия улучшения после первых 3 дней болезни, а также при наличии СИМПТОМОВ ТРЕВОГИ:**
    - высокая температура более 3 дней
    - одышка, появление цианоза, затруднённое дыхание
    - красноватая или окрашенная мокрота
    - боль в груди
    - низкое артериальное давление
    - заторможенность, летаргия
    - снижение диуреза (количества мочеиспусканий)
    - рвота
    - ощущение ухудшения состояния
  - **ПОСТЕЛЬНЫЙ РЕЖИМ** – основной метод лечения, позволяет Вашему иммунитету правильно сделать свою работу!
  - **ОБИЛЬНОЕ ПИТЬЁ** – помощь Вашему иммунитету для своевременной передачи информации и снижения токсических реакций!
  - Курение, в том числе пассивное увеличивает предрасположенность ко всем респираторным заболеваниям, удлиняет период кашля до 2-3 недель. Настоятельно рекомендуем избавиться от этой вредной привычки.
  - Антибиотики не действуют на вирусы, не уменьшают период повышенной температуры и не являются средством профилактики пневмоний! Назначаются только врачом при показаниях.
  - Применение жаропонижающих средств снижает температуру на несколько часов, не сокращая период заболевания. Показаниями к их применению служит повышение температуры выше 39,0-39,5°C, ухудшение общего самочувствия (наличие одышки, болевой синдром). В этом случае применяйте:
- 
- Откашливающие/отхаркивающие препараты не сокращают период заболевания, но могут облегчать симптомы. Они не обязательны для приёма при вирусных инфекциях и гриппе. При необходимости возможно использование \_\_\_\_\_
  - Дополнительные назначения: \_\_\_\_\_
-



## Кашель и/или затруднение дыхания менее 2 недель от момента возникновения: медикаментозные рекомендации

Основание: Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь №497 от 07.05.2014 года «Об утверждении руководства по ведению распространённых респираторных заболеваний у взрослых для врачей амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения «Практический подход к охране здоровья лёгких»

- **Антибиотикотерапия.** Назначение антибактериальной терапии при первичном приёме оправдано только при развитии бактериальных осложнений! В амбулаторных условиях стартовыми антибиотиками являются амоксициллин или при аллергии на пенициллиновый ряд – макролиды.
- **Противовирусная терапия** – это вспомогательная мера в лечении гриппа и других респираторных вирусных инфекций. В абсолютном большинстве случаев выздоровление при гриппе происходит без приёма противовирусных препаратов. Применение противовирусных препаратов в ранней стадии заболевания при подозрении на заболевание гриппом ускоряет выздоровление, уменьшает вероятность тяжёлого течения гриппа с неблагоприятным исходом и оправдано в следующих случаях:
  - общее тяжёлое состояние или ухудшение состояния у пациента, не относящегося к группам риска;
  - пациенты, относящиеся к группам риска по развитию тяжёлого течения гриппа, независимо от общего состояния: беременные, лица с иммунодефицитными состояниями, лица с хроническими заболеваниями (сахарный диабет, ХОБЛ), лица старше 65 лет.
- Противовирусные препараты выбора:
  - озельтамивир 75 мг, по 1 таблетке 2 раза в день 5 дней;
  - занамивир 5 мг/ингаляция, по 2 ингаляции в носовую полость 2 раза в сутки 5 дней.
- **Жаропонижающие средства и НПВП** – это симптоматическое лечение, не являющееся жизненно необходимым, не ускоряющее выздоровление, лишь временно облегчающее самочувствие. При этом необходимо понимать, что повышение температуры является защитной реакцией организма на инфекцию и отражает естественные иммунный ответ. Излишнее применение жаропонижающих средств способствует накоплению ошибок в работе иммунитета. Повышение температуры при ОРИ обычно длится не более 3 дней. Если температура длится более 3 дней или после периода снижения вновь повысилась, может идти речь о бактериальной инфекции или о более серьёзном заболевании (аутоиммунные, ревматические и т.д.), что требует консультации врача. Применение НПВП при субфебрильной температуре **ВРЕДНО!** Оно затрудняет иммунный ответ и замедляет сроки выздоровления. Если не снижать температуру, она не будет постоянно повышаться – установится более высокое равновесие и состоится правильный иммунный ответ. Применение потенциально опасных жаропонижающих средств может нанести непоправимый вред – развитие анафилаксии, нарушений кровообращения, почечной недостаточности (парацетамол), печёночной недостаточности (аспирин у детей), агранулоцитоза (анальгин). Наиболее безопасным жаропонижающим препаратом является ибупрофен (200-400-800 мг в таблетках и сиропе, при необходимости с интервалом 4 часа до 3-4 раз в день; максимальная суточная доза 2,4 г). Возможно применение парацетамола (500-1000 мг, при необходимости с интервалом 4 часа до 3-4 раз в день; максимальная суточная доза 4 г). Совместное применение ибупрофена и парацетамола **НЕФРОТОКСИЧНО!** Снижение температуры у пациентов без прочих хронических заболеваний можно рекомендовать начиная с уровня 39,0 при измерении в аксиллярной области.
- **Откашливающие препараты** – это вспомогательная мера в лечении гриппа и других респираторных вирусных инфекций, так как нет доказательств эффективности при гриппе и ОРИ. Опыт выздоровления пациента без применения медикаментов говорит о снижении вероятности аллергических реакций и уменьшении медикаментозной нагрузки на население.



## Кашель и/или затруднение дыхания менее 2 недель от момента возникновения: показания к госпитализации

Основание: Приказ Министерства  
здравоохранения Республики  
Беларусь №497 от 07.05.2014 года  
«Об утверждении руководства по  
ведению распространённых  
респираторных заболеваний у  
взрослых для врачей амбулаторно-  
поликлинических организаций  
здравоохранения «Практический  
подход к охране здоровья лёгких»

- Тяжёлое течение гриппоподобного заболевания (ОРИ): резкая слабость, заторможенность, нарушение сознания, судороги, одышка ( $ЧД > 20$  в минуту), дегидратация, рвота, сочетание стойкого кашля с одышкой, кровохарканье, признаки вовлечения ЦНС, подозрение на пневмонию и другие осложнения, беременность, другие пациенты из группы риска.
- Сигналы тревоги со стороны уха: боли за ухом, отёчность околоушной области, оттопыренность ушной раковины, гиперемия и инфильтрация заушной области, боли при перкуссии и пальпации заушной области
- **Грипп и ОРИ тяжёлой степени тяжести является абсолютным показанием для стационарного лечения!**
- Примеры формулировки диагноза в направлении на стационарное лечение:
  - ОРИ, тяжёлое течение, нарушение сознания от 02.02.2018 г.
  - Грипп, тяжёлое течение, судорожный синдром от 02.02.2018 г.
  - ОРИ, тяжёлое течение, кровохарканье.
  - Грипп. Беременность 18 недель.
  - ОРИ, тяжёлое течение, менингеальный синдром.
  - Грипп, тяжёлое течение. Susp. пневмония.
  - ОРИ, осложнённая острым средним отитом. Susp. мастоидит

## Кашель и/или затруднение дыхания менее 2 недель от момента возникновения + острый тонзиллит

Основание: Приказ Министерства  
здравоохранения Республики Беларусь  
№497 от 07.05.2014 года «Об утверждении  
руководства по ведению  
распространённых респираторных  
заболеваний у взрослых для врачей  
амбулаторно-поликлинических  
организаций здравоохранения  
«Практический подход к охране здоровья  
лёгких»

Наименование	Основные клинические особенности	Примечания
Катаральная ангина	Боли в горле, сложно от дифференцировать от ОРИ до момента возникновения налётов.	Общее ведение, как для ОРИ. Назначение антибиотиков не оправдано.
Фолликулярная ангина	Наиболее частая форма ангин, характерен высокий уровень подъёма температуры, отсутствие насморка и кашля в большинстве случаев. Фолликулы миндалин заполнены гноем.	Наиболее вероятный возбудитель – стрептококк. Необходимо назначение антибиотиков пенициллинового ряда. Амоксициллин 1000 мг 2 раза в день (взрослая доза).
Лакунарная ангина	Выраженные налёты на миндалинах.	Консультация врача-оториноларинголога
Флегмонозная ангина	Некротические налёты	<b>Требуется госпитализации</b>
Атипичная ангина (инфекционный мононуклеоз)	Самая частая из атипичных ангин, сопровождается выраженным налётом в области миндалин, возникает в подростковом и более молодом возрасте, вызывается вирусом Эпштейн-Барра, лихорадка может длиться более 7 дней, сопровождается выраженной слабостью, гиперплазией шейных лимфоузлов	При приёме антибиотиков пенициллинового ряда могут возникать высыпания на коже; специфические изменения со стороны лейкоцитарной формулы (изменённые мононуклеары. Консультация врача-оториноларинголога.
Атипичная грибковая ангина	Белые, легко снимающиеся налёты на щеках, языке, нёбе; чаще возникает на фоне иммунодефицита, может быть проявлением ВИЧ-инфекции	Консультация врача-оториноларинголога, посев
Ангины при инфекционных заболеваниях	Дифтерия: высокая температура, отёк шеи, плотный грязный не снимающийся налёт в области миндалин	<b>Срочная госпитализация в инфекционное отделение</b>
Ангины при заболеваниях крови (агранулоцитозы, лейкозы)	Проявляются как обычные ангины, дифференциальный диагноз определяется отклонениями лейкоцитарной формулы	Консультация врача-гематолога

# Кашель и/или затруднение дыхания менее 2 недель от момента возникновения + синдром бронхиальной обструкции

Основание: Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь №497 от 07.05.2014 года «Об утверждении руководства по ведению распространённых респираторных заболеваний у взрослых для врачей амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения «Практический подход к охране здоровья лёгких»

- В большинстве случаев при этой ситуации кашель сочетается со свистящими хрипами на выдохе с наличием в анамнезе бронхиальной астмы либо ХОБЛ. Как правило, для лечения лёгких симптомов обструкции достаточно использование бронхолитиков короткого действия или повышение их дозы при необходимости до максимальных суточных доз.
- **При объективном обследовании** пациента с бронхиальной обструкцией необходимо оценить возможные причины приступа одышки (респираторная инфекция, самовольное прекращение поддерживающего лечения пациентом, другие причины), оценить наличие одышки, частоту дыхания и частоту сердечных сокращений, степень вовлечения дополнительных мышц при дыхании, объём грудной клетки на выдохе; при аускультации обратить на предмет удлинённого выдоха и свистящих хрипов на выдохе.
- **Критерии тяжести состояния:** одышка в покое и при разговоре, невозможность прилечь горизонтально, частота дыхания более 30 в минуту (при тяжёлой одышке может снижаться!), ЧСС более 120 в минуту, участие вспомогательной мускулатуры в дыхании
- **Принципы лечения:** оказание неотложной помощи согласно Протоколу, лечение основного заболевания, отказ от курения
- При отсутствии улучшения на фоне начальной терапии в течение 30 минут показана госпитализация
- **После купирования обострения бронхиальной астмы рекомендуется:**
  - начало использования или двукратное увеличение дозы ингаляционного кортикостероида в течение ближайших 24 часов,
  - проверка техники ингаляций,
  - приём бронхолитиков короткого действия с использованием спейсера по 2-4 дозы каждые 3-4 часа в течение ближайших 24 часов,
  - если пациент получил преднизолон при купировании приступа, рекомендовано назначение преднизолона внутрь 40 мг утром в течение 6 дней и отмена,
  - назначение антибиотика при наличии лихорадки, увеличения отделения и изменения цвета мокроты,
  - Назначение антигистаминных препаратов внутрь или назальных ГКС при наличии симптомов аллергического ринита
  - контрольное посещение врача в течение 12-48 часов для оценки жалоб, наличия функциональных нарушений; необходимо обследовать органы дыхания и оценить ещё раз причины обострения (выполнение назначенного лечения, техника ингаляций, контакт с триггерами)

## Кашель и/или затруднение дыхания менее 2 недель от момента возникновения + заболевания нижних дыхательных путей (острый бронхит, внебольничная пневмония, обострение хронического бронхита, ХОБЛ)

Основание: Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь №497 от 07.05.2014 года «Об утверждении руководства по ведению распространённых респираторных заболеваний у взрослых для врачей амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения «Практический подход к охране здоровья лёгких»

	Острый бронхит	Внебольничная пневмония	Обострение ХОБЛ
Анамнез	Кашель сухой, переходящий во влажный, отделение мокроты слизистого, слизисто-гнойного или гнойного характера, повышение температуры тела	Кашель сухой или влажный, возможно кровохарканье, одышка, лихорадка более 3 дней, озноб, боль в грудной клетке, симптомы интоксикации	На фоне хронических симптомов кашля повышение температуры, изменение характера и цвета отделяемой мокроты, появление симптомов интоксикации, увеличение одышки
Обследование	Жёсткое дыхание, возможны сухие хрипы при наличии бронхоспазма. Перкуссия без изменений. ЧД, ЧСС говорят о тяжести	Повышение температуры, может быть выраженная потливость; притупление перкуторного звука на стороне поражения, усиление голосового дрожания, ограничение экскурсии нижних краёв лёгких, ослабленное везикулярное или бронхиальное дыхание, крепитация, мелкопузырчатые хрипы, ЧД больше 20	Изменение характера хрипов при аускультации, увеличение одышки. ЧД и ЧСС говорят о тяжести

«Государственный университет»  
«Медицинский факультет»

Ученый  
«Ордена Дружбы»  
Кафедра

# Кашель и/или затруднение дыхания менее 2 недель от момента возникновения + заболевания нижних дыхательных путей (острый бронхит, внебольничная пневмония, обострение хронического бронхита, ХОБЛ)

Основание: Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь №497 от 07.05.2014 года «Об утверждении руководства по ведению распространённых респираторных заболеваний у взрослых для врачей амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения «Практический подход к охране здоровья лёгких»

- Показания для назначения антибиотиков:
  - Подозрение на пневмонию
  - Высокая вероятность осложнённого течения (возраст старше 65 лет)
  - Сопутствующие ХОБЛ, астма, сахарный диабет, хроническая сердечная недостаточность
- Фторхинолоны не рекомендуются к назначению на уровне первичной медицинской помощи (цель: предупреждение развития возможной устойчивости к ним, в том числе микобактерии туберкулёза)
- Неотложная помощь при подозрении на тяжёлую пневмонию перед направлением на стационарное лечение: цефтриаксон 1-2 г в/м 1-кратно + макролид. Возможно применение данной схемы в случае организации стационара на дому (вариант исключения)
- **Антибиотикотерапия в Республике Беларусь (согласно Постановлению МЗ РБ №497 от 07.05.2014 г.):**
  - Пациенты без сопутствующих заболеваний, не принимавшие последние 3 месяца antimicrobные препараты с лёгким течением заболевания: амоксициллин внутрь по 1000 мг 2 раза в сутки 7-10 дней или при аллергии к пенициллинам азитромицин внутрь по 500 мг 1 раз в сутки 3 дня; альтернативно кларитромицин внутрь по 500 мг 2 раза в сутки 7-10 дней;
  - Пациенты старше 65 лет с сопутствующими заболеваниями или принимавшие последние 3 месяца antimicrobные препараты при пневмонии с лёгким течением: амоксициллин/клавуланат 875/125 мг внутрь по 1 таблетке 2 раза в сутки ± макролид (любой)
- Ступенчатая антибактериальная терапия – это переход с парентерального на пероральный путь применения антибиотика при стабилизации состояния или улучшении клинической картины заболевания через 48-72 часа.
- Критерии эффективности антибактериальной пневмонии:
  - Снижение или нормализация температуры тела при её двух последовательных измерениях с интервалом 8 часов
  - Улучшение общего самочувствия пациента в течение 48-72 часов



# Ю00-Ю20 в повседневной практике

Диагнозы на практике:

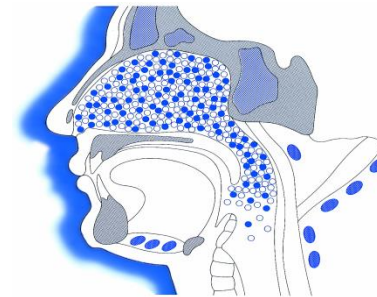
- ОРИ
- Острый синусит
- Острый фарингит
- Острый ларингит
- Острый тонзиллит
- Острый бронхит
- Пневмония

Острый бронхит становится хроническим, если в течение 3 или более месяцев в году на протяжении 2-х или более лет повторяется и проявляется кашлем с выделением мокроты



## Job: ОРИ

- ОРИ – группа заболеваний, характеризующихся катаральными симптомами
- ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ: контактный, воздушно-капельный
- ЭТИОЛОГИЯ: не выясняется
- Считается, что 92% инфекций обусловлено вирусами, однако это утверждение не имеет под собой доказательных оснований
- Моя практика показывает, что при первичном посещении детьми дошкольных учреждений ОРИ вызывается паразитарными инвазиями
- Сезонно мы имеем 4 подъёма ОРИ:
  - декабрь-январь (44-16 неделя – основная волна),
  - апрель (социальный – отопление),
  - сентябрь (миграция),
  - октябрь (социальный)





## Job: основные клинические синдромы

- Синдром общей инфекционной интоксикации различной выраженности: головная боль, потливость, общая слабость, ломота в суставах и мышцах
- Синдром лихорадки, чаще всего наблюдается в первые дни заболевания (температура тела от субфебрильной до 39-40° С),
- Катаральный синдром (синдром поражения дыхательных путей на различных уровнях): ринит, фарингит, ларингит, трахеит, бронхит и сочетанные поражения респираторного тракта на разных уровнях.
- Частная симптоматика:
  - конъюнктивит,
  - мезааденит,
  - диарея,
  - увеличение селезенки,
  - увеличение печени,
  - лимфаденопатия,
  - кожные проявления и т.д.

# Особенности ОРИ у отдельных контингентов

Пациенты с хронической соматической патологией:

- на фоне ОРИ увеличивается вероятность обострения имеющейся хронической патологии,
- при лечении ОРИ часто требуется коррекция терапии сопутствующей патологии,
- большая вероятность осложненного течения ОРИ,
- часто необходима госпитализация.

Пожилые пациенты:

- большая вероятность обострения имеющейся хронической патологии,
- требуется коррекция терапии сопутствующей патологии,
- значительное ухудшение общего состояния,
- снижение физической активности пациентов,
- нарушение функции центральной нервной системы,
- склонность к затяжному течению,
- потребность в постороннем уходе,
- часто требуется госпитализация,
- ОРИ – одна из причин смерти пожилых пациентов

Беременные женщины:

- на фоне ОРИ увеличивается вероятность неблагоприятных исходов беременности
- ограниченное медикаментозное вмешательство
- часто необходима госпитализация

## Ранняя диагностика осложнений при ОРИ

- отсутствие положительной динамики в течении заболевания, длительная лихорадка (более 5-ти дней) или наличие двухволновой температурной кривой;
- нарастание симптомов интоксикации - усиление головной боли, появление (возобновление) озноба, миалгии, адинамии, выраженная общая слабость, резкое усиление или появление повышенной потливости при минимальной нагрузке;
- появление признаков поражения легочной ткани - прогрессирующая одышка свыше 24 дыхательных движений в минуту, изменение характера кашля (с сухого на влажный с мокротой);
- аускультативно - ослабление звучности дыхания над очагом предполагаемого воспаления, появление крепитаций и влажных хрипов. Перкуссия в силу малого очага поражения может быть малоинформативна;
- ОАК - лейкоцитоз (более  $8 \times 10^9$ /л с нейтрофилией), увеличение СОЭ  $>12$  мм/час. Биохимический анализ крови – повышение сиаловых кислот свыше 2,5 мкмоль/л, положительный С-РБ, повышение фибриногена свыше 4 г/л;
- уменьшение бронхиальной проходимости при пневмотахометрии

## Тяжесть ОРИ

В зависимости от уровня интоксикации и выраженности катарального синдрома грипп и другие ОРИ могут протекать в легкой (60-65 %), среднетяжелой (30-35 %), тяжелой и очень тяжелой степени (3-5 %).

**Легкая форма** характеризуется повышением температуры тела не более  $38,5^{\circ}\text{C}$ , умеренными головными болями и катаральными явлениями. Пульс менее 90 уд/мин., АДс 115-120 мм. рт. ст., ЧДД менее 24 в минуту.

**Среднетяжелая форма** - температуры тела в пределах  $38,1-40,0^{\circ}\text{C}$ , умеренно выраженный синдром общей интоксикации. Пульс 90-120 уд/мин., АДс менее 110 мм. рт. ст., ЧДД 24-28 в минуту. Сухой мучительный кашель с болями за грудиной.

**Тяжелая форма** характеризуется острейшим началом, высокой (более  $40,0^{\circ}\text{C}$ ) и более длительной лихорадкой с резко выраженными симптомами интоксикации (сильной головной болью, ломотой во всем теле, бессонницей, бредом, анорексией, тошнотой, рвотой, менингеальными симптомами, иногда, энцефалитическим синдромом). Пульс более 120 уд/мин. слабого наполнения, нередко аритмичен. АДс менее 90 мм. рт. ст., ЧДД более 28 в минуту. Болезненный, мучительный кашель с болями за грудиной.

**Очень тяжелая форма** встречается редко, характеризуется молниеносным течением с бурно развивающимися симптомами интоксикации без катаральных явлений и заканчивается, в большинстве случаев, летально. Вариантом молниеносной формы может быть стремительное развитие геморрагического токсического отека легких и смертельного исхода от паренхиматозной дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности в случае несвоевременности оказания неотложной и специализированной медицинской помощи.



## J11 Грипп

- **Грипп** — острое респираторное вирусное заболевание, вызываемое вирусами гриппа и выделяющееся среди острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) у людей из-за возможного тяжёлого течения болезни. Грипп ассоциируется с высокой смертностью во время пандемий, эпидемий и спорадических вспышек.
- Симптомы гриппа появляются на 1-4-й день после заражения и включают в себя лихорадку, кашель, головную боль, боль в мышцах и суставах, слабость, боль в горле и насморк. При этом кашель может длиться две и более недели. Наиболее заразен больной на 3-4-й день с момента появления симптомов. Симптомы гриппа схожи с другими ОРВИ, диагностировать заболевание можно с помощью лабораторных тестов. Грипп вызывается вирусами гриппа, но схожие симптомы могут быть и при других ОРВИ, для случаев подозрения на возможный грипп существует медицинский диагноз гриппоподобного заболевания.
- Может протекать как в форме инфекции верхних дыхательных путей, так и в форме инфекции нижних дыхательных путей. У большинства людей симптомы гриппа проходят в течение недели без медицинской помощи. Но грипп может приводить к тяжёлой болезни и смерти, особенно у людей из групп риска. По оценкам ВОЗ, ежегодные эпидемии гриппа приводят к 3-5 миллионам случаев тяжёлой болезни и к 290—650 тысячам смертей.

# Лоз: Острый ТОНЗИЛЛИТ (ангина)

- **Острый тонзиллит** – острое инфекционное заболевание, имеющее преимущественно стрептококковую этиологию, характеризующееся лихорадкой, синдромом общей инфекционной интоксикации, воспалительными изменениями в лимфоидных образованиях глотки (преимущественно в небных миндалинах) и регионарных к ним лимфатических узлах.
- Острый стрептококковый тонзиллит сопровождается развитием аутоиммунных процессов, которые без этиотропного (противострептококкового) лечения, могут приводить к развитию гломерулонефрита, ревматической лихорадки, инфекционно-аллергического миокардита и другим иммунопатологическим состояниям.

# Лоз: Острый тонзиллит (ангина): этиология и патогенез

- Главным этиологическим фактором, который вызывает развитие острого тонзиллита, является бета-гемолитический стрептококк группы А. На долю данного представителя микрофлоры приходится 74-98 % заболеваемости. Реже этиологическими факторами возникновения острого тонзиллита могут быть:
  - стрептококки группы С, G и F (2-8 % случаев), конгломераты стрептококков из различных групп,
  - золотистый стафилококк обуславливает 5-7 % случаев заболеваемости острым тонзиллитом,
  - редко острый тонзиллит может вызываться *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*,
  - *Corynebacterium haemolyticus*.
- **Патогенетические механизмы при остром тонзиллите:**
  - инфекционные механизмы,
  - инфекционно-токсические механизмы,
  - нервно-рефлекторные механизмы,
  - иммунопатологические механизмы с развитием иммунопатологических заболеваний.

# Острый ТОНЗИЛЛИТ, определение

Основание: Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь №497 от 07.05.2014 года «Об утверждении руководства по ведению распространённых респираторных заболеваний у взрослых для врачей амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения «Практический подход к охране здоровья лёгких»

- При развитии респираторных заболеваний, где боли в горле являются основной жалобой, необходима дифференциальная диагностика между ОРВИ и острыми тонзиллитами, а при наличии экссудата в области небных миндалин – дифференциальная диагностика острых тонзиллитов.
- Острый тонзиллит (ангина) – острое инфекционное заболевание, вызываемое стрептококками или стафилококками, реже другими микроорганизмами, характеризующееся воспалительными изменениями в лимфаденоидной ткани глотки, чаще в небных миндалинах, проявляющееся болями в горле и умеренной общей интоксикацией

# Острый ТОНЗИЛЛИТ, лечение и ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Основание: Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь №497 от 07.05.2014 года «Об утверждении руководства по ведению распространённых респираторных заболеваний у взрослых для врачей амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения «Практический подход к охране здоровья лёгких»

- Если боли в горле не сопровождаются появлением экссудата / налетов в области миндалин, то чаще всего речь идет о фарингите вирусной природы, антибиотики в этом случае не рекомендуются.
- Полоскание горла солевым раствором (1/2 чайной ложки на стакан воды) облегчает симптомы
- Боли в горле, сопровождающиеся налетом (ангина), чаще всего результат бактериальной инфекции, поэтому необходимо лечение антибиотиками для ускорения выздоровления.
- Без лечения антибиотиками несколько увеличивается вероятность осложнений в виде паратонзиллярного абсцесса, а также отдаленных осложнений со стороны сердца (ревматизм) и почек (гломерулонефрит).
- Для профилактики возможных осложнений со стороны сердца (ревматизма) и почек (гломерулонефрита) очень важно закончить полный курс антибиотиков длительностью 10 дней, даже когда самочувствие уже удовлетворительное.
- В основе лечения тонзиллитов стрептококковой этиологии составляет антибактериальная терапия. Антибиотики 1-го ряда: Амоксициллин 1,0 по 1 таб. 2 раза в день При аллергии к препаратам пенициллинового ряда назначается Азитромицин 0,5 1 таблетка 1 раз в день 5-6 дней
- В качестве дополнительной симптоматической терапии используются жаропонижающие средства.
- Госпитализация или консультация ЛОР-врача: сохранение лихорадки более 3-х дней на фоне проводимой антибактериальной терапии; появление тризма жевательной мускулатуры (развитие перитонзиллярного абсцесса); эпизоды ангины чаще 4 раз в году; результаты посева: атипичные ангины (грибковая); инфекционный мононуклеоз; подозрение на дифтерию зева (срочная госпитализация в инфекционное отделение); тонзиллит грибковой природы (возможно иммуносупрессивные состояния, в том числе ВИЧ инфекция) – консультация инфекциониста.

# Юз: Острый ТОНЗИЛЛИТ (ангина): эпидемиология

- **Источник инфекции** - больные различными клиническими формами острых стрептококковых заболеваний (острый тонзиллит, скарлатина, острые респираторные инфекции стрептококковой этиологии, гингивит, кариес и др.) и носители патогенных стрептококков (выздоровливающие носители, здоровые носители).
- Механизмы передачи: аэрозольный механизм (разговор, кашель, чихание); алиментарным путем через пищевые продукты (по причине нарушения технологии приготовления и хранения готовой пищи).



# Острый ТОНЗИЛЛИТ (ангина): степени тяжести

Симптомы	Легкая	Средней тяжести	Тяжелая
Лихорадка и её длительность	до 38°C, 2-3 суток	38,1-39°C, 4-5 суток	Более 39°C, более 6 суток
Слабость	умеренная	++	резкая
Головная боль	-	++	сильная
Боли в мышцах и суставах	-	++	+++
Озноб	-	++	+++
Нарушение сна, аппетита	-	++	+++
Гепатомегалия	-	до 1-2 суток	кратковременная
Боль в горле при глотании	незначительная	сильная	постоянная
Характер тонзиллита	катаральный	гиперемия небных дужек, язычка, миндалин, много гнойных фолликулов или наличие гнойного содержимого в лакунах	Катарально-лакунарный, некротический
Увеличение подчелюстных лимфоузлов, см в диаметре	до 1 см, безболезненные	до 1,5-2 см, выраженная болезненность	до 2,5-3 см, резко болезненные
Лейкоциты	8-9x10 <sup>9</sup> /л	10-18x10 <sup>9</sup> /л	16-24x10 <sup>9</sup> /л
СОЭ	не более 12-15 мм/час	14-20 мм/час	18-30 мм/час
Сиаловые кислоты	190-210 ед.	200-280 ед.	260-350 ед.
Протеинурия	0,03-0,066 г/л кратковременно	+	+
Осадок мочи	кратковременная лейкоцитурия, эритроцитурия	+	+
Продолжительность заболевания	4-5 суток	5-6 суток	более 7 суток

## J20: Острый бронхит

- **Острый бронхит** – это воспалительный процесс в бронхах, чаще вирусной и реже бактериальной природы, характеризующийся острым течением, синдромом общей инфекционной интоксикации, синдромом лихорадки и диффузным обратимым поражением преимущественно слизистой оболочки.
- По определению ВОЗ, **острый бронхит** – это заболевание, которое развивается у пациента в отсутствии хронического заболевания легких и характеризуется кашлем (продуктивным или непродуктивным), а также другими жалобами или симптомами, указывающими на инфекцию нижних отделов дыхательного тракта (отхождение мокроты, одышка, хрипы в легких, дискомфорт или боли в грудной клетке), и не имеющие другого объяснения, как, например, синусит или бронхиальная астма.

# Пневмония

## Дифференциальный диагноз **инfiltrационных изменений в легких:**

- Новообразования:
  - Первичный рак легкого (особенно так называемая пневмоническая форма бронхиолоальвеолярного рака),
  - Эндобронхиальная опухоль с развитием постобструктивной пневмонии,
  - Эндобронхиальные метастазы,
  - Метастазы рака других органов
  - Аденома бронха редко (доброкачественная опухоль),
  - Другие доброкачественные опухоли (гамартрома)
  - Лимфома и др.
- Тромбоз легочной артерии и инфаркт легкого, у лиц с вероятностью глубокого венозного тромбоза:
  - Варикозная болезнь,
  - Беременность,
  - Застойная сердечная недостаточность,
  - Тучность,
  - Длительный период иммобилизации и постельный режим,
  - Состояние после хирургических вмешательств и травм и др.
- Иммунопатологические заболевания:
  - Системные васкулиты: гранулематоз Вегенера, некротизирующий гранулематозный васкулит, синдром Гудпасчера,
  - Волчаночный пневмонит,
  - Аллергический бронхолегочный аспергиллез,
  - Облитерирующий бронхоолит с организующейся пневмонией (у пациентов 60 и более лет),
  - Идиопатический легочный фиброз,
  - Эозинофильная пневмония,
  - Бронхоцентрический гранулематоз и др.
- Гельминтозы: летучая пневмония миграционной стадии
- Прочие заболевания (патологические состояния)
  - Ателектазы (резорбционные, компрессионные),
  - Легочные кисты,
  - Лекарственная (токсическая) пневмония, например, при лечении метотрексатом, кордароном,
  - Аспирация инородного тела,
  - Пневмокониозы,
  - Саркоидоз,
  - Легочный альвеолярный протеиноз,
  - Липоидная пневмония,
  - Бензиновая пневмония,
  - Интерстициальный фиброз легких Хаммана-Рича,
  - Диафрагмальная грыжа и др.

## Врачебная тактика

- **Сбор анамнеза:** возраст, уточнение начала данного заболевания (острое, постепенное, дата начала, вероятные причины на взгляд пациента, наличие предрасполагающих факторов), частота ОРИ у данного пациента, связь усиления симптомов с временем суток и со сном.
- **Осмотр и физикальное обследование пациента:** осмотр кожных покровов, полости рта, задней стенки глотки, миндалин; пальпация периферических лимфатических узлов (подчелюстных, шейных, затылочных); аускультация и перкуссия лёгких; измерение артериального давления и температуры
- **Назначение дополнительных (лабораторных) методов обследования** в соответствии с показаниями: рентгенография органов грудной клетки, общий анализ крови, анализ мокроты, спирографию, а также уточнение ИМТ, осмотр молочных желез, ЭКГ, ОАМ, глюкоза, холестерин крови, пальцевое исследование прямой кишки и предстательной железы (консультация хирурга), тест на скрытую кровь, осмотр врача-гинеколога, офтальмотонометрия
- **Постановка клинического диагноза,** отнесение пациента к определённой группе диспансерного учёта (Д2 или Д3), экспертизы временной нетрудоспособности.
- **Назначение лечения и повторного осмотра.**
- **Рекомендации по профилактике**

# Диагностика

- Рентгенография органов грудной клетки
- Общий анализ крови
- Общий анализ мокроты
- Спирография
- ЭКГ

УО «Витебский государственный  
ордена Дружбы народов медицинский университет»  
Кафедра общей врачебной практики

УО «Витебский государственный  
ордена Дружбы народов медицинский университет»  
Кафедра общей врачебной практики

УО «Витебский государственный  
ордена Дружбы народов медицинский университет»  
Кафедра общей врачебной практики

# Основа лечения ОРИ?

УО «Витебский государственный  
ордена Дружбы народов медицинский университет»  
Кафедра общей врачебной практики

УО «Витебский государственный  
ордена Дружбы народов медицинский университет»  
Кафедра общей врачебной практики

УО «Витебский государственный  
ордена Дружбы народов медицинский университет»  
Кафедра общей врачебной практики



# Основа лечения ОРИ

- ПОСТЕЛЬНЫЙ РЕЖИМ
- Обильное питьё

УО «Витебский государственный  
ордена Дружбы народов медицинский университет»  
Кафедра общей врачебной практики

УО «Витебский государственный  
ордена Дружбы народов медицинский университет»  
Кафедра общей врачебной практики

УО «Витебский государственный  
ордена Дружбы народов медицинский университет»  
Кафедра общей врачебной практики

# Лечение: ОРИ

- Неосложнённые ОРИ вирусной этиологии не нуждаются в медикаментозном лечении
- ОРИ не нуждаются в антибактериальной терапии
- Всеми врачами во всех странах мира антибиотикотерапия назначается эмпирически

# Лечение: пневмония

- Антибактериальная терапия

УО «Витебский государственный  
ордена Дружбы народов медицинский университет»  
Кафедра общей врачебной практики

УО «Витебский государственный  
ордена Дружбы народов медицинский университет»  
Кафедра общей врачебной практики

УО «Витебский государственный  
ордена Дружбы народов медицинский университет»  
Кафедра общей врачебной практики

**Диспансеризация:**  
постановление  
Министерства  
здравоохранения  
Республики Беларусь №96  
от 12 августа 2016 года  
«Об утверждении  
инструкции о порядке  
проведения  
диспансеризации»,  
грипп и пневмония,  
взрослое население

Наименование заболевания	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Сроки наблюдения врачей-специалистов и критерии снятия с диспансерного учета
Грипп и пневмония (J10 - J18) (кроме J10.1, J10.8, J11.1, J11.8)	<b>Через 1 месяц</b> после излечения – <b>рентгенография ОГК;</b> по показаниям: ОАК, общий анализ мокроты; Спирометрия	<b>Наблюдение</b> врача-терапевта участкового (ВОП) – <b>6 месяцев</b>
Грипп и пневмония (J10 - J18) (кроме J10.1, J10.8, J11.1, J11.8) (пневмония с клиническим выздоровлением (рентгенологически определяемые поствоспалительные изменения в легких и плевре)	<b>Через 1 месяц и через 1 год после клинического выздоровления:</b> <b>медицинский осмотр;</b> <b>рентгенография ОГК</b> по показаниям: ОАК, общий анализ мокроты; спирометрия (периодичность обследования определяется индивидуально)	<b>Наблюдение</b> врача-терапевта участкового (ВОП) – <b>1 год</b> (при отсутствии отрицательной динамики). При наличии отрицательной динамики - консультация врача-пульмонолога

енный  
университет  
ики

УС  
рдена Дружбы  
Кафедра

**Диспансеризация:**  
постановление  
Министерства  
здравоохранения  
Республики Беларусь №96  
от 12 августа 2016 года  
«Об утверждении  
инструкции о порядке  
проведения  
диспансеризации»,  
грипп и пневмония, дети

Наименование заболеваний	Группа здоровья	Распределение обучающихся в основную, подготовительную, специальную медицинскую группы и группу лечебной физической культуры	Сроки и кратность медицинских осмотров	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием	Критерии оценки эффективности диспансерного наблюдения	Сроки диспансерного наблюдения и критерии снятия с диспансерного учета
J10.0, J11.0, J12, J13 - J18 Пневмония	II	Допуск к занятиям - через 4 недели после выздоровления. ЛФК - на 1 месяц, далее - основная	Врач-педиатр участковый (врач-педиатр, врач общей практики) - дети, перенесшие острую пневмонию: в возрасте первых 3 месяцев жизни - первые 6 месяцев - 2 раза в месяц, далее - 1 раз в месяц; в возрасте 3 - 12 месяцев - 1 раз в месяц; в возрасте от 1 года до 3 лет - 1 раз в 2 месяца; в возрасте старше 3 лет - 4 раза в год. Другие врачи-специалисты - по медицинским показаниям	ОАК - 2 раза в год. R-графия ОГК - 1 раз в год. Спирометрия пациентам старше 5 лет - по медицинским показаниям	Отсутствие хронизации процесса	Снятие с учета - через 1 год при клиническом и рентгенологическом выздоровлении

## Формулировка диагноза

- J11.1: Грипп с респираторными проявлениями, средней степени тяжести, вирус гриппа не идентифицирован
- J06.9: ОРИ с явлениями ринофарингита, лёгкой степени тяжести.
- J06.0: ОРИ, острый ларингофарингит средней степени тяжести
- J20.9: Острый простой слизисто-гнойный бронхит средней степени тяжести без уточнения возбудителя



Экспертиза  
временной  
нетрудоспособности:  
ориентировочные  
оптимальные сроки  
временной  
нетрудоспособности,  
болезни органов дыхания

Код причины ВН	Код по МКБ-10 и наименование болезни	Ориентировочные сроки ВН (дни)
31	<b>J00-J99 Болезни органов дыхания</b>	
32	J00 Острый назофарингит	5-6
32	J01 Острый синусит	6-14
32	J02 Острый фарингит	4-5
32	J03 Острый тонзиллит (ангина)	5-6 – катаральная ангина; 6-8 – фолликулярная ангина; 8-9 – лакунарная ангина; 11-12 – фибринозная ангина; 13-14 – флегмонозная ангина
32	J04.0 Острый ларингит	10-12
32	J04.1, J04.2, J06.0, J06.8 Острый трахеит, ларинготрахеит, ларингофарингит, фаринготрахеит	8-10
32	J06.9 Острая инфекция верхних дыхательных путей (ОРИ)	4-8
32	J20-J22 Острый бронхит, острый бронхиолит	5-7 – лёгкое течение; 10-12 – средней тяжести
33	J10-J11 Грипп	3-6 – лёгкая форма; 6-10 – средней тяжести; 10 и более – тяжёлая форма
34	J12-J18 Пневмонии	14 – лёгкая форма; 14-18 – средней тяжести; 18-21 – тяжёлая форма; 20 и более – интерстициальные пневмонии
35	J30-J39 Другие болезни верхних дыхательных путей	В зависимости от тяжести проявлений
36	J41-J42, J44 Хронический бронхит, обострение	5-7 – обострение простого; 6-8 – впервые возникший; 8-10 – лёгкое; 14-16 – средней тяжести; 16-18 – тяжёлое
36	J44 ХОБЛ, обострение	15-21
37	J45-J46 Бронхиальная астма	10-15 – средней тяжести и тяжёлая
38	J43, J47, J80, J82-J86, J90, J93-J94, J98 Другие болезни органов дыхания	В зависимости от тяжести проявлений
38	J47 Бронхоэктатическая болезнь (обострение)	10-14 – лёгкое течение; до 21 – средней тяжести; 60-65-80 – тяжёлое течение (возможно направление на МРЭК)

# Профилактика

- Не прикасаться руками к лицу. Заражение часто происходит посредством проникновения вируса через слизистые оболочки – глаза, рот, нос.
- Мытьё рук под проточной водой. Руки необходимо мыть как можно чаще, под проточной водой в течение 40-60 секунд. При мытьё рук в общественном месте кран после мытья следует закрывать одноразовым полотенцем, которым вытирали руки.

# Специфическая профилактика гриппа

Основание:

- Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь №497 от 07.05.2014 года «Об утверждении руководства по ведению распространённых респираторных заболеваний у взрослых для врачей амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения «Практический подход к охране здоровья лёгких»;

- Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь №132 от 12.10.2010 г. «Об утверждении Санитарных норм, правил и гигиенических нормативов «Требования к проведению эпидемиологического надзора за острыми респираторными инфекциями в Республике Беларусь»;

- Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь №42 от 17.05.2018 г. «О профилактических прививках»

## Тактика иммунизации отдельных групп населения против гриппа

№ п/п	Контингент
1.	Группа высокого риска неблагоприятных последствий заболеваний гриппом
1.1	Дети от 6 месяцев до 3 лет
1.2	Дети с 3-х лет и взрослые с хроническими заболеваниями
1.3	Лица с иммуносупрессией
1.4	Лица старше 65 лет
1.5	Беременные
2.	Группа высокого риска заражения гриппом
2.1	Дети от 3 до 6 лет
2.2	Дети (школьники) в возрасте от 6 до 16 лет
2.3	Медицинские работники
2.4	Лица из учреждений с круглосуточным пребыванием детей и взрослых: дети от 6 месяцев до 3-х лет; дети от 3-х лет и взрослые
2.5	Орнитологи, работники птицеводческих предприятий
2.6	Работники сферы бытового обслуживания
2.7	Работники учреждений образования
2.8	Работники торговли и общественного питания
2.9	Работники транспортных организаций
3.	Другие категории лиц, не указанные в пунктах 1 и 2
3.1	Работники служб по обеспечению жизнедеятельности и безопасности государства (Министерство по чрезвычайным ситуациям Республики Беларусь, Министерство внутренних дел Республики Беларусь, Министерство обороны Республики Беларусь, службы жилищно-коммунального хозяйства, энергообеспечения, связи)
3.2	Лица, находящиеся в контакте с пациентами с хронической патологией и с иммуносупрессией
3.3	Лица, находящиеся в контакте с детьми до 6 месяцев
3.4	Другие здоровые лица

# Специфическая профилактика гриппа

Основание:

- Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь №497 от 07.05.2014 года «Об утверждении руководства по ведению распространённых респираторных заболеваний у взрослых для врачей амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения «Практический подход к охране здоровья лёгких»;
- Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь №132 от 12.10.2010 г. «Об утверждении Санитарных норм, правил и гигиенических нормативов «Требования к проведению эпидемиологического надзора за острыми респираторными инфекциями в Республике Беларусь»;
- Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь №42 от 17.05.2018 г. «О профилактических прививках»

- В настоящее время в рамках Национального календаря профилактических прививок проводится иммунизация против 12 инфекционных заболеваний, в т.ч. против пневмококковой инфекции, против гриппа
- Противопоказания к вакцинации в отношении гриппа:
  - Аллергические реакции, тяжёлые побочные реакции на предыдущие вакцинации
  - Синдром Guillian-Barre
  - Дети до 6 месяцев
  - Пациенты, у которых на момент вакцинации есть признаки респираторной инфекции и повышение температуры

# В помощь практикующему врачу: дневник наблюдения пациента с ОРИ

Врач общей практики		Осмотр пациента: амбулаторный / на дому	
Дата _____ 20__ г		<b>Жалобы:</b> катаральные явления: кашель, насморк, боли/першение в горле, явления интоксикации: головные боли, боли в мышцах, общая слабость, лихорадочный синдром: повышением температуры тела, озноб.	
<b>Симптомы тревоги:</b>		<b>Значимые анамнестические сведения:</b> _____	
высокая температура более 3 дней	<input type="checkbox"/>	ЧД _____ ЧСС _____ АД _____	<b>Объективно.</b> В лёгких _____ дыхание. Хрипы _____ Другие значимые физикальные отклонения: _____
одышка, затруднённое дыхание	<input type="checkbox"/>		
появление цианоза,	<input type="checkbox"/>	Остальные органы и системы без особенностей	
красноватая или окрашенная мокрота	<input type="checkbox"/>		
низкое артериальное давление	<input type="checkbox"/>	<b>Диагноз:</b> <b>Jo6 ОРИ.</b>	
боль в груди	<input type="checkbox"/>	ДН _____	лёгкая средней степени тяжёлая
заторможенность, летаргия	<input type="checkbox"/>	Сопутствующий диагноз: _____	
снижение диуреза (количества мочеиспусканий)	<input type="checkbox"/>	_____	
рвота	<input type="checkbox"/>	_____	
ощущение ухудшения состояния	<input type="checkbox"/>	_____	
Нетрудоспособен		_____	
Режим амбулаторный	_____	<b>Рекомендовано:</b> обследование по показаниям (подчеркнуть): ОАК, ОАМ, ЭКГ, флюорография (Rh-графия ОГК); общий анализ мокроты; спирография; БАК _____ Консультация врача _____	<b>Лечение:</b> 1) постельный режим, 2) обильное питьё 3) _____ 4) _____ 5) _____ 6) _____
Заболевание общее	_____		
ЛН № _____	_____	_____	
Начало ЛН _____	_____	_____	
По _____	_____	_____	
Повторный осмотр _____		_____	
		_____ ВОП _____	

В помощь  
практикующему  
врачу:  
дневник  
наблюдения  
пациента с ОРИ и  
подозрением на  
пневмонию

Врач общей практики		Осмотр пациента: амбулаторный / на дому	
Дата _____ 20 ____ г		<b>Жалобы:</b> катаральные явления: кашель, насморк, боли/першение в горле, явления интоксикации: головные боли, боли в мышцах, общая слабость, лихорадочный синдром: повышением температуры тела, озноб.	
<b>Симптомы тревоги:</b>		<b>Значимые анамнестические сведения:</b> _____	
высокая температура более 3 дней	<input type="checkbox"/>	ЧД _____ ЧСС _____ АД _____	<b>Объективно.</b> В лёгких _____ дыхание. Хрипы _____ Другие значимые физикальные отклонения: _____ Остальные органы и системы без особенностей
одышка, затруднённое дыхание	<input type="checkbox"/>		
появление цианоза,	<input type="checkbox"/>		
красноватая или окрашенная мокрота	<input type="checkbox"/>		
низкое артериальное давление	<input type="checkbox"/>		
боль в груди	<input type="checkbox"/>		
заторможенность, летаргия	<input type="checkbox"/>		
снижение диуреза (количества мочеиспусканий)	<input type="checkbox"/>	<b>Диагноз: Jo6 ОРИ.</b>	
рвота	<input type="checkbox"/>	Susp. пневмония	
ощущение ухудшения состояния	<input type="checkbox"/>	ДН _____	
Нетрудоспособен		Сопутствующий диагноз: _____	
Режим амбулаторный	_____		
Заболевание общее	_____		
ЛН № _____		<b>Рекомендовано:</b> обследование флюорография (Rh-графия ОГК) для исключения пневмонии _____; по показаниям (подчеркнуть): ОАК, ОАМ, ЭКГ, общий анализ мокроты; спирография; БАК _____	
Начало ЛН _____		Консультация врача _____	
По _____			
Повторный осмотр _____			
		<b>Лечение:</b> 1) постельный режим, 2) обильное питьё 3) <b>амоксициллин 1000 мг 2 раза в день</b> 4) _____ 5) _____ 6) _____	
		_____ ВОП _____	



# В помощь практикующему врачу: дневник наблюдения пациента с пневмонией

Врач общей практики		Осмотр пациента: амбулаторный / на дому	
Дата _____ 20__ г		<b>Жалобы:</b> катаральные явления: кашель, насморк, боли/першение в горле, явления интоксикации: головные боли, боли в мышцах, общая слабость, лихорадочный синдром: повышением температуры тела, озноб.	
<b>Симптомы тревоги:</b>		<b>Значимые анамнестические сведения:</b> _____	
высокая температура более 3 дней	<input type="checkbox"/>	ЧД _____ ЧСС _____ АД _____	<b>Объективно.</b> В лёгких _____ дыхание. Хрипы _____ Другие значимые физикальные отклонения: _____ Остальные органы и системы без особенностей
одышка, затруднённое дыхание	<input type="checkbox"/>		
появление цианоза,	<input type="checkbox"/>		
красноватая или окрашенная мокрота	<input type="checkbox"/>		
низкое артериальное давление	<input type="checkbox"/>		
боль в груди	<input type="checkbox"/>		
заторможенность, летаргия	<input type="checkbox"/>		
ощущение ухудшения состояния	<input type="checkbox"/>		
снижение диуреза (количества мочеиспусканий)	<input type="checkbox"/>	<b>Диагноз:</b> J18 Внегоспитальная _____	
рвота	<input type="checkbox"/>	лёгкая _____ средней степени _____ тяжёлая _____	
Нетрудоспособен	_____	Сопутствующий диагноз: _____	
Режим амбулаторный	_____	_____	
Заболевание общее	_____	<b>Рекомендовано:</b> обследование по показаниям (подчеркнуть): ОАК, ОАМ, ЭКГ, флюорография (Rh-графия ОГК); общий анализ мокроты; спирография; БАК _____ Консультация врача _____	
ЛН № _____	_____	<b>Лечение:</b> 1) постельный режим, 2) обильное питьё 3) _____ 4) _____ 5) _____ 6) _____	
Начало ЛН _____	_____		
По _____	_____	_____ ВОП _____	
Повторный осмотр _____	_____	_____ Подпись пациента	
Пациент извещён о необходимости контрольной рентгенографии ОГК через 1 месяц после клинического/рентгенологического излечения и контрольном осмотре через 6 месяцев.	_____	_____	

Серёгин А.Г., Егоров К.Н., Зубарева Е.В.  
ОРИ, острый тонзиллит (ангина), острый бронхит и  
пневмония

*Я очень легко могу получить  
воспаление лёгких, а получив его,  
я, граждане, подохну с голоду.  
С воспалением лёгких полагается  
лежать на парадном ходе под  
лестницей, а кто же вместо  
меня, лежащего холостого пса,  
будет бегать по сорным ящикам  
в поисках питания? Прохватит  
легкое, поползу я на животе,  
ослабею, и любой спец пришибет  
меня палкой насмерть.*

*Михаил Афанасьевич  
Булгаков*

СПАСИБО ЗА  
ВНИМАНИЕ!



Ян Аутенгрубер  
Виноградник под Неаполем, 1914  
холст, масло