УЧЕБНИК

ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

Под редакцией профессора В.Н. Лариной

Министерство науки и высшего образования РФ

Рекомендовано Центральным координационным методическим советом ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России в качестве учебника для использования в образовательном процессе образовательных организаций, реализующих программы высшего образования по специальности 31.05.01 «Лечебное дело»

Протокол № 2 от 17 февраля 2021 года

Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2022

ОГЛАВЛЕНИЕ

Участники издания 7
Список сокращений и условных обозначений 12
Термины 16
Введение 19

Глава 1. Становление амбулаторной медицинской помощи (*Е.Е. Шиган*) . .23
Глава 2. Инфекционные болезни 31
2.1. Острые респираторные вирусные инфекции (*Т.Н. Миронова*, *Д.А. Орлов*) 32
2.2. Острый тонзиллофарингит (*Т.Н. Миронова*, *Д.А. Орлов*) 45
Глава 3. Заболевания органов дыхания 57
3.1. Острый бронхит (*С.С. Соловьев*) 58
3.2. Внебольничная пневмония (*С.С. Соловьев*, *М.Г. Головко*) 68
3.3. Хроническая обструктивная болезнь легких (*С.С. Соловьев*, *М.Г. Головко*) 88
3.4. Бронхиальная астма (*М.Г. Головко*, *С.С. Соловьев*) 114
Глава 4. Заболевания сердечно-сосудистой системы. 141
4.1. Ишемическая болезнь сердца (*Ф.Д. Ахматова*) 142
4.1.1. Стенокардия 148
4.1.2. Постинфарктный кардиосклероз 165
4.2. Артериальная гипертензия (*А.Ю. Литвин*, *Е.М. Елфимова*) . . . 178
4.3. Вторичные артериальные гипертензии (*Е.А. Вартанян*) 195
4.4. Некоронарогенные заболевания миокарда (*В.Г. Ларин*, *В.Н. Ларина*, *Б.Я. Барт*, *М.Н. Алехин*) 207
4.4.1. Кардиомиопатии 209
4.4.2. Миокардит. 229
4.5. Хроническая сердечная недостаточность (*В.Н. Ларина*) 240
4.6. Нарушения ритма сердца (*Е.В. Кудина*) 263
Глава 5. Заболевания органов пищеварения и гепатобилиарного тракта . . 283
5.1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (*Д.Г. Карпенко*) . . 284
5.2. Хронический гастрит (*М.Г. Головко*, *С.С. Соловьев*) 298
5.3. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (*М.Г. Головко*, *С.С. Соловьев*) 317
5.4. Воспалительные заболевания кишечника (*А.А. Зуйкова*, *Ю.А. Котова*, *Е.А. Ханина*) 345
5.4.1. Язвенный колит 345
5.4.2. Болезнь Крона 358
5.5. Синдром раздраженной кишки (*М.Г. Головко*, *С.С. Соловьев*) . . 372
5.6. Функциональные расстройства и хронические заболевания желчевыводящих путей (*В.Ф. Беневская*) 393
5.6.1. Функциональные расстройства билиарного тракта 393

5.6.2. Хронический бескаменный холецистит 399
5.6.3. Постхолецистэктомический синдром 409
5.7. Хронический панкреатит (*О.В. Быкова*) 415
Глава 6. Заболевания почек 427
6.1. Хронический гломерулонефрит (*Е.Н. Шерегова*) 428
6.2. Хронический пиелонефрит (*М.П. Михайлусова*) 439
6.3. Хроническая болезнь почек (*Е.В. Кудина*) 450
Глава 7. Остеопороз (*В.Н. Ларина*, *И.А. Самкова*) 463
Глава 8. Заболевания опорно-двигательного аппарата (*Е.Л. Насонов*, *А.А. Баранов*, *Э.Н. Оттева*) 483
8.1. Ревматоидный артрит 484
8.2. Остеоартроз (остеоартрит) 498
8.3. Псориатический артрит 508
8.4. Анкилозирующий спондилит 517
8.5. Подагра 528
8.6. Ревматическая полимиалгия 538
Глава 9. Анемии (*Е.В. Кудина*, *Е.В. Федорова*) 547
Глава 10. Медикаментозная токсидермия (*А.С. Дворников*, *Т.А. Гайдина*, *К.Е. Назимкин*) 569
Глава 11. Неотложные состояния (*М.В. Солодун*, *Е.В. Филиппов*, *Н.С. Журавлева*, *Е.В. Заикина*, *Н.С. Асфандиярова*, *А.Н. Воробьев*, *Т.Е. Филатова*, *А.Г. Якубовская*, *О.В. Дашкевич*, *К.А. Мосейчук*) 581
11.1. Резкое повышение артериального давления и гипертонический криз 582
11.2. Острый коронарный синдром 585
11.3. Коллапс 588
11.4. Тромбоэмболия легочной артерии 592
11.5. Приступ бронхиальной астмы 595
11.6. Анафилактический шок 598
11.7. Пневмоторакс 601
11.8. Гипергликемический синдром 603
11.9. Гипогликемическая кома 606
11.10. Желчная колика 609
11.11. Почечная колика 611
11.12. Отравление токсическими веществами 612
11.13. Сердечно-легочная реанимация 617

Литература 624
Приложение 1 635
Приложение 2 636
Предметный указатель 638

Электронное приложение. Алгоритмы формулировки диагнозов
http://www.studmedlib.ru/ru/doc/ISBN9785970465288-PRIL.html

ГЛАВА 2

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

2.1. ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ

Формулировка диагноза

При формулировке диагноза необходимо указать:

- нозологию;
- клиническую форму;
- степень тяжести;
- осложнения

Нозология

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) — гетерогенная группа заболеваний, этиологическими агентами которых служат различные респираторные вирусы, преимущественно поражающие эпителий верхних дыхательных путей.

Наиболее часто причиной ОРВИ являются вирусы гриппа, парагриппа, аденовирусы, риновирусы, ротавирусы, коронавирусы.

ОРВИ характеризуются высокой контагиозностью и восприимчивостью организма человека к возбудителям, быстрым и массовым распространением, а также значительным количеством осложнений, в первую очередь среди людей из группы риска (имеющих хронические заболевания, находящихся в иммунодефицитном состоянии, пожилых, беременных, особенно в III триместре, и др.).

Клиническая форма

На клиническую картину ОРВИ существенно влияют этиология, возраст пациента, состояние иммунной системы и наличие сопутствующих заболеваний.

В табл. 2.1 представлены виды ОРВИ и клинические проявления в зависимости от возбудителя.

Сезонность ОРВИ представлена на рис. 2.1.

Степень тяжести

Тяжесть состояния пациента зависит от выраженности интоксикационного синдрома и наличия осложнений. Выделяют легкую, среднюю и тяжелую степени течения ОРВИ.

- **Легкая степень**: повышенная температура тела, но не более 38,0 °С; головная боль умеренной выраженности; частота сердечных сокращений (ЧСС) <90 в минуту; систолическое артериальное давление (САД) ⩾110 мм рт.ст.; частота дыхательных движений (ЧДД) менее

Таблица 2.1. Виды острых респираторных вирусных инфекций и их клинические проявления

Заболевание	Возбудитель	Клинические проявления
Грипп	РНК-содержащие вирусы семейства *Orthomyxoviridae*	• Интоксикационный синдром выражен значительно. • Катарально-респираторный синдром (фарингит, ринит) выражен умеренно или отсутствует. • Геморрагический синдром
Парагрипп	РНК-содержащие вирусы семейства *Paramyxoviridae*	• Интоксикационный синдром выражен слабо или умеренно. • Катарально-респираторный синдром (ларингит, умеренный ринит, фарингит)
Аденовирусная инфекция	ДНК-содержащие вирусы рода *Mastadenovirus* из семейства *Adenoviridae*	• Интоксикационный синдром выражен умеренно. • Катарально-респираторный синдром (ринит, фарингит, конъюнктивит). • Лимфаденопатия (острый тонзиллит, гепатоспленомегалия). • Диспепсический синдром
Респираторно-синцитиальная инфекция	Респираторно-синцитиальный вирус из семейства *Paramyxoviridae*	• Интоксикационный синдром выражен слабо. • Катарально-респираторный синдром (ринит, фарингит, бронхиолит)
Риновирусная инфекция	РНК-содержащие вирусы рода *Rhinovirus*, семейства *Picornaviridae*	• Интоксикационный синдром выражен слабо. • Катарально-респираторный синдром (ринит, фарингит)
Ротавирусная инфекция	РНК-содержащие вирусы рода *Rotavirus* из семейства *Reoviridae*	• Интоксикационный синдром выражен слабо. • Катарально-респираторный синдром (фарингит). • Болевой синдром (схваткообразные боли в эпигастрии). • Диспепсический синдром

Окончание табл. 2.1

Заболевание	Возбудитель	Клинические проявления
Коронавирусная инфекция*	РНК-содержащие вирусы семейства *Coronaviridae*	• Интоксикационный синдром выражен слабо или значительно (в зависимости от штамма вируса). • Катарально-респираторный синдром (ринит, фарингит). • Потеря обоняния. • Пневмония
Метапневмовирусная инфекция	Метапневмовирус человека — РНК-содержащий вирус семейства *Pneumoviridae*	• Интоксикационный синдром слабо выражен. • Катарально-респираторный синдром (ринит, фарингит, бронхит, бронхиолит)

* Учитывая отсутствие достоверных данных по диагностике, клиническому течению и лечению новой коронавирусной инфекции COVID-19 (возбудитель SARS-CoV-2 — коронавирус тяжелого острого респираторного синдрома 2), а также наличие исключительно Временных методических рекомендаций по профилактике, диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции (COVID-19) на момент написания главы, информация о данном заболевании в учебник не внесена.

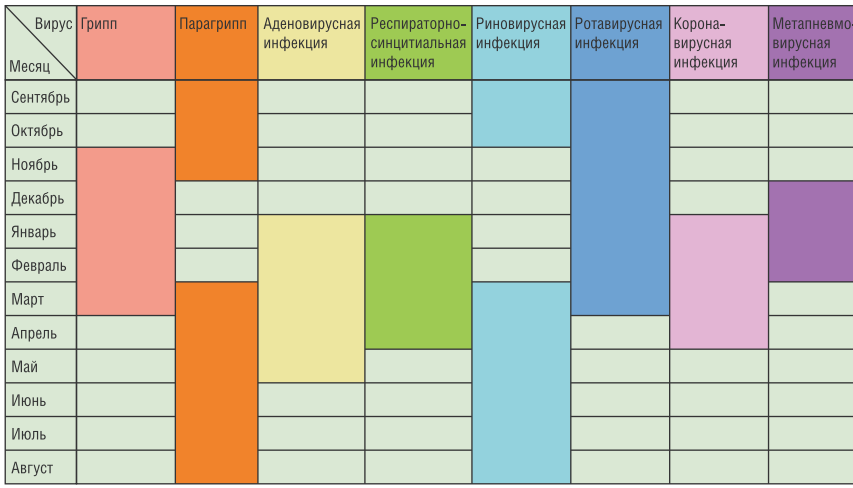

Рис. 2.1. Сезонность острых респираторных вирусных инфекций

24 в минуту; насыщение гемоглобина кислородом (SpO_2) >95%; отсутствие одышки; отсутствие клинической и аускультативной картины пневмонии.

- **Средняя степень**: температура тела в пределах 38,1–40 °С; выраженная головная боль; гиперестезия; ЧСС 90–120 в минуту; САД <110 мм рт.ст.; ЧДД 24–28 в минуту.
- **Тяжелая степень**: острое начало, температура тела более 40 °С, выраженные симптомы интоксикации (сильная головная боль, ломота в теле, бессонница, бред, анорексия, тошнота, рвота, менингеальные симптомы); ЧСС более 120 в минуту, пульс слабого наполнения, возможны аритмии; САД <90 мм рт.ст.; тоны сердца глухие; частота дыхания >28 в минуту.

Осложнения

Длительность ОРВИ 1–1,5 нед, однако промедление и отсутствие адекватного лечения с первых часов или дней заболевания может привести к развитию осложнений, особенно у пациентов с сопутствующей патологией.

Бактериальные суперинфекции часто сопутствуют ОРВИ, поэтому заболевания, вызванные вирусом гриппа, респираторно-синцитиальным вирусом и некоторыми другими вирусами, осложняются риносинуситом и пневмонией.

Вирусное поражение дыхательных путей нередко приводит к обострению хронических заболеваний легких, что становится причиной госпитализации пациентов.

Осложнения ОРВИ:

- бактериальные суперинфекции (пневмония, бронхит, отит, риносинусит, пиелонефрит и др.);
- миокардит;
- поражение нервной системы (менингит, энцефалит, арахноидит);
- декомпенсация сопутствующих хронических заболеваний — бронхиальной астмы, хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), сахарного диабета, хронической сердечной недостаточности (ХСН), заболеваний печени и почек.

Примеры формулировки диагноза

DS. Грипп, тяжелое течение, вирусная нижнедолевая правосторонняя пневмония.

DS. ОРВИ, легкое течение, период реконвалесценции.

DS. Коронавирусная инфекция (COVID-19), тяжелое течение, дыхательная недостаточность II степени.

Верификация диагноза

Диагноз ОРВИ устанавливают на основе комплекса клинических и эпидемиологических данных.

- Эпидемиологические данные: сопоставление с эпидемиологической официальной информацией о циркулирующих штаммах вирусов, появлении новых возбудителей, сроках начала эпидемии (рекомендовано заполнение формы 025/у-04).
- Клинические данные: жалобы и анамнез, физикальное обследование пациента, вирусологические исследования (полимеразная цепная реакция, серологические методы, иммунохроматографический тест для экспресс-диагностики гриппа непосредственно при осмотре пациента).

Жалобы пациента

В клинической картине ОРВИ выделяют следующие синдромы, формирующие жалобы пациентов:

- интоксикационный;
- катарально-респираторный;
- геморрагический;
- диспепсический;
- синдром лимфаденопатии.

Интоксикационный синдром — симптомокомплекс, характеризующий неспецифическую адаптационную реакцию макроорганизма на микробную агрессию, который включает:

- лихорадку;
- озноб;
- головную боль;
- боль в мышцах;
- слабость;
- снижение аппетита;
- потливость.

Катарально-респираторный (респираторный) **синдром** — воспаление слизистой оболочки дыхательных путей с гиперпродукцией секрета и активацией местных защитных реакций. Этот синдром может включать:

- ринит (заложенность носа, отделение слизи из носа, нарушение носового дыхания, кашель при оттоке слизи по задней стенке глотки, чихание);
- фарингит (першение и сухость в горле, болезненность при глотании);

- тонзиллит (гиперемия и отечность миндалин, слизистой оболочки нёбных дужек, язычка и задней стенки глотки);
- ларингит (сухой «лающий» кашель, осиплость голоса);
- трахеит (саднение за грудиной, сухой кашель);
- бронхит (кашель, наличие мокроты).

Геморрагический синдром (5–10% случаев) — синдром, характеризующийся появлением геморрагий на слизистых в месте входных ворот инфекции (конъюнктива, носоротоглотка), носовых кровотечений. Возможно тяжелое проявление этого синдрома с развитием токсического геморрагического отека легких.

Синдром лимфаденопатии — увеличение лимфатических узлов с нарушением их структуры и функции.

Диспепсический синдром — синдром, включающий следующие симптомы:

- отрыжку;
- тошноту;
- вздутие живота;
- диарею;
- отсутствие аппетита.

В большинстве случаев для ОРВИ характерно:

- наличие более одного респираторного симптома;
- вариабельность симптомов по продолжительности и интенсивности в зависимости от возраста пациента, серотипа вируса, состояния иммунного статуса, сопутствующей патологии и других факторов.

Анамнез

Сбор анамнеза включает ответы на следующие вопросы.

- Каким было начало заболевания (острое, постепенное), как развивались симптомы?
- Был ли контакт с людьми со схожими клиническими симптомами?
- Был ли эпизод переохлаждения накануне заболевания?
- Принимал ли пациент самостоятельно какие-либо лекарственные препараты. Если да, то какие и в какой дозе? Был ли эффект от проводимой терапии?
- Обращался ли пациент ранее к врачу? Какой был поставлен диагноз и какое было назначено лечение? Была ли назначенная терапия эффективна?

Физикальный осмотр

При осмотре выявляют физикальные признаки поражения верхних и нижних дыхательных путей.

Важное диагностическое значение имеет выявление фарингоконъюнктивального синдрома, бронхообструктивного синдрома, абдоминального синдрома, геморрагического синдрома, сыпи на кожном покрове, лимфаденопатии и др.

Лабораторные и инструментальные методы обследования

При ОРВИ проводят следующие лабораторные и инструментальные исследования:

- пульсоксиметрию (выполняют на всех этапах оказания медицинской помощи для ранней диагностики респираторных нарушений при осложненном течении заболевания);
- общий анализ крови при подозрении на бактериальные осложнения;
- общий анализ мочи при подозрении на бактериальные осложнения (пиелонефрит);
- рентгенографию органов грудной клетки (при подозрении на пневмонию);
- рентгенографию придаточных пазух носа (при подозрении на синуситы);
- электрокардиографию (ЭКГ) (при наличии кардиальных симптомов, сопутствующей сердечно-сосудистой и бронхолегочной патологий);
- полимеразную цепную реакцию при нетипичном течении заболевания (для обнаружения РНК или ДНК вирусов и установления конкретного возбудителя).

Если было проведено вирусологическое исследование, то в диагнозе указывают этиологический вариант заболевания. Если этиология не установлена, то диагноз формулируют как ОРВИ.

Дифференциальная диагностика

Дифференциальную диагностику проводят с заболеваниями, в клинической картине которых присутствуют перечисленные выше синдромы.

Показания к госпитализации

Обследование и лечение пациентов с ОРВИ в амбулаторных условиях возможно только после исключения показаний к экстренной госпитализации, к которым относят:

- тяжелую степень течения заболевания;
- признаки острой дыхательной недостаточности;
- отсутствие клинического эффекта от проводимого амбулаторного лечения;
- обострение/декомпенсацию сопутствующих заболеваний;

- развитие осложнений;
- возраст старше 65 лет (при среднетяжелом и тяжелом течении гриппа);
- беременность и послеродовый период (при гриппе);
- эпидемиологические показания — отсутствие возможности изоляции (например, проживание в гостинице, общежитии, доме для инвалидов и др.);
- инфекции, на которые распространяются международные медико-санитарные правила (соблюдение всех необходимых мероприятий для ограничения распространения инфекции с момента ее выявления, например, при инфицировании человека SARS-CoV-2).

В период эпидемического подъема заболеваемости экстренная госпитализация в инфекционный стационар показана до 4–5 дня с момента начала заболевания, в профильный стационар (в зависимости от вида и тяжести осложнения) — после 5-го дня с начала заболевания.

Лечение

Цель лечения ОРВИ — быстрое и полное клиническое выздоровление пациента.

Основные задачи лечения ОРВИ:

- подавление репликации вирусов на ранних этапах заболевания;
- купирование клинических симптомов заболевания;
- профилактика и лечение осложнений.

ОРВИ легкой и среднетяжелой форм лечат в амбулаторных условиях; лечение должно начинаться с момента появления первых симптомов заболевания.

Принципы терапии

Во время эпидемического подъема заболеваемости ведущая роль принадлежит этиотропным лекарственным препаратам, назначенным в первые часы или первые 1–2 сут после начала заболевания — средствам первой линии защиты, обладающих прямым и ингибирующим действием на репродукцию вирусов.

Критериями эффективности противовирусных препаратов считают уменьшение выраженности интоксикационного и респираторных симптомов.

Немедикаментозная терапия

В повседневной клинической практике акцент в лечении ОРВИ делают на **мероприятия общего характера**:

- соблюдение домашнего режима;
- обильное питье;

- аэрацию помещений;
- ограничение физических нагрузок;
- витаминотерапию.

Медикаментозная терапия

Препараты для **этиотропной терапии** (блокада репликации вирусов) условно делят на две группы:

- препараты с доказанной противовирусной активностью и изученным механизмом действия;
- препараты с противовирусной активностью, основанной на сложном воздействии на вирус и иммунных механизмах макроорганизма.

Препараты с доказанной противовирусной активностью и изученным механизмом действия включают:

- ингибиторы выхода вируса из клетки (осельтамивир, занамивир);
- ингибиторы выхода вируса из эндосомы (римантадин, амантадин);
- ингибиторы входа вируса в клетку (умифеновир).

В амбулаторных условиях рекомендовано назначение ингибиторов нейраминидазы вирусов гриппа типа А и В — осельтамивира или занамивира — в первые 36 ч с момента появления симптомов при легких и среднетяжелых неосложненных формах гриппа.

Осельтамивир рекомендован к применению внутрь по 75 мг 2 раза в сутки (суточная доза — 150 мг; суточная доза при тяжелом течении — 300 мг) в течение 5–10 сут.

Занамивир рекомендован к применению ингаляционно через дискхалер по 2 ингаляции 2 раза в сутки в течение 5 сут в суточной дозе 20 мг (следует соблюдать осторожность при применении для лечения пациентов с бронхоспазмом).

Возможно использование указанных выше препаратов при лечении гриппа у беременных и кормящих женщин.

Умифеновир рекомендован к применению перорально по 200 мг 4 раза в сут в течение 5 сут.

Применение амантадина и римантадина ограниченно, поскольку данные препараты активны только в отношении вируса гриппа типа А и не активны в отношении вируса гриппа типа В.

Ингибиторы нейраминидазы используют в качестве этиотропной терапии гриппа; при лечении других ОРВИ можно использовать умифеновир.

Препараты с противовирусной активностью, основанной на сложном воздействии на вирус и иммунных механизмах макроорганизма, включают препараты интерферонового ряда и индукторы синтеза эндогенного интерферона.

Препараты для иммунотерапии вирусных инфекций, в частности интерфероны-γ, блокируют репликацию вирусных ДНК и РНК, синтез вирусных белков, сборку зрелых вирусных частиц, активируют продукцию белков острой фазы воспаления и усиливают экспрессию генов C_2 и C_4 компонентов системы комплемента.

Индукторы интерферонов способствуют синтезу сбалансированного количества эндогенных интерферонов, а их однократное введение в терапевтических дозах приводит к длительной продукции эндогенных интерферонов.

Основные этиотропные средства в терапии ОРВИ представлены в табл. 2.2.

Таблица 2.2. Основные этиотропные средства в терапии острых респираторных вирусных инфекций

Название препарата	Механизм	Дозировка и кратность применения
Осельтамивир	Ингибитор вирусной нейраминидазы	75 мг; по 1 капсуле 2 раза в сутки в течение 5 суток
Занамивир	Ингибитор вирусной нейраминидазы	5 мг (1 ингаляция); по 2 ингаляции 2 раза в сутки в течение 5 суток
Умифеновир	Прямое противовирусное действие	200 мг; по 1 капсуле 4 раза в сутки в течение 5 суток
Имидазолилэтанамид пентандиовой кислоты	Непрямое противовирусное действие	90 мг; по 1 капсуле 1 раз в сутки в течение 5–7 суток
Кагоцел♠	Индуктор эндогенного лейкоцитарного интерферона	12 мг; по 2 таб. 3 раза в сутки в первые двое суток, по 1 таб. 3 раза в сутки в следующие двое суток. Длительность приема — 4 суток

Симптоматическая терапия ОРВИ направлена на ликвидацию основных проявлений заболевания и включает жаропонижающие, обезболивающие и уменьшающие проявления катарального синдрома препараты (табл. 2.3).

Для купирования лихорадки, головной боли, артралгии и миалгии при ОРВИ эффективно использование НПВП, которые, наряду с жаропонижающим действием, обладают противовоспалительным эффектом:

- ибупрофен — по 200/400 мг 3–4 раза в сутки (максимальная суточная доза — 1200 мг);
- целекоксиб — по 100/200 мг 2 раза в сутки (максимальная суточная доза — 400 мг).

Таблица 2.3. Симптоматическая терапия острых респираторных вирусных инфекций

Название препарата	Механизм	Дозировка и кратность применения
НПВП		
Парацетамол	Блокирует ЦОГ I и II в ЦНС, воздействуя на центры боли и терморегуляции	500 мг; 1 таб. при температуре тела выше 38,5 °С или плохой переносимости интоксикационного синдрома
Ибупрофен	Селективный блокатор ЦОГ I и II, блокирует образование простогландинов; оказывает обезболивающее, жаропонижающее и противовоспалительное действие	200–400 мг; 1 таб. при повышении температуры тела выше 38,5 °С или плохой переносимости интоксикационного синдрома
Целекоксиб	Селективный блокатор ЦОГ I и II, блокирует образование простогландинов; оказывает обезболивающее, жаропонижающее и противовоспалительное действие	100–200 мг; 1 таб. при повышении температуры тела выше 38,5 °С или плохой переносимости интоксикационного синдрома
Мукоактивные препараты		
Гвайфенезин	Стимулирует гастропульмональный рефлекс, повышает активность мукоцилиарного эпителия и улучшает мукоцилиарный транспорт	200–400 мг; 10–20 мл; 3 раза в сутки в течение 7 суток
Ацетилцистеин	Муколитик (разрывает дисульфидные связи белков секрета)	В дозе 200 мг 3 раза в сутки; в дозе 600 мг 1 раз в сутки в течение 5–10 суток
Бромгексин	Усиливают продукцию сурфактанта, снижающего адгезию секрета	8 мг; 3–4 раза в сутки в течение 4–6 суток
Амброксол		30 мг; 3 раза в сутки в течение 4–5 суток
Эрдостеин	Муколитик + мукокинетик (усиливает секреторную функцию дыхательных путей)	300 мг; 2 раза в сутки в течение 10 суток
Антитуссивные препараты		
Бутамират	Снижает действие кашлевого центра	20–50 мг; 2–3 раза в сутки в течение 5 суток

Аббревиатуры: НПВП — нестероидный противовоспалительный препарат; ЦОГ — циклооксигеназа; ЦНС — центральная нервная система.

В качестве жаропонижающего средства рекомендован парацетамол в дозе 500–1000 мг до 4 раз в сутки внутрь (при повышении температуры тела более 38–38,5 °С).

Комбинированные симптоматические средства, содержащие НПВП/антигистаминные препараты/витамин С (табл. 2.4), позволяют

Таблица 2.4. Комбинированные препараты в терапии острых респираторных вирусных заболеваний

Название препарата	Состав	Дозировка и кратность применения
Колдрекс♠	• Парацетамол — 500 мг • Кофеин — 25 мг • Фэнилэфрин — 5 мг • Терпингидрат — 20 мг • Аскорбиновая кислота — 38 мг	По 1 пакетику 3–4 раза в сутки в течение 3–5 суток
ТераФлю♠	• Парацетамол — 325 мг • Фенирамин — 20 мг • Фэнилэфрин — 10 мг	По 1 пакетику 2–3 раза в сутки в течение 3–5 суток
Фервекс	• Парацетамол — 500 мг • Фенирамин — 25 мг • Аскорбиновая кислота — 200 мг	По 1 пакетику 2–3 раза в сутки в течение 3–5 суток
АнвиМакс♠	• Парацетамол — 360 мг • Аскорбиновая кислота — 300 мг • Кальция глюконат —100 мг • Римантадин — 50 мг • Рутозид — 20 мг • Лоратадин — 3 мг	По 1 пакетику 2–3 раза в сутки в течение 3–5 суток
Риниколд♠	• Парацетамол — 500 мг • Кофеин — 30 мг • Фэнилэфрин — 10 мг • Хлофенамин — 2 мг	По 1 таб./пакетику 3 раза в сутки в течение 3–5 суток
Антигриппин♠	• Парацетамол — 500 мг • Хлофенамин — 10 мг • Аскорбиновая кислота — 200 мг	По 1 таб. 2–3 раза в сутки в течение 3–5 суток
Колдакт Флю Плюс♠	• Парацетамол — 200 мг • Фэнилэфрин — 25 мг • Хлофенамин — 8 мг	По 1 капсуле 2–3 раза в сутки в течение 3–5 суток

избежать приема многочисленных препаратов и повысить приверженность пациентов лечению.

Некоторые из комбинированных препаратов содержат симпатомиметик фенилэфрин, обладающий сосудосуживающим действием, что необходимо учитывать при назначении этих препаратов пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ).

Профилактика

Профилактика ОРВИ включает комплекс следующих мероприятий:

- ограничение контактов;
- ношение масок в общественных местах в период эпидемии;
- частое мытье рук;
- закаливание;
- вакцинопрофилактику.

Виды вакцин:

- цельновирионные — живые аттенуированные или инактивированные вакцины;
- сплит-вакцины — вакцины, содержащие поверхностные и внутренние белки, очищенные от липополисахаридов;
- субъединичные вакцины — содержат только поверхностные антигены.

Экспертиза нетрудоспособности

При ОРВИ пациента признают временно нетрудоспособным.

Длительность нетрудоспособности зависит от тяжести клинических симптомов и наличия осложнений.

При неосложненном течении ОРВИ пациент временно нетрудоспособен в течение 6 сут.

Диспансерное наблюдение

Частота осмотров и объем обследования зависят от вида и выраженности осложнения.

Вопросы для самоконтроля

1. *Тактика ведения пациента с гриппом на амбулаторном этапе.*
2. *Дифференциальная диагностика острых респираторных вирусных заболеваний.*
3. *Осложнения острых респираторных вирусных заболеваний.*

2.2. ОСТРЫЙ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТ

Формулировка диагноза

При формулировке диагноза необходимо указать:

- нозологию;
- этиологический вариант;
- клиническую форму;
- степень тяжести;
- осложнения

Нозология — «острый тонзиллофарингит»

Острый тонзиллофарингит (ОТФ) — острое инфекционное воспаление лимфатических структур ротоглотки (нёбных миндалин, лимфоидных фолликул задней стенки глотки) и задней стенки глотки.

Термин «ангина» в настоящее время рекомендовано не использовать.

Этиологический вариант

Основные возбудители ОТФ у взрослых — респираторные вирусы: аденовирусы, риновирусы, коронавирусы, вирусы гриппа и парагриппа, вирус Эпстайна–Барр и вирус Коксаки А.

Среди ведущих бактериальных возбудителей чаще всего встречается β-гемолитический стрептококк группы А *Streptococcus pyogenes*, реже стрептококки группы С и G.

ОТФ может быть симптомом заболеваний, вызванных специфическими инфекциями (дифтерия, инфекционный мононуклеоз и др.). Воспаление миндалин характерно и для заболеваний крови (лейкозы, агранулоцитоз) из-за сниженной общей и местной реактивности организма.

ОТФ преимущественно встречается у детей и молодых людей (до 35 лет). Источник инфекции — больные люди или носители. Путь инфицирования — воздушно-капельный.

Классификация ОТФ в зависимости от этиологического фактора

- Первичный.
- Вторичный:
  - при инфекционных заболеваниях;
  - при заболеваниях систем крови.

Классификация ОТФ по виду возбудителя:

- острый стрептококковый тонзиллофарингит;

- острый тонзиллофарингит, вызванный другим уточненным возбудителем (нестрептококковый);
- острый тонзиллофарингит неуточненный.

Клиническая форма

Выделяют типичные и нетипичные формы ОТФ.

Классификация ОТФ по клинико-морфологическим признакам

- Типичные формы:
  - катаральный;
  - фолликулярный;
  - лакунарный.
- Нетипичные формы:
  - язвенно-пленчатый;
  - язвенно-некротический.

Клиническая картина острого тонзиллофарингита

Инкубационный период в среднем составляет 1–4 сут. Заболевание начинается остро и сопровождается интоксикационным синдромом, регионарной лимфаденопатией, синдромом боли в горле. Выраженность лихорадки, интоксикации и фарингоскопическая картина зависят от формы заболевания.

Катаральный тонзиллофарингит

Катаральный тонзиллофарингит, как правило, служит проявлением вирусного заболевания, нередко сочетаясь с другими проявлениями ОРВИ (кашель, ринит). Клиническая картина зависит от особенностей возбудителя.

Фолликулярный и лакунарный тонзиллофарингит

В большинстве случаев возбудителем служит β-гемолитический стрептококк. Эти формы тонзиллита протекают с более выраженными симптомами. Выражены явления интоксикации (повышение температура тела до 39–40 °С, общая слабость, головная боль, боль в суставах и мышцах).

Степень тяжести

Выделяют три степени тяжести по выраженности общих симптомов интоксикации:

- 1-я — легкое течение;
- 2-я — течение средней тяжести;
- 3-я — тяжелое течение.

Осложнения

Осложнения характерны в основном для стрептококкового тонзиллита и включают:

- перитонзиллит;
- паратонзиллярный абсцесс;
- гнойный лимфаденит регионарных лимфатических узлов;
- синуситы;
- отиты;
- тонзиллогенный медиастинит;
- метатонзиллярные заболевания (ревматизм, инфекционно-аллергический миокардит и полиартрит, гломерулонефрит).

Примеры формулировки диагноза

DS. Острый лакунарный тонзиллофарингит стрептококковой этиологии тяжелого течения, паратонзиллярный абсцесс справа.

DS. Острый фолликулярный тонзиллофарингит неуточненной этиологии среднетяжелого течения.

DS. Острый катаральный тонзиллофарингит вирусной этиологии легкого течения.

Верификация диагноза

Диагноз ОТФ устанавливают на основании:

- жалоб пациента;
- данных анамнеза;
- физикального осмотра (включающего измерение температуры тела, оценку кожных покровов и лимфатических узлов, мезофарингоскопию);
- микробиологического обследования;
- исключения других заболеваний.

Жалобы пациента

В клинической картине ОТФ выделяют следующие синдромы, формирующие жалобы пациентов:

- интоксикационный синдром;
- боль в горле;
- лимфаденопатия;
- катарально-респираторный синдром.

Интоксикационный синдром — симптомокомплекс, характеризующий неспецифическую адаптационную реакцию макроорганизма на микробную агрессию, который включает:

- лихорадку;
- озноб;
- головную боль;
- боль в мышцах;

- слабость;
- снижение аппетита;
- потливость.

Типичен **синдром боли в горле** — дискомфорт или боль в горле, усиливающиеся при глотании. При выраженном воспалительном процессе или осложнениях боль иррадиирует в ухо.

Синдром лимфаденопатии — увеличение лимфатических узлов с нарушением их структуры и функции.

Катарально-респираторный (респираторный) **синдром** — воспаление слизистой оболочки дыхательных путей с гиперпродукцией секрета и активацией местных защитных реакций. Этот синдром может включать:

- ринит (заложенность носа, отделение слизи из носа, нарушение носового дыхания, кашель при оттоке слизи по задней стенке глотки, чихание);
- фарингит (першение и сухость в горле, болезненность при глотании);
- тонзиллит (гиперемия и отечность миндалин, слизистой оболочки нёбных дужек, язычка и задней стенки глотки);
- ларингит (сухой «лающий» кашель, осиплость голоса);
- трахеит (саднение за грудиной, сухой кашель).

Анамнез

Сбор анамнеза включает ответы на следующие вопросы.

- Каким было начало заболевания (острое, постепенное), как развивались симптомы?
- Был ли контакт с людьми со схожими клиническими симптомами?
- Был ли эпизод переохлаждения накануне заболевания?
- Принимал ли пациент самостоятельно какие-либо лекарственные препараты. Если да, то какие и в какой дозе? Был ли эффект от проводимой терапии?
- Обращался ли пациент ранее к врачу? Какой был поставлен диагноз и какое было назначено лечение? Была ли назначенная терапия эффективна?

Физикальный осмотр

При осмотре выявляют физикальные признаки поражения верхних дыхательных путей.

Всем пациентам рекомендовано проведение **мезофарингоскопии** с использованием шпателя.

Различают несколько форм ОТФ (рис. 2.2).

- **Катаральный тонзиллофарингит**: гиперемия мягкого нёба, нёбных дужек и миндалин; налет отсутствует; миндалины увеличены преимущественно за счет инфильтрации и отечности.
- **Фолликулярный тонзиллофарингит**: миндалины гипертрофированы, резко отечны; сквозь эпителиальный покров просвечивают нагноившиеся фолликулы в виде беловато-желтоватых образований величиной с булавочную головку (картина «звездного неба»); нагноившиеся фолликулы вскрываются, образуя гнойный налет, не распространяющийся за пределы миндалин.
- **Лакунарный тонзиллофарингит**: выраженная гиперемия, отек и инфильтрация миндалин; расширение лакун; желтовато-белое фибринозно-гнойное содержимое лакун образует на поверхности миндалин рыхлый налет в виде мелких очагов или пленки; налет не выходит за пределы миндалин, легко удаляется, не оставляя кровоточащего дефекта.

Катаральный тонзиллит Лакунарный тонзиллит Фолликулярный тонзиллит

Рис. 2.2. Формы острого тонзиллофарингита (Пальчун В.Т., Лучихин Л.А., Магомедов М.М. Руководство по практической оториноларингологии. Москва: Медицинское информационное агентство, 2010. 344 с.)

Лабораторное обследование

Клинический анализ крови.

Микробиологическая диагностика включает:

- забор материала (слизи или гноя) с нёбных миндалин;
- посев на питательную среду (позволяет определить разновидность возбудителя, а также чувствительность и резистентность к антибиотику);
- быстрые антигенные тесты (применяют для выявления β-гемолитического стрептококка группы А).

Необходимость проведения бактериологического исследования определяют с учетом вероятности стрептококкового генеза ОТФ (табл. 2.5).

Таблица 2.5. Шкала оценки вероятности стрептококковой этиологии острого тонзиллофарингита по Мак-Исааку

Критерий		Количество баллов
Температура тела более 38 °С		1
Отсутствие кашля		1
Увеличение и болезненность шейных лимфатических узлов		1
Отечность нёбных миндалин и наличие экссудата		1
Возраст, лет	3–14	1
	15–44	0
	≥45	–1
ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТА		
Общее количество баллов	Риск инфицирования β-гемолитическим стрептококком группы А, %	Тактика
0	1–2	Нет необходимости в дальнейшем исследовании и назначении антибактериальной терапии
1	5–10	
2	11–17	Бактериологическое исследование мазка, назначение антибактериальной терапии при положительном результате
3	18–35	
≥4	36–53	Эмпирическое лечение (при высокой лихорадке, неудовлетворительном общем состоянии и недавнем появлении симптомов) или микробиологическая диагностика

Дифференциальная диагностика

В табл. 2.6 представлена дифференциальная диагностика вторичных ОТФ.

Таблица 2.6. Дифференциальная диагностика острых тонзиллофарингитов

Заболевание	Возбудитель	Клиническая картина	Мезофарингоскопия
Язвенно-пленчатый тонзиллит (Симановского–Плаута–Венсана)	Сапрофитная флора полости рта — веретенообразная палочка и лептоспира	• Интоксикационный синдром не выражен. • Лимфаденопатия в регионарных лимфатических узлах на стороне поражения. • Неприятный запах изо рта. • Болевой синдром на стороне поражения выражен умеренно	Одностороннее поражение, миндалина гиперемирована и отечна. Серовато-белый (редко пленчатый) налет на 1-е сутки заболевания; глубокая кратерообразная язва с неровными краями и грязно-серым дном — на 4–5-е сутки
Инфекционный мононуклеоз	Вирус Эпштейна-Барр	• Интоксикационный синдром выражен. • Боль в горле. • Гепатоспленомегалия. • Лимфаденопатия (шейные, затылочные, подмышечные, абдоминальные, паховые и др.)	Миндалины увеличены, отечны, покрыты налетом фибрина
Вирусные тонзиллофарингиты	Аденовирус, риновирус, коронавирус, вирусы гриппа и парагриппа	• Интоксикационный синдром. • Регионарная лимфаденопатия. • Синдром боли в горле. • Катарально-респираторные симптомы (кашель, ринит, охриплость голоса, конъюнктивит, стоматит)	Гипертрофия и гиперемия миндалин и нёбных дужек

Продолжение табл. 2.6

Заболевание	Возбудитель	Клиническая картина	Мезофарингоскопия
Скарлатина	β-Гемолитический стрептококк группы А	• Интоксикационный синдром. • Регионарный лимфаденит. • Мелкоточечная ярко-розовая не сливающаяся сыпь на гиперемированном фоне кожи; свободным от сыпи остается носогубный треугольник	Отграниченная дужками гиперемия слизистой и миндалин («пылающий зев»), точечная энантема на мягком нёбе, развитие острого тонзиллита (катарального, фолликулярного, лакунарного или некротического). Язык в 1-е сутки густо обложен белым налетом; к 4-м суткам — ярко малиновый
Дифтерия	Коринобактерия	• Нетоксическая форма дифтерии ротоглотки: умеренно выраженные синдром интоксикации и боль в горле, увеличение регионарных лимфатических узлов. • Токсическая форма дифтерии ротоглотки: выраженные синдром интоксикации и отек подкожной клетчатки шеи	• Локализованная дифтерия ротоглотки — фибринозные налеты не выходят за пределы нёбных миндалин. • Распространенная дифтерия ротоглотки — специфическое воспаление за пределами миндалин на язычке, мягком нёбе, в гортани, полости носа
Грибковый тонзиллит	Грибы рода *Candida,* реже *Aspergillus* и *Penicillium*	• Интоксикационный синдром выражен слабо. • Першение, сухость, болезненность в горле	Гипертрофия и гиперемия миндалин; ярко-белый, рыхлый, творожистый налет, снимается без повреждения нижележащей ткани

Окончание табл. 2.6

Заболевание	Возбудитель	Клиническая картина	Мезофарингоскопия
Энтеровирусная инфекция	Вирус Коксаки А, реже Коксаки В	• Острое начало. • Умеренно выраженный интоксикационный синдром. • Затруднение глотания, боль в горле. • Диспепсический синдром. • Регионарная лимфаденопатия	Мелкие красноватые пузырьки на мягком нёбе, язычке, задней стенке глотки, редко миндалинах; после вскрытия пузырьков образуются быстро заживающие эрозии
Лейкоз (лейкемия)	—	Начальная стадия бессимптомна или есть незначительные изменения в крови. В развернутый период: • выраженный симптом интоксикации; • лимфаденопатия; • гепатоспленомегалия; • геморрагический синдром; • анемия	Язвенно-некротические поражения миндалин с переходом на слизистую полости рта. Налеты бурого или серого цвета, при отторжении видны кровоточащие участки
Алиментарно-токсическая алейкия («пищевой микотоксикоз»)	Грибы рода *Fusarium*	• Начальная стадия характеризуется слабостью, потливостью, диспепсией и длится 2–3 сут. • Лейкопеническая стадия длится 2–3 нед, в этот период нарастает синдром интоксикации. • Ангинозно-геморрагическая стадия (до 6 нед): выражена интоксикация, петехиальные высыпания на коже, кровотечения, некротическая ангина	На миндалинах налеты грязно-бурого цвета, переходящие на нёбные дужки и язычок

Показания к госпитализации

Обследование и лечение пациентов с ОТФ в амбулаторных условиях возможно только после исключения показаний к госпитализации, к которым относят:

- тяжелое течение острого тонзиллофарингита;
- паратонзиллит;
- паратонзиллярный абсцесс;
- латерофарингеальный абсцесс, флегмону шеи;
- отек глотки и гортани;
- тонзиллогенный медиастинит;
- тонзиллогенный сепсис.

Лечение

Тонзиллофарингит легкого и среднетяжелого течения лечат амбулаторно.

Принципы терапии

Катаральные тонзиллофарингиты лечат по общим принципам терапии ОРВИ. При фолликулярной и лакунарной формах тонзиллофарингитов эмпирически подбирают антибактериальную терапию. Критерии эффективности этиотропной терапии: уменьшение интоксикационного синдрома, респираторных и болевого симптомов.

Медикаментозная терапия

Антибактериальная терапия показана при наличии гнойных налетов на миндалинах или подтвержденной стрептококковой этиологии.

Препараты выбора — β-лактамные антибиотики (в первую очередь пенициллинового ряда): амоксициллин по 1000 мг 2 раза в сутки (доза зависит от тяжести состояния, возраста и массы тела пациента).

Препараты второй линии — оральные цефалоспорины: цефуроксим, цефиксим, цефтибутен, цефдиторен.

При непереносимости β-лактамов в лечении тонзиллитов рекомендовано применение макролидов, обладающих антистрептококковой активностью и способных накапливаться в высокой концентрации в очаге инфекции.

Ингибиторозащищенные аминопенициллины в лечении стрептококковых тонзилитов **применять не следует**, так как бактерии рода *Streptococcus*, включая и β-гемолитический стрептококк группы А, не продуцируют β-лактамазы.

Другие виды терапии

В первые дни заболевания обязателен постельный режим, затем домашний режим с исключением физических нагрузок.

Основная диета: нераздражающая мягкая пища, преимущественно растительно-молочная; обильное теплое питье.

НПВП показаны при температуре тела ⩾38 °С и/или болевом синдроме.

Можно применять местные антисептики в виде растворов для полосканий, ингаляций, а также в виде таблеток и пастилок для рассасывания, содержащие хлоргексидин, йод, прополис, растительные антисептики и масла.

Профилактика

Специфическая профилактика не разработана. Для предупреждения распространения инфекции большое значение имеет своевременная изоляция пациентов с ОТФ. Индивидуальная профилактика заключается в повышении общей резистентности организма (закаливании), устранении раздражающих факторов (пыли, дыма, чрезмерной сухости воздуха).

Экспертиза нетрудоспособности

Срок временной нетрудоспособности — 7–14 дней в зависимости от характера поражения миндалин.

Диспансерное наблюдение

За пациентом, который перенес ОТФ, устанавливают медицинское наблюдение в течение 1 мес. На 1-й и 3-й неделе проводят ЭКГ, а также выполняют общий анализ крови и мочи.

Вопросы для самоконтроля

1. Принцип формулировки диагноза ОТФ.
2. Современная классификация ОТФ.
3. Клинические проявления ОТФ.
4. Осложнения ОТФ.
5. Тактика ведения пациента с лакунарным тонзиллофарингитом.