

Алгоритм дії лікаря при наданні медичної допомоги хворим на гострі респіраторні інфекції

Наприкінці 2012 р. в Україні офіційно започатковано процес стандартизації медичної допомоги, в основу якого покладено створення медико-технологічних документів (МТД), що базуються на засадах доказової медицини з урахуванням найкращих світових практик. Виконання вимог МТД — обов'язкове для всіх практикуючих лікарів незалежно від закладу, в якому вони працюють, а також фізичних осіб-підприємців. Редакція «Українського медичного часопису» підготувала більш зручну, на нашу думку, інформацію щодо необхідних дій лікарів усіх спеціальностей при наданні медичної допомоги хворим на гострі респіраторні інфекції відповідно до вимог наказу Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України від 16.07.2014 р. № 499, підготовленого мультидисциплінарною робочою групою, до складу якої входили фахівці зі спеціальностей «Інфекційні хвороби», «Загальна практика — сімейна медицина», «Бактеріологія», «Епідеміологія», «Дитячі інфекційні хвороби», «Нейрохірургія», «Педіатрія», «Терапія», «Пульмонологія та фтизіатрія», «Дитяча імунологія», «Мікробіологія і вірусологія», «Медицина невідкладних станів», за методичної підтримки Департаменту стандартизації медичних послуг Державного експертного центру МОЗ України.

Діагноз «гострі респіраторні інфекції» (ГРІ) включає такі коди хвороб за МКХ-10:

- J00 Гострий назофарингіт (нежить)
- J01 Гострий синусит
- J01.0 Гострий синусит верхньої щелепи
- J01.1 Гострий фронтальний синусит
- J01.2 Гострий етмоїдальний синусит
- J01.3 Гострий сфеноїдальний синусит
- J01.4 Гострий пансинусит
- J01.8 Інший гострий синусит
- J01.9 Гострий синусит неуточнений
- J02 Гострий фарингіт
- J02.9 Гострий фарингіт неуточнений
- J03 Гострий тонзиліт
- J03.9 Гострий тонзиліт неуточнений
- J04 Гострий ларингіт і трахеїт
- J04.0 Гострий ларингіт
- J04.1 Гострий трахеїт
- J04.2 Гострий ларинготрахеїт
- J06 Гострі інфекції верхніх дихальних шляхів множинних або неуточнених локалізацій
- J06.0 Гострий ларингофарингіт
- J06.8 Інші гострі інфекції верхніх дихальних шляхів із множинними локалізаціями
- J06.9 Гостра інфекція верхніх дихальних шляхів неуточнена
- J20 Гострий бронхіт
- J20.9 Гострий бронхіт неуточнений
- J21 Гострий бронхіоліт
- J21.9 Гострий бронхіоліт неуточнений
- J22 Гостра респіраторна інфекція нижніх дихальних шляхів неуточнена
- J40 Бронхіт неуточнений як гострий або хронічний

Примітка: неуточнений бронхіт у дітей віком до 15 років може вважатися як гострий і тому вноситься у рубрику J20.

У разі, якщо респіраторна патологія відноситься більше ніж до однієї локалізації процесу і самостійно не виділена в рубриках класифікації, тоді вона має класифікуватися за ознакою нижчерозміщеної

анатомічної локалізації (наприклад трахеобронхіт шифрується як бронхіт під рубрикою J40).

В етіологічній структурі ГРІ найбільша частка належить вірусам, і на сьогодні відома значна кількість збудників гострих респіраторних вірусних інфекцій (ГРВІ), які переважно належать до 9 різних груп вірусів — грип, парагрип, адено-, РС- (респіраторно-синцитіальний), пікорна-, корона-, рео-, ентеро- та герпесвіруси.

ГРІ у дорослих найчастіше спричиняють такі бактеріальні мікроорганізми:

- переважно умовно-патогенна кокова мікрофлора (гострий фарингіт, бронхіт). Як особливо небезпечні та високононтагенні виокремлюють менінгококову інфекцію, дифтерію;
- леґіонела;
- мікоплазма;
- хламідії.

Вони спричиняють появу різноманітних клінічних проявів — назофарингіту, ангіни (гострого тонзиліту), бронхіту. Збудники цієї групи частіше, ніж віруси, викликають розвиток пневмонії. У патогенезі частини з них (мікоплазмозу, хламідіозу, рикетсіозу) велике значення має клітинний імунітет, певні недоліки якого часто призводять до персистенції цих збудників, особливо у дітей. Відтак у багатьох випадках лікарі мають справу не з черговим інфікуванням, а з реактивацією персистуючої інфекції, що необхідно враховувати у лікуванні.

ГРІ, що спричиняються умовно-патогенною мікрофлорою, насамперед коковою, мають переважно ознаки циклічного інфекційного процесу, що здатен до самоліквідації.

У патогенезі ГРВІ можна виокремити такі етапи:

- Ураження чутливого епітелію. Для частини ГРВІ існує певна вибірковість ураження верхніх дихальних шляхів, пов'язана з рецепторно-лігандними

взаємовідносинами, що дозволяє клінічно запідозрити етіологію ГРВІ.

- Розмноження вірусів в епітелії верхніх дихальних шляхів та його ушкодження.
- Генералізація процесу, вірусемія, ураження судинної стінки з розвитком вторинних процесів.
- Формування системної клітинної імунної відповіді, стимуляція розвитку серологічного захисту.
- Усунення інфекційного процесу, розвиток серологічного захисту, репаративні процеси відновлення.

Важливим у перебігу ГРВІ є те, що одужання від них відбувається за рахунок активізації клітинного захисту, антитіла з'являються пізно, вже в період ранньої реконвалесценції, мають значення переважно для профілактики повторного інфікування.

Для ГРІ властиві дві форми епідемічного процесу — спорадичні захворювання та епідемічні спалахи. У період епідемічного спалаху відзначають переважання певної нозології, однак ніколи етіологічна структура не буває однорідною. Ця група хвороб постійно поповнюється новими представниками, які можуть стати причиною тяжкої патології.

Повітряний шлях передавання збудника, висока сприйнятливість населення практично до всіх збудників ГРІ зумовлює основну епідеміологічну особливість — швидкість та широту їхнього розповсюдження. ГРІ практично необмежені, суттєво зростають в умовах у періоди сезонного імунодефіциту, що виникає в зимовий та зимово-весняний періоди. Іноді спалахи можуть виникати й у більш ранній період, хоча це, швидше, виняток, ніж правило.

Неодноразові випадки ГРІ навіть під час сезонного підвищення захворюваності зумовлені відсутністю перехресного імунітету не лише між представниками окремих груп, а й між окремими сероварами в ме-

жах одного збудника. Суттєвим є також те, що ці збудники досить стійкі в зовнішньому середовищі.

Більшості ГРІ властива сезонність, максимальний рівень захворюваності реєструють в осінньо-зимову, зимово-весняну, а ентеровірусної — у весняно-літню пору року.

На епідемічний процес ГРІ впливають біологічні, соціальні, природні фактори, що на сьогодні недостатньо вивчені. Ландшафтні, біоценотичні, кліматичні та інші умови впливають на нього, сприяють або протидіють життєдіяльності респіраторних збудників.

Дії лікаря відповідно до вимог Міністерства охорони здоров'я України

Діагностика

Оскільки в цьому протоколі розглядають ГРІ, що здатні до самоліквідації без лікування, то в більшості випадків немає клінічної потреби в ідентифікації збудника. Лікар встановлює топічний діагноз та вирішує питання симптоматичної терапії та стратегії антибіотикотерапії.

Дії лікаря

Обов'язкові

1. Збір анамнезу.
2. Клінічне обстеження: огляд, передня риноскопія, фарингоскопія, отоскопія, перкусія та аускультация грудної клітки, пальпація регіональних лімфатичних вузлів.
3. Встановлення діагнозу (табл. 1).
4. Інформування пацієнта про природний перебіг цієї хвороби та середню її тривалість (табл. 2).

Бажані

Лабораторна діагностика: загальний аналіз крові, мазок із слизової оболонки носа та зіва на бактеріологічне обстеження; обстеження на грип.

Лікування

Для пацієнтів із ГРІ при первинній медичній допомозі або першому контакті з медичним співробітником (наприклад при наданні невідкладної допомоги) може бути використано три різні стратегії лікування антибактеріальними лікарськими засобами:

- відмова від антибактеріальних лікарських засобів (непризначення);
- відкладене у часі призначення антибактеріальних лікарських засобів (при якому застосування антибактеріальних лікарських засобів дозволяється через певний період, у разі погіршення клінічного стану або відсутності позитивної динаміки);
- негайне призначення антибактеріальних лікарських засобів.

Спільне рішення лікаря та пацієнта стосовно вибору стратегії призначення антибактеріальних лікарських засобів залежить як від оцінки лікарем ризику розвитку ускладнень у разі утримання від антибіотикотерапії, так і від очікувань пацієнта відносно призначення антибактеріальних лікарських засобів. Перевага

відкладеного призначення порівняно зі стратегією відмови від призначення полягає у тому, що воно передбачає призначення антибактеріальних лікарських засобів (виписаний рецепт, розрахована доза і кратність прийому) для незначної кількості пацієнтів, у яких можуть розвинутися ускладнення, і тому, що пацієнти, які очікують призначення антибактеріальних лікарських засобів, можуть бути більш схильними погодитися з таким курсом лікування, ніж із повною відмовою від застосування антибактеріальних лікарських засобів. Саме тому відкладене призначення є важливою стратегією лікування з метою зменшення кількості призначення недоречних антибактеріальних лікарських засобів.

У закладах охорони здоров'я (ЗОЗ), що надають первинну медичну допомогу, з метою лікування ГРІ використовують емпіричне антибактеріальне лікування. Перевагу при цьому необхідно надавати пероральним формам антибактеріальних лікарських засобів з урахуванням поточних рекомендацій регіонального (місцевого, локального) рівня щодо найчастіших збудників відповідно до топіки ураження органів респіраторної системи (топічної діагнози — риніт, фарингіт, отит тощо) та їхньої антибактеріальної чутливості.

Залежно від тяжкості хвороби, належності пацієнта до певних груп та із врахуванням вподобання пацієнта (табл. 3) вибирають стратегію антибіотикотерапії (табл. 4).

Таблиця 1

Розповсюджені неускладнені ГРІ

ГРІ визначається як будь-яка гостра інфекційна хвороба верхніх або нижніх дихальних шляхів, що супроводжується розвитком респіраторного синдрому та загальноінтоксикаційними проявами різного ступеня вираженості. Клінічні прояви багато в чому схожі, диференціювати їх часто неможливо. Респіраторний синдром — провідний і проявляється в переважно топічному (локальному) ураженні дихальних шляхів — фарингіт, ларингіт, трахеїт тощо. Збудниками ГРІ можуть бути як віруси, так і бактерії. Інфекції верхніх дихальних шляхів включають гострий риніт, гострий риносинусит, гострий середній отит, фарингіт/тонзиліт і ларингіт. Інфекції нижніх дихальних шляхів включають трахеїт, гострий бронхіт, бронхіоліт та пневмонію.

Ознаки, характерні для ГРІ

1. Скарги: більше чи менше виражені симптоми загальної інтоксикації, катаральні симптоми — дряпання, значно рідше — біль у горлі, нежить, сухий кашель.
2. Помірна гіперемія, в основному піднебінних дужок, м'якого піднебіння, язичка, задньої стінки глотки із наявністю зернистості (збільшені лімфатичні фолікули).
3. Гіперемія слизової оболонки носових ходів.
4. Мигдалики переважно інтактні (за винятком аденовірусної інфекції).
5. Кон'юнктивіт (виражений більше чи менше, залежно від виду ГРІ).
6. Ознаки ураження декількох відділів верхніх дихальних шляхів.
7. Для кожного виду характерне найтяжче ураження певного відділу верхніх дихальних шляхів із розвитком характерної симптоматики.

Антибіотики мають обмежену ефективність у лікуванні більшості частини неускладнених ГРІ у дорослих і дітей. До таких належать такі топічні діагнози:

- гострий риносинусит;
- гострий середній отит;
- гострий фарингіт/гострий тонзиліт;
- гострий ларингіт;
- гострий трахеїт;
- гострий бронхіт;
- бронхіоліт.

Більшість із цих станів навіть у разі відсутності антибактеріального лікування закінчуються одужанням, а ускладнення за відсутності антибіотикотерапії — малоймовірні. Таким чином, ці поширені ГРІ знаходяться в центрі уваги цього протоколу. Нераціональне призначення антибіотиків призводить до медикаментозно-індукованих побічних ефектів, призводить до поширення стійких до антибіотиків мікроорганізмів у суспільстві і збільшення кількості первинних медичних консультацій у зв'язку із хворобами, що здатні до самоліквідації

Таблиця 2

Середня тривалість деяких ГРІ

ГРІ	Середня тривалість хвороби
Гострий середній отит	4 доби
Гострий фарингіт/гострий тонзиліт	1 тиждень
Гострий риносинусит	2,5 тиж
Гострий бронхіт, ларингіт, трахеїт, бронхіоліт	3 тиж

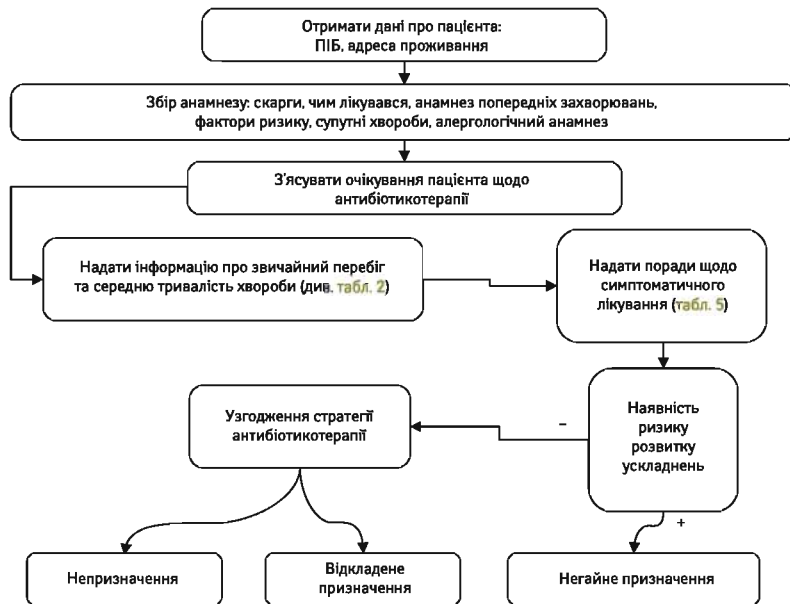
Таблиця 3

Вподобання пацієнтів та їх батьків (опікунів) щодо стратегій антибіотикотерапії

Одне з центральних завдань лікаря під час консультації пацієнта полягає в оцінці міркувань пацієнта, його побоювань та очікувань стосовно лікування, перш ніж погоджувати план лікування. Це особливо важливо при консультаціях із приводу ГРІ, коли з боку пацієнта можуть бути очікування, що антибіотик необхідний для лікування, в той час як, на думку лікаря, призначення антибіотиків не є клінічним показанням. І навпаки, з боку лікаря можуть бути очікування, що пацієнт прийшов спеціально з метою отримання призначення антибіотика, у той час як пацієнт прагне лише поради та/чи пересвідчення. Явною перевагою відкладеного призначення як стратегії порівняно зі стратегією непризначення є те, що пацієнт, який очікує на призначення антибіотика, може бути більш схильним погодитися з такою схемою лікування, ніж зі стратегією непризначення.

Загальні рекомендації мають спиратися на потреби пацієнта з огляду на його проблеми та очікування щодо застосування антибіотиків, що будуть визначені під час медичної консультації у дорослих та дітей із ГРІ в закладах первинної медичної допомоги. Це має стосуватися всіх етнічних і соціально-економічних груп

Рисунок



Алгоритм дій лікаря при ГРІ

Дії лікаря**Обов'язкові**

1. Прийняти комплексне та зважене рішення щодо лікування пацієнта (рисунок).

2. Інформувати пацієнта про природний перебіг хвороби (див. табл. 2), про можливі варіанти перебігу хвороби в разі лікування, про можливі побічні реакції на лікарські засоби, що будуть призначені.

3. Інформувати пацієнта про вибрану стратегію антибіотикотерапії та видати рецепт на антибіотики.

4. Призначити симптоматичне лікування (див. табл. 5).

5. У разі циркуляції в громаді вірусу грипу — діяти відповідно до медико-технологічних документів, що регламентують дії лікаря при грипі.

Бажані

Залишити пацієнту контактний номер, за яким він може зателефонувати лікуючому лікарю та вирішувати можливі питання, що виникнуть упродовж лікування.

Призначити пацієнту повторний огляд через 3 дні від початку лікування.

Таблиця 4

Поради лікаря при певних стратегіях антибіотикотерапії

Стратегія антибіотикотерапії	Поради лікаря
Непризначення	Запевнити, що антибіотики не потрібні на цей час, оскільки вони можуть незначною мірою вплинути на перебіг хвороби, але можуть спричинити побічні реакції (наприклад діарею, блювання, висип тощо). Призначити повторний клінічний огляд в разі, якщо стан пацієнта погіршується або відсутня динаміка
Відкладене призначення	Запевнити, що антибіотики не потрібні на цей час, оскільки вони можуть незначною мірою вплинути на перебіг хвороби, але можуть спричинити побічні реакції (наприклад діарею, блювання, висип тощо). Надати поради щодо того, коли розпочати прийом антибіотиків (симптоми не зникають протягом 2 днів або стан погіршується). Рецепт видати одразу. Призначити повторний клінічний огляд в разі, якщо стан пацієнта погіршується чи відсутня позитивна динаміка через 2 доби від початку прийому антибіотиків
Негайне призначення	Запропонувати негайно розпочати прийом антибіотиків або подальше обстеження та лікування у стаціонарі таким пацієнтам: - у тяжкому стані; - із симптомами та ознаками серйозної хвороби та/чи ускладнення (пневмонії, мастоїдиту, перитонзильярного абсцесу, перитонзильярної флегмони, внутрішньоочних або внутрішньочерепних ускладнень); - які належать до групи високого ризику розвитку тяжких ускладнень у зв'язку із вже існуючими супутніми хворобами (хворобами серця, легень, нирок, печінки, хворобами нервово-м'язового апарату, імуносупресією, муковісцидозом); діти перших місяців життя, які народилися недоношеними; - віком понад 65 років із гострим кашлем і ≥ 2 з наступних критеріїв або старше 80 років і ≥ 1 з наступних критеріїв: госпіталізація у попередньому році, цукровий діабет 1-го або 2-го типу, гостра серцева недостатність в анамнезі, поточне застосування пероральних глюкокортикоїдів; - дітям віком до 2 років із двобічним середнім отитом; - дітям з отореєю, що виникла внаслідок гострого середнього отиту; - пацієнтам із гострим боєм у горлі/гострим тонзилітом, коли є ≥ 3 критеріїв Сентора*

*Критерії Сентора: набряклість і наявність ексудату на мигдаликах; збільшені й болучі передньошийні лімфатичні вузли; гарячка з температурою тіла $>38^\circ\text{C}$ в анамнезі; відсутність кашлю.

Таблиця 5

Симптоматична терапія

Переважаюча кількість ГРІ супроводжується симптомами, медикаментозна корекція яких значно поліпшує якість життя пацієнта впродовж перебігу хвороби. До таких симптомів належать: гарячка, головний біль, біль у горлі, вушний біль, закладеність носа, ринорея, кашель тощо.

Існує велика кількість лікарських засобів, показаних для медикаментозної корекції зазначених симптомів. Значна кількість із цих лікарських засобів є комбінованими препаратами, спрямованими на поліпшення декількох симптомів хвороби. Немає сенсу перераховувати всі можливі комбінації діючих речовин, які можуть входити до складу цих лікарських засобів.

Особливе місце в симптоматичній ГРІ займає гарячка. Медикаментозну корекцію гарячки проводять такими лікарськими засобами: парацетамол (ацетамінофен), ібупрофен, ацетилсаліцилова кислота, мефенамінова кислота, метамізол натрію. Різні форми випуску дозволяють точно дозувати ці препарати для дітей із врахуванням маси тіла і/чи віку (недостатня доза препарату не викликає ефекту; передозування може призвести до токсичних ефектів). Ацетилсаліциловою кислотою не потрібно призначати для медикаментозної корекції гарячки при ГРІ дітям (віком до 18 років)

Таблиця 6

Показання до госпіталізації

Частота дихання >30 /хв.

Частота серцевих скорочень >130 уд./хв.

Систолічний артеріальний тиск <90 мм рт. ст., або діастолічний артеріальний тиск <60 мм рт. ст. (якщо це не є нормою для цього пацієнта).

Сатурація кисню $<92\%$, або центральний ціаноз (якщо особа не має хронічної гіпоксії в анамнезі).

Пікова об'ємна швидкість видиху $<33\%$ належно.

Змінений стан свідомості.

Дихальна недостатність ≥ 11 ст. (див. відповідні медико-технологічні документи).

Температура тіла $\geq 38,5^\circ\text{C}$ і піддається корекції лікарськими засобами.

Пацієнт віком ≥ 65 років.

Соціальні показання (проживання в закладах закритого типу; нездатність до самообслуговування, що стала наслідком хвороби)

Таблиця 7

Пам'ятка пацієнту

Що таке ГРІ?

ГРІ визначається як будь-яка інфекційна хвороба верхніх або нижніх дихальних шляхів. Інфекції верхніх дихальних шляхів включають гострий риніт (запалення носа, нежить), гострий риносинусит (запалення носа та приносних пазух), гострий середній отит (запалення середнього вуха), фарингіт/тонзиліт (запалення глотки та глоткових мигдаликів), ларингіт (запалення гортані). Інфекції нижніх дихальних шляхів включають гострий трахеїт (запалення трахеї), гострий бронхіт (запалення бронхів), бронхіоліт (запалення бронхів найдрібнішого калібру – у дітей перших місяців життя), пневмонію (запалення легень).

Антибіотики мають обмежену ефективність у лікуванні більшої частини неускладнених ГРІ у дорослих і дітей.

Шлях передачі ГРІ

ГРІ поширюються у громаді повітряно-краплинним шляхом – хвора людина поширює в навколишнє середовище аерозоль (дуже дрібні крапельки слизу, які містять збудників хвороби) під час чхання та кашлю. Цей аерозоль розповсюджується на відстань кількох метрів від хворої людини та здатен певний час перебувати в повітрі закритих приміщень. Ситуація погіршується при підвищеній вологості повітря.

Профілактика

У сезон поширення ГРІ, у тому числі грипу, в громаді з метою запобігання інфікуванню рекомендується дотримуватися нижченаведеного:

1. Повноцінно харчуватися.
2. Достатньо спати вночі.
3. Провітрювати приміщення кожні 2–3 год.
4. Мити руки із милом після громадського транспорту, відвідування громадських місць.
5. Уникати місць скупчення людей.
6. Не займатися самолікуванням. Дотримуватися рекомендацій сімейного лікаря.
7. При появі перших симптомів захворювання (загальна слабкість, головний біль, біль у вусі, біль у горлі, нежить, кашель, підвищена температура тіла) звертатися до сімейного лікаря.
8. У ситуації, коли у Вашому оточенні з'являється хворий на ГРІ, займайте активну позицію – робіть зауваження людині, яка кашляє чи чхає і не прикривається хусткою.
9. Завчасно робіть профілактичні щеплення проти грипу. Це створить імунний захист Вашого організму від найтяжчої ГРІ – грипу. Докладну інформацію щодо щеплень можете отримати у Вашого сімейного лікаря.

Консультація лікаря

Оглянувши Вас, сімейний лікар надасть інформацію про хворобу та середній період її перебігу (без призначення лікування); про особливості лікування та ймовірні побічні реакції, що можуть виникнути під час лікування; відповідь на Ваші запитання та зробить призначення.

З метою забезпечення ефективності й безпеки фармакотерапії необхідно дотримуватися рекомендацій щодо застосування лікарських засобів, призначених лікарем, та інструкції для медичного застосування препаратів. До завершення курсу лікування слід зберігати первинну та/чи вторинну упаковку лікарського засобу, на якій зазначені назва, форма випуску, доза, серія, дата випуску, термін придатності, назва виробника лікарського засобу.

Стратегії призначення антибактеріальних лікарських засобів (антибіотикотерапія)

Призначаючи лікування, Ваш сімейний лікар обов'язково розгляне питання антибіотикотерапії. Це рішення буде обговорено з Вами. Лікарем може бути вибрана одна зі стратегій антибіотикотерапії: «відмова від антибіотикотерапії», «відкладена у часі антибіотикотерапія» чи «негайна антибіотикотерапія».

Вибравши стратегію «відмова від антибіотикотерапії», лікар зробить спробу аргументувати своє рішення. Це рішення буде ґрунтуватися на тяжкості Вашого стану, сукупних хворобах, попередній медичній історії (анамнезі) та Ваших уподобаннях. Якщо через деякий час (з'ясуєте це з лікарем) стан Вашого здоров'я не покращився, або навіть погіршився – обов'язково повідомте про це лікаря; можливо, потрібно буде повторно Вас оглянути і змінити призначення.

Вибравши стратегію «негайна антибіотикотерапія», лікар призначить певний лікарський засіб, розрахує разову дозу, кратність прийому протягом доби і тривалість прийому антибіотика, залишить рецепт на антибіотик. Впевніться в тому, що Ви правильно зрозуміли Вашого лікаря (коли розпочинати прийом лікарського засобу, в якій дозі, через який інтервал і як довго його приймати). Перед тим, як розпочати прийом антибактеріального лікарського засобу, обов'язково ознайомтеся з інструкцією: зверніть увагу на рекомендовані дози, кратність прийому, умови зберігання, рекомендації щодо зв'язку прийому лікарського засобу з прийомом їжі та особливості прийому (розжовувати чи ні, чим запивати та ін.). Якщо через деякий час (з'ясуєте це з лікарем) стан Вашого здоров'я не покращився, або навіть погіршився – обов'язково повідомте про це лікаря; можливо, потрібно буде повторно Вас оглянути і змінити призначення.

Вибравши стратегію «відкладена у часі антибіотикотерапія», лікар випише Вам рецепт на антибактеріальний лікарський засіб та надасть роз'яснення: за яких умов розпочати його прийом.

Хто, ймовірно, буде схильний до розвитку ускладнень?

Призначаючи Вам лікування, лікар комплексно оцінює ситуацію. Доведено, що деякі люди більшою мірою схильні до розвитку ускладнень від ГРІ, а тому для них розглядатиметься стратегія «негайна антибіотикотерапія». До таких груп належать пацієнти:

- які систематично нездужають;
- із потенційними симптомами та ознаками серйозної хвороби та/чи ускладнення;
- які мають серйозні хвороби серця, легень, нирок, печінки, а також нервово-м'язові хвороби, муковісцидоз, пригнічення імунної системи, недоношені діти та ін.;
- віком старше 65 років, які мають ≥ 2 з таких критеріїв: госпіталізація у попередньому році, цукровий діабет, гостра серцева недостатність в анамнезі, поточне застосування глюкокортикоїдів; або особи віком старше 80 років із кашлем та ≥ 1 із вищенаведених критеріїв.

Ваші вподобання

Ви можете ставити лікарю будь-які запитання, пов'язані із призначенням Вам антибіотика при цій ГРІ. З огляду на Ваші проблеми та очікування щодо призначення антибіотиків лікарем буде прийнято зважене рішення та призначена необхідна стратегія антибіотикотерапії.

Госпіталізація

Лікар може прийняти рішення щодо Вашої госпіталізації. Зазвичай такі рішення приймають у нижченаведених ситуаціях:

- лікар не може гарантувати якісного лікування в амбулаторних умовах;
- необхідне негайне лікування, що потребує частоті корекції з боку лікаря або цілодобового нагляду медперсоналу;
- Ваші соціально-побутові умови не можуть гарантувати адекватного та якісного лікування;
- Ви можете стати джерелом інфікування осіб, які мешкають поряд з Вами тощо.

У стаціонарі у Вас буде можливість цілодобово перебувати під контролем медперсоналу, що дозволить контролювати зміни у стані здоров'я та вносити відповідні корективи щодо обсягу обстеження та лікування. Як тільки Ваш стан покращиться та стабілізується, Ви зможете продовжити лікування вдома під наглядом Вашого сімейного лікаря

Направлення у стаціонар

Пацієнти з факторами, що свідчать про тяжкий перебіг хвороби, госпіталізуються.

Дії лікаря

Направляти на госпіталізацію пацієнтів з показаннями до госпіталізації відповідно до табл. 6.

Профілактика

Профілактика ГРІ полягає у проведенні санітарно-просвітницької роботи серед

громади щодо шляхів передачі інфекції, клінічних симптомів, звичайного перебігу хвороби та випадків, коли потрібна консультація лікаря.

Дії лікаря

Обов'язкові

Проводити санітарно-просвітницьку роботу серед громади.

Бажани

У приміщенні ЗОЗ (в місцях, доступних пацієнтам) мають бути друковані інфор-

маційні матеріали, в яких висвітлені стратегії призначення антибіотиків при ГРІ.

У сезон респіраторних інфекцій надавати пацієнтам інформацію про респіраторні інфекції в друкованому вигляді (табл. 7).

Використана література

Міністерство охорони здоров'я України (2014) Наказ МОЗ України від 16.07.2014 р. № 499 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при грипі та гострих респіраторних інфекціях».

Отсроченное пережатие пуповины благоприятно влияет на здоровье новорожденных

Как правило, пуповину, связывающую новорожденного с матерью, пережимают и пересекают практически немедленно (в течение 60 с с момента рождения), либо после прекращения ее пульсации.

По данным Американского конгресса акушеров и гинекологов (American Congress of Obstetricians and Gynecologists — ACOG), в большинстве случаев пережатие пуповины осуществляется в течение 15–20 с с момента рождения и благодаря отсутствию четких рекомендаций относительно наиболее оптимальных сроков, данный период все более сокращается. Согласно официальному мнению ACOG, идеальные сроки пережатия пуповины до сих пор не установлены.

Между тем, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендует проводить пережатие пуповины в период 1–3 мин с момента рождения, поскольку это способствует получению новорожденным дополнительного объема крови из плаценты и предотвращению дефицита железа в течение 1 года.

Несмотря на отсутствие однозначного мнения относительно сроков и преимуществ раннего или отсроченного (позднего) пережатия пуповины, все больше появляется данных о том, что отсроченное пережатие пуповины потенциально благоприятно для новорожденного.

Так, согласно результатам нового исследования, проведенного испанскими учеными из Университета Гранады (University of Granada) и Университетской клиники Сан Сесилио (San Cecilio University Hospital), отсрочка пережатия пуповины на 2 мин благоприятно сказывается на развитии новорожденного в течение первых дней его жизни. Результаты исследования опубликованы в официальном журнале Американской академии педиатрии (American Academy for Pediatrics — AAP) «Pediatrics».

С целью определения влияния времени пережатия пуповины на степень выраженности окислительного стресса и маркеров воспаления, исследователи оценивали исходы новорожденных детей, родившихся у 64 здоровых беременных. Все участвующие в исследовании женщины с нормально протекавшей беременностью и своевременными естественными родами были распределены на две равномерные группы. В 1-й группе время пережатия пуповины составляло 10 с с момента родов, во 2-й — 2 мин. Результаты проведенного исследования показали положительное влияние отсроченного пережатия пуповины: повышение антиоксидантной активности и умеренность воспалительных реакций у новорожденных.

По мнению авторов, полученные результаты убедительно свидетельствуют в пользу отсроченного пережатия пуповины и, в случае неосложненных родов, следует придерживаться именно этой тактики. Кроме того, поскольку после родов плацента продолжает выполнять свои основные функции, эта тактика будет особенно актуальна по отношению к больным и недоношенным детям, для которых дополнительный объем крови может играть значительную роль. Внедрение данного подхода целесообразно в странах с ограниченными ресурсами и доступом к продуктам, богатым железом.

Однако по-прежнему остается мнение, что позднее пережатие пуповины повышает риск чрезмерной плацентарной трансфузии и, как следствие, развития полицитемии новорожденных, особенно при наличии потенциальных неблагоприятных факторов, таких как сахарный диабет у матери, синдром задержки внутриутробного развития плода и др.

На данный момент мнение ВОЗ однозначно: пережатие пуповины ранее 1 мин с момента родов не рекомендуется, его следует выполнять лишь в случаях асфиксии новорожденных или при необходимости проведения немедленных реанимационных мероприятий.

Ellis M. (2014) Delayed cord clamping results in better immediate newborn outcomes. Medical News Today, 16 December (<http://www.medicalnewstoday.com/articles/287041.php>).

Ochoa J. J., Díaz-Castro J., Florido J. et al. (2014) The Timing of Cord Clamping and Oxidative Stress in Term Newborns. Pediatrics, 14 July [Epub ahead of print].

Сергей Боровик

Рак молочной железы у мужчин: редкое заболевание с неутешительным прогнозом

Рак молочной железы у мужчин диагностируют редко. Среди всех раковых заболеваний у мужчин его доля составляет < 1% случаев. Такой же процент случаев заболевания отмечают и в выборке всех больных раком молочной железы (включая мужчин и женщин). Однако существуют африканские страны, где этот показатель достигает 5–15%. Несмотря на невысокую распространенность этого заболевания среди мужчин, указанная патология нуждается в особом внимании в связи с высоким процентом летальности. В 2013 г. в США зарегистрировано 2240 новых случаев, из которых 410 закончились смертью.

На симпозиуме, посвященном раку молочной железы и прошедшем в Сан-Антонио в 2014 г., ученые из Европы и США доложили о результатах исследовательской программы EORTC10085/TBCRC/BIG/NABCG International Male Breast Cancer Program, результаты которой свидетельствовали о значительном улучшении выживаемости мужчин с указанной патологией. К сожалению, этот показатель все еще намного ниже аналогичного у женщин. Исследование, в котором участвовали 1822 представителя мужского пола, проходило в 1990–2010 гг. Его результаты значительно расширили информационную базу о клинических и биологических характеристиках рака молочной железы у мужчин.

На сегодняшний день общая картина этого заболевания достаточно размыта, что не дает возможности разработать новую стратегию лечения представителей мужского пола. В настоящее время с этой целью врачи используют терапию, успешно зарекомендовавшую себя у женщин, без учета особенностей заболевания у мужчин, что связано с отсутствием необходимых данных. Ведь доселе все исследования, проводимые учеными, имели ретроспективный характер, либо проходили в форме случай — контроль из-за малого количества прецедентов и закрытости информации.

К счастью, представители Европейской организации исследования и лечения рака (European Organisation for Research and Treatment of Cancer — EORTC), Консорциума по проведению трансляционных исследований рака молочной железы (Translational Breast Cancer Research Consortium — TBCRC), Международной группы по изучению рака молочной железы (Breast International Group — BIG) и Группы Северной Америки по изучению рака молочной железы (North American Breast Cancer Groups — NABCG) объединили свои усилия для изучения этого вопроса. Результатом их совместной работы стало выявление отличий между раком молочной железы у мужчин и женщин, а также понимание того, что у первых это заболевание намного тяжелее поддается коррекции. Хотя у большинства мужчин опухоль имеет рецепторы к эстрогену, только 77% пациентам мужского пола с этим заболеванием проводят гормональную терапию, и, несмотря на то что у ≥50% всех мужчин эту патологию диагностируют на ранних стадиях, когда объем поражения невелик, только 4% мужчин проводят мастэктомию.

Морфологический анализ образцов ткани рака, проведенный в рамках исследования, показал, что опухоли у 99% мужчин имеют рецепторы к эстрогену, 7% являются HER2-положительными и 1% опухолей не имеет рецепторов к эстрогену, прогестерону и HER2. С другой стороны, у женщин эти показатели равнялись 70; 20 и 10–15% соответственно.

Наиболее распространенный гистологический тип рака молочной железы у мужчин — инвазивный протоковый рак, с люминальным подтипом А и наличием рецепторов к андрогенам. Для лечения ученые предпочли применение адьювантной лучевой терапии, а также химиотерапии с предпочтением антрациклинов после обязательного локально-регионального лечения и гормональной терапии с тамоксифеном.

Сейчас проходит второй этап исследования, цель которого — на протяжении 30 мес собрать максимальное количество клинических данных о пациентах, проходящих лечение с использованием анкетирования индикации самочувствия пациента и качества его жизни.

European Organisation for Research and T (2014) Male and female breast cancers are not identical. Medical News Today, 18 December (<http://www.medicalnewstoday.com/releases/286982.php>).

Анна Антонович