

Васкес Абанто Х.Э.¹, Васкес Абанто А.Э.²¹ Центр первичной медико-санитарной помощи № 2, г. Киев, Украина² Центр первичной медико-санитарной помощи № 1, г. Киев, Украина

Острые респираторные инфекции у взрослых в практике врача первого звена

For cite: Aktual'naya Infektologiya. 2017;5:50-60. doi: 10.22141/2312-413x.5.1.2017.98775

Резюме. Острые респираторные инфекции (ОРИ) являются наиболее распространенными инфекционными заболеваниями, поражающими все возрастные группы населения, но в первую очередь — детей до 5 лет, взрослых старше 65 лет или людей с факторами риска и серьезными хроническими процессами, повышающими риск развития осложнений и тяжелых форм заболевания. По данным ВОЗ (информационный бюллетень № 310, май 2014 г.), в 2012 году респираторные инфекции нижних дыхательных путей являлись одной из 10 причин смерти в мире. В США смертность от гриппа и его осложнений ежегодно составляет в среднем 20 тыс. человек, прямые затраты на лечение больных гриппом — 1–3 млрд долл., непрямые — 10–15 млрд долл. в год. В Украине каждый год ОРИ болеют 10–14 млн человек, что составляет 25–30 % общей заболеваемости и приблизительно 75–90 % инфекций в стране. На заболевания, вызванные вирусами гриппа, приходится не более 8 %. В периоды эпидемического подъема (в зимний период, пик в основном наблюдается в феврале) эта цифра возрастает до 25 %. На протяжении эпидемического сезона 2014–2015 гг. ОРИ переболели 3 млн 700 тыс. человек, что составило 9,1 % всего населения страны. Экономический ущерб от гриппа достигает около 400 млн грн в год. Убытки только от одного случая заболевания гриппом в стране оценивают в сумму, эквивалентную 100 долл. США (включая затраты, связанные с временной нетрудоспособностью, расходы на лечение осложнений и организацию противоэпидемических мероприятий). В вопросах острого риносинусита (ОРИ и других) индивидуальный и эпидемический подходы врача должны сочетаться в пределах медицинской науки и профессионального искусства. После проведения дифференциальной диагностики врач решает вопросы, связанные с направлением пациента в стационар, на консультацию к лор-врачу, на амбулаторное обследование (лабораторное или инструментальное) и т.д. На основании такой объемной и необходимой информационной и рекомендательной базы сегодняшнего дня независимость и профессиональная свобода врача все же остаются решающими.

Ключевые слова: грипп; простуда; острые респираторные инфекции; временная нетрудоспособность; эпидемия

Введение

Среди респираторных заболеваний, в частности острых, значительная часть консультаций, госпитализаций и смертей имеет инфекционное происхождение. По частоте и тяжести среди них выделяются пневмония, грипп и гриппоподобные заболевания (ГПЗ), бронхиолит.

Острые респираторные инфекции (ОРИ) — инфекции верхних (носа, придаточных пазух носа, глотки или гортани) и нижних отделов дыхательного тракта, вызванные преимущественно вирусами и бактериями, которые имеют меньше 15 дней эволюции и проявляют

себя соответствующей симптоматикой дыхательных путей, такой как кашель, насморк, заложенность носа, боль в горле, охриплость или затрудненное дыхание, с лихорадкой или без нее (рис. 1).

Наиболее распространенными формами ОРИ являются ринит, фарингит и острый средний отит, в основном вирусного характера. Среди ОРИ особого внимания заслуживают грипп и ГПЗ, особенно в период эпидемий [1, 2].

В настоящее время, в условиях стандартизации и доказательной медицины, разработка соответствующих рекомендаций в помощь практикующему врачу лечеб-

но-профилактических учреждений (ЛПУ) на уровне первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) является важным компонентом борьбы с ОРИ. С целью совершенствования медицинской помощи при гриппе и ОРИ в Украине периодически разрабатываются рекомендации и протоколы, последние из которых в основном отражены в 2 приказах [3, 4]:

— Приказ МЗ Украины от 16.07.2014 № 499 «Об утверждении и внедрении медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи при гриппе и острых респираторных инфекциях»;

— Приказ МЗ Украины от 11.02.2016 № 85 «Об утверждении и внедрении медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи при острых воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей и уха».

По мере опубликования результатов контролируемых клинических исследований происходит обновление национальных рекомендаций или руководств, хорошо представленных в приказах МЗ Украины по той или иной проблеме. Клиническое руководство, основанное на доказательствах, не должно расцениваться как устойчивый стандарт медицинской помощи, оно носит рекомендательный характер (рекомендуется, а не обязывает к применению. — Прим. авт.), что отмечено в адаптированном клиническом руководстве к приказу МЗ Украины № 85 [4, с. 8].

На официальном сайте МЗ Украины утверждает, что приказ № 499 (наряду с приказом № 181) изменяется приказом № 85. Поскольку приказ № 499 не отменен, на практике он остается действующим. Кроме того, принимая во внимание данные между-

народной медицинской общественности (в т.ч. ВОЗ), умелое использование практикующим врачом «на передовой» информации приказов МЗ Украины № 85 и 499 может стать достаточно продуктивным при оказании соответствующей медицинской помощи пациенту с ОРИ [3–5]. Авторы в связи с этим указывают главное для практикующего медика: «Клиническая рекомендация, протокол, руководство или алгоритм — это не догма, а отличное руководство к действию!» [6, с. 19–23].

Когда человек обращается за медицинской помощью или консультацией по причине ОРИ, для врача ПМСП важно распознать и правильно оценить как общие признаки респираторных заболеваний, так и ранние признаки их тяжести. Адекватное обследование и клиническая оценка в соответствии с индивидуальными характеристиками пациента имеют ключевое значение для предотвращения нежелательного, поспешного и чрезмерного назначения антибиотиков, которое является одним из основных факторов повышения бактериальной резистентности. С другой стороны, недооценка признаков и симптомов, рано указывающих на риск ухудшения состояния пациента, может привести к задержке в администрации необходимого лечения, в выдаче соответствующих рекомендаций или в направлении на специализированную консультацию или стационарное лечение. Основные моменты, связанные с обращением взрослого населения (при осмотре и обследовании пациентов в ЛПУ или на дому) и срочной диагностикой ОРС (ОРИ и других), можно вкратце представить следующим образом (рис. 2).

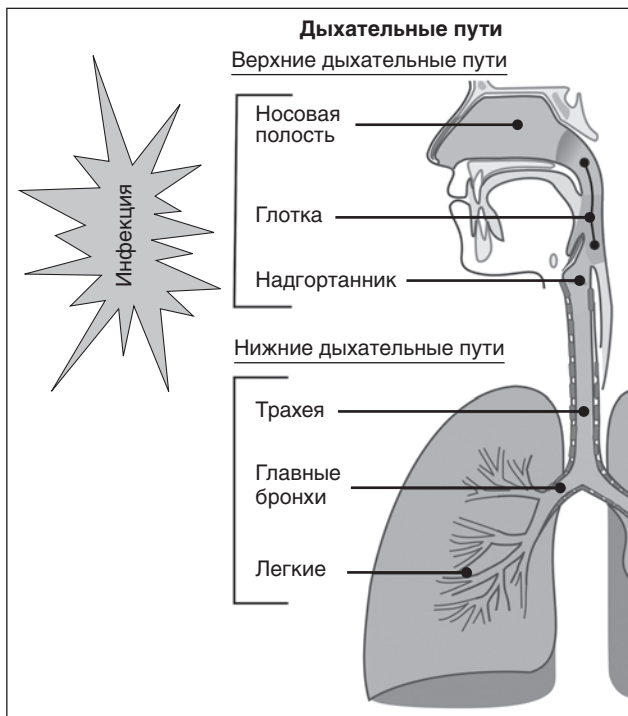


Рисунок 1. Взаимодействие «инфекция — дыхательные пути»



Рисунок 2. Алгоритм действия врача ПМСП при ОРС (ОРИ и других)

Эпидемиология

ОРИ представляют собой одну из самых частых причин обращения за медицинской помощью, как амбулаторной, так и стационарной, по всему миру, являясь одной из основных причин заболеваемости и смертности. По данным ВОЗ, в мире ежегодно регистрируется до 1 млрд случаев ОРИ, причем реальное число заболевших превышает официальную статистику в 1,5–2 раза [7, 8]. Каждый взрослый сталкивается с симптомами ОРЗ до 5 раз в год, а дети болеют 6–8 раз в год [9, с. 79–82].

ОРИ являются наиболее распространенными инфекционными заболеваниями (ИЗ), поражающими все возрастные группы населения, но в первую очередь — детей до 5 лет, взрослых старше 65 лет, людей с факторами риска (ФР) или серьезными хроническими процессами, повышающими риск развития осложнений и тяжелых форм заболевания [10, 11]. Среди причин временной нетрудоспособности ОРИ занимают первое место — даже в межэпидемический период этими инфекциями болеет шестая часть населения планеты. В структуре детской заболеваемости ОРИ занимают ведущее место во всем мире и на протяжении многих лет по числу случаев превосходят все другие ИЗ [9, 11].

ОРИ является одной из 10 основных причин общей смертности населения и одной из 3 ведущих причин у детей в возрасте до 5 лет (почти 4,5 млн случаев смерти, преимущественно вирусных). Свежие оценки показы-

вают, что каждый год сезонный грипп поражает около 10,5 % мирового населения, из которых 250–500 тыс. заканчиваются смертью. Вирус гриппа является причиной 10 % общей заболеваемости в странах Европы [5, 12, 13].

По данным ВОЗ (информационный бюллетень № 310, май 2014 г.), в 2012 году респираторные инфекции нижних дыхательных путей являлись одной из 10 ведущих причин смерти в мире (рис. 3) [11, 14].

В США смертность от гриппа и его осложнений составляет в среднем 20 тыс. человек ежегодно. Прямые затраты на лечение больных гриппом в США — 1–3 млрд долл., непрямые — 10–15 млрд долл. в год [9].

В Перу пневмония после ОРИ в 2013 году была причиной примерно 935 тыс. случаев смерти детей в возрасте до пяти лет (15 % всех случаев смерти) в обстоятельствах, когда эти смерти можно предотвратить с помощью простых мер, недорогих и доступных лекарств [15]. В 2011 году ОРИ являлись основной причиной обращаемости за амбулаторно-поликлинической помощью в ЛПУ МЗ Перу (значительная часть населения Перу обслуживается и в ЛПУ социального медицинского страхования — EsSalud), которые представляют около 24,9 % от общего объема медицинской помощи, и составили 12,1 % всех причин смертности. В том же году ОРИ были одной из основных причин смертности во всех возрастных группах [16].

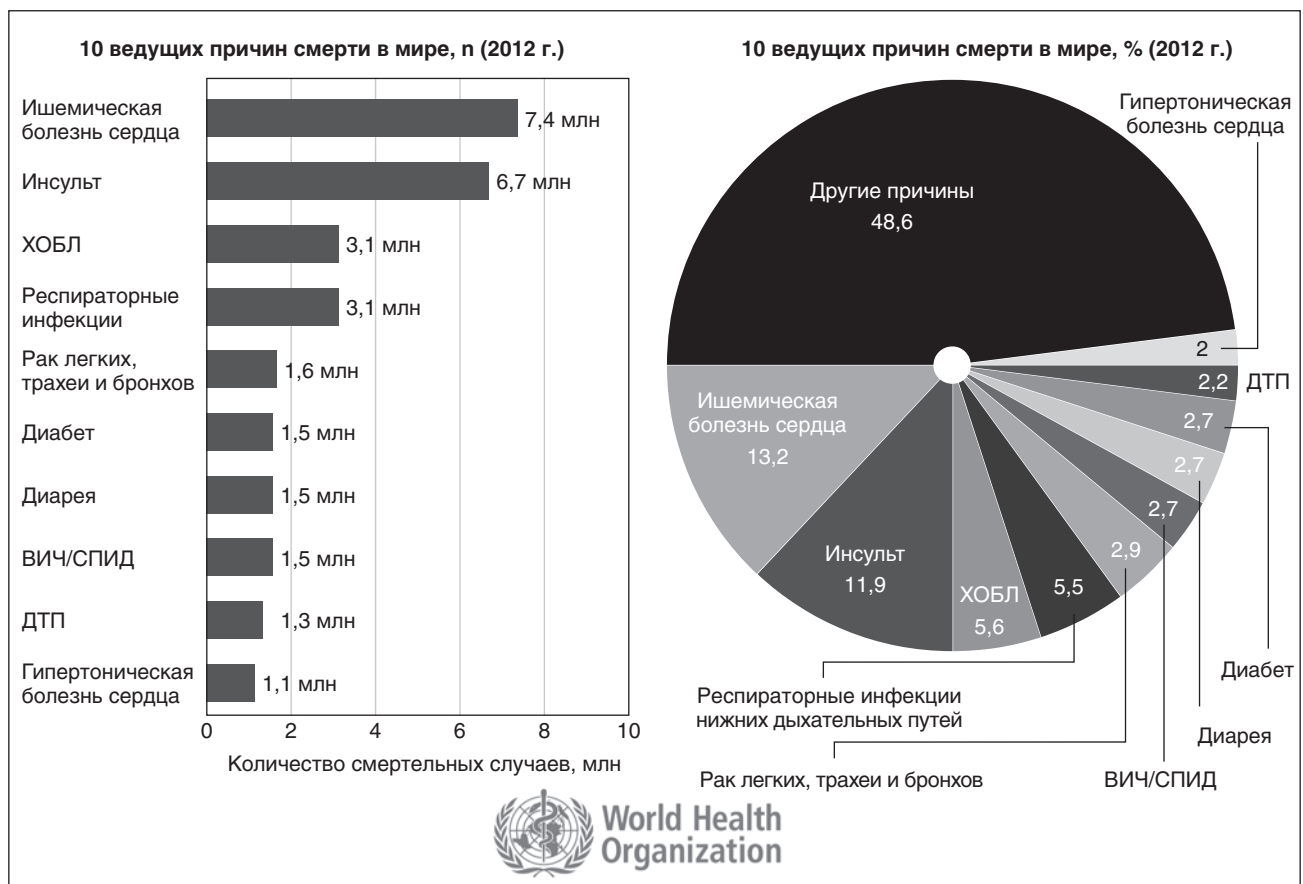


Рисунок 3. 10 важнейших причин смерти в мире, 2012 год

В России болезни органов дыхания у детей занимают 3-е место в структуре причин смерти после внешних причин и пороков развития [17, 18].

В Украине каждый год ОРИ болеют 10–14 млн человек, что составляет 25–30 % от общей заболеваемости и приблизительно 75–90 % ИЗ в стране. На заболевания, вызванные вирусами гриппа, приходится не более 8 %. В периоды эпидемического подъема (в зимний период, пик в основном наблюдается в феврале) эта цифра возрастает до 25 % [3, 19]. На протяжении эпидемического сезона 2014–2015 гг. гриппом и ГПЗ переболели 3 млн 700 тыс. человек, что составило 9,1 % всего населения страны [20]. Экономический ущерб от гриппа достигает около 400 млн грн в год. Убытки только от одного случая заболевания гриппом в стране оценивают в сумму, эквивалентную 100 долл. США (включая затраты, связанные с временной нетрудоспособностью, расходы на лечение осложнений и организацию противоэпидемических мероприятий) [9].

По мнению ВОЗ, социальные причины, связанные с глобальным процессом постоянного роста урбанизации, более тесные контакты людей практически в любой точке земного шара и усиление межконтинентальных миграционных процессов будут способствовать дальнейшему распространению ОРИ, особенно в период эпидемии. ПОЗ (Панамериканская организация здравоохранения ВОЗ) в своем докладе о ситуации с гриппом (региональное обновление — SE 48, 2016, обновление от 15 декабря 2016 г.) сообщает, что активность гриппа и других респираторных вирусов стала немного повышаться в американском регионе. В США активность гриппа, преимущественно гриппа А (H3N2), повысилась (3,5 %), активность ГПЗ также продолжала расти, но была ниже национального базового уровня (2,2 %). В Мексике активность гриппа повысилась во время SE 48 (положительные пробы гриппа составили 4 %), и активность ОРИ оставалась ниже средней кривой эпидемии, в то время как активность пневмонии превысила сезонный порог [2, 11, 21].

Одновременно эпидемический надзор ВОЗ фиксирует единичные вспышки птичьего гриппа и MERS-CoV (Coronavirus of Middle Eastern respiratory syndrome) в разных странах [22].

Этиология и патогенез

ОРИ — группа ИЗ со сходными эпидемиологическими и клиническими особенностями, но крайне разнообразной этиологией: вирусной, бактериальной, смешанной (табл. 1) [7, 9, 23].

Возбудители ОРИ вирусной этиологии принадлежат к разным семействам, наиболее значимыми из которых являются 7 семейств. Это **РНК-содержащие** вирусы: Orthomyxoviridae — вирусы гриппа (А, В, С) и их различные антигенные типы и варианты (вирусы гриппа типа А подразделяются на подтипы в соответствии с различными видами и сочетаниями поверхностных белков вируса); Paramyxoviridae — вирусы парагриппа, РСВ, метапневмовирусы; Coronaviridae — коронавирусы; Picornaviridae — риновирусы, энтеровирусы; Reoviridae — ротавирусы; **ДНК-содержащие** вирусы: Adenoviridae — аденовирусы; Parvoviridae — бокавирусы. Среди них присутствуют как давно циркулирующие, так и новые штаммы вирусов, которые идентифицированы в последние годы благодаря развитию молекулярно-биологических методов исследования [7, 8].

Вирусы гриппа циркулируют во всех частях мира. Из многих подтипов вирусов гриппа А в настоящее время среди людей циркулируют подтипы гриппа А(H1N1) и А(H3N2). Подтип гриппа А(H1N1) известен также как А(H1N1)pdm09 из-за того, что вызвал пандемию 2009 г. Случаи заболевания гриппом типа С происходят гораздо реже по сравнению с гриппом типов А и В. По этой причине вакцины от сезонного гриппа содержат только вирусы гриппа А и В.

Смешанную гриппозно-аденовирусную инфекцию регистрируют в 10–15 % случаев во время эпидемии гриппа. В межэпидемический период сочетание парагриппа и аденовирусной инфекции отмечают у 2,5–4 % больных. Вирус гриппа как возбудитель ОРИ встречается относительно нечасто, но при этом вызывает более серьезные осложнения, в том числе системного характера [9].

При ОРИ в организме заболевшего запускаются неспецифические механизмы защиты, в том числе в виде продукции провоспалительных цитокинов, простагландинов, гистамина и других. Эти вещества, активируя воспалительный процесс, приводят к появлению

Таблица 1. Основные возбудители ОРИ

Группа	Разновидности агентов
Вирусы (более 300 различных вирусов — на их долю приходится до 90 % всех заболеваний у детей)	Вирусы сезонного гриппа, парагрипп 4 типов, аденовирусы 32 серотипов и аденоассоциированные вирусы, энтеровирусы 60 типов, риновирусы свыше 1000 типов, коронавирусы 4 типов, респираторно-синцитиальный вирус (РСВ), вирусы простого герпеса. Наиболее распространены риновирусы (25–40 % всех ОРИ), коронавирусы, вирусы гриппа и парагриппа; в меньшей степени — РСВ, аденовирусы, энтеровирусы, реовирусы и пикорнавирусы
Бактерии	Стрептококки, стафилококки, менингококки, гемофильная палочка, легионеллы и др.
Хламидии	<i>Chlamydia psittaci</i> , <i>C.pneumoniae</i>
Микоплазмы	<i>Micoplasma pneumoniae</i> , <i>M.hominis</i>

Примечания: возможны ассоциации возбудителей — вирусно-бактериальные, вирусно-микоплазменные и вирусно-вирусные (микситы); к недифференцированным ОРИ относят все случаи ОРИ, этиологический диагноз которых стандартными лабораторными методами не установлен (т.е. большинство внегоспитальных ОРИ).

нию ряда симптомов: лихорадки, снижения аппетита, недомогания, озноба, головной и мышечных болей, насморка и других [24, 25].

При современной концепции ОРВИ в группе остро-го риносинусита, ОРС (см. ниже) врачу ПМСП важно внимательно анализировать вопросы, связанные с ФР, этиологией и патогенезом применительно к конкретному пациенту [4, с. 17-18].

Факторы риска

Активное и пассивное курение, вдыхание раздражающих веществ, нарушение анатомического строения структур полости носа и околоносовых пазух (искривление носовой перегородки, атрезия хоан, аденоидные вегетации, гипоплазия синусов, опухоли, инородные тела, буллезная деформация средней носовой раковины, искривленные носовые ходы), заболевания, связанные с нарушением работы мукоцилиарного клиренса, инфекции верхних дыхательных путей, иммунодефициты, муковисцидоз, атопия, аллергический ринит, бронхиальная астма, одонтогенные инфекции, стоматологические вмешательства, аномальная влажность воздуха в помещении, изменения климата, психические расстройства, тревога и депрессия [26].

Факторы этиопатогенеза:

— комплексное воздействие факторов: генетических, внешней среды (экология, климат, жилые и производственные условия, инфекции, аллергены, частый или длительный прием медикаментов (ацетилсалициловая кислота, гормоны, антибиотики, химиотерапевтические препараты и т.д.), эндогенных факторов

(прежде всего аномалии носовой перегородки и анатомических структур, формирующих остиомеатальный комплекс (ОМК)), изменения реологических свойств слизи, влияния случайных факторов (активное и пассивное курение, искусственная вентиляция легких, иммунодефицитные состояния, переохлаждения, причины одонтогенного характера и т.д.);

— особенности анатомии носа и ОМК определяют патофизиологические изменения в слизистой оболочке, а именно в работе мукоцилиарной транспортной системы, потенцируют повреждающее воздействие неблагоприятных факторов. В результате формируется один или несколько синдромов: нарушение реологических характеристик назальной слизи, функции мукоцилиарной транспортной системы, снижение иммунного ответа и т.д., что приводит к снижению локальной неспецифической резистентности;

— основными инфекционными возбудителями ОРС являются вирусы. Возбудителями бактериального ОРС главным образом являются *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* и *Staphylococcus aureus*. Инфекционная нагрузка играет значительную роль в реализации ОРС, но роль инфекции в возникновении патологических процессов носа и околоносовых пазух считается сегодня преувеличенной, а центральное место отводится местным анатомо-физиологическим факторам;

— от системы «возбудитель — инфекция — заболевание» врачебная мысль перешла к системе «топографо-анатомические изменения — нарушение физиологии слизистой оболочки — повреждающие факторы — развитие заболевания»;

Таблица 2. Клинические формы ОРВИ

Форма ОРВИ	Общая характеристика
Грипп (influenza)	ИЗ с разнообразными клиническими проявлениями, начиная от бессимптомной формы (до 50 % инфицированных людей) до широкого спектра симптомов, потенциально склонных к осложнениям, вплоть до смерти
Гриппоподобные заболевания, ГПЗ (influenza-like illness, ILI)	Группа ОРВИ с клинической симптоматикой гриппа (внезапное начало лихорадки > 38 °С, кашель или боль в горле в течение последних 10 дней при отсутствии других причин) [27]. Используются часто как синонимы: гриппозный синдром или псевдогрипп, респираторная вирусная инфекция с лихорадкой, гриппоподобные симптомы (тонзиллит, фарингит и т.д.), респираторно-синцитиальный вирус, аденовирус, парагрипп, лихорадочный катар, сезонный катар, простудный катар и другие
Пневмония (греч. Πνεύμων — «легкие»)	Лихорадочная ОРВИ (> 3 °С) с кашлем, затрудненным дыханием и тахипноэ, с рентгенологическим проявлением долевого или сегментарного инфильтрата и/или выпота в плевральной полости. Используются часто как синонимы: бактериальная пневмония, вирусная пневмония, атипичная пневмония, острое заболевание легких, пневмонит, пневмония, бронхопневмония, легочный синдром
Бронхиолит (Bronchiolitis) у детей в возрасте до 2 лет	У детей в возрасте до 2 лет с первым или вторым эпизодом свистящих хрипов, связанным с клиническими признаками вирусной инфекции и симптомами периферической бронхиальной обструкции, тахипноэ, ретракции или длительного выдоха, с лихорадкой или без таковой. Используются часто как синонимы: свистящий младенец, бронхиолитный синдром, спастический бронхит, бронхообструктивный синдром, бронхообструкция, бронхоспазм
Тяжелая ОРВИ (Severe Acute Respiratory Infection, SARI)	ОРВИ, при которой отмечаются лихорадка ≥ 38 °С и кашель в течение последних 10 дней, требующие госпитализации. Общий протокол ВОЗ подразумевает тяжелую ОРВИ (SARI) независимо от клинической тяжести [27, 28]
Необычно тяжелая ОРВИ (Unusual Severe Acute Respiratory Infection, USARI)	Клиника тяжелой ОРВИ у пациентов в возрасте от 5 до 65 лет, ранее здоровых, без анамнеза повышенного риска, требующая госпитализации. За этими случаями следует особо наблюдать, т.к. они могут быть вызваны новыми штаммами вирусов гриппа, потенциально серьезными по своей тяжести

— как правило, движущим моментом для развития воспалительного процесса пазух являются изменения в узкой области, находящейся в передних отделах среднего носового хода — ОМК, вызванные различными, в том числе инфекционными, факторами (вирусы, бактерии и грибы). Считается, что доля риногенных синуситов составляет около 90 %. У 5 % больных синусит имеет одонтогенный генез, у остальных 5 % — гемато-генный, травматический, лимфогенный и др.

Основы клинической классификации и современной диагностики

Клиническая картина ОРИ зависит от многих аспектов, кроме тех, которые связаны с инфекционным агентом, анатомической локализацией преимущественно местного поражения и сезонностью (табл. 2) [10, 25].

Исходя из современных позиций ведущих международных организаций, на сегодня ОРИ рассматривается в контексте ОРС (воспаление слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух). В приказе МЗ Украины № 85 взята за основу работа Фоккенса и соавторов, в которой ОРС можно разделить на ОРИ (простуду) и поствирусный ОРС. Незначительная доля поствирусного ОРС вызвана бактериями (рис. 4) [4, с. 7].

Клинические критерии диагностики ОРС на приеме у врача ПМСП

При обследовании пациента с признаками ОРИ врач оценивает его состояние на предмет соответствия клинической картины критериям диагностики ОРС (табл. 3).

Диагноз ОРС выставляется на основании клинических данных. Заключение врача опирается на жалобы пациента, анамнез, общие и местные симптомы заболевания, данные врачебного осмотра, субъективную оценку состояния тяжести болезни самим пациентом.

Оценка вероятных осложнений ОРС и показания к госпитализации

На этом этапе важно выявить малейшие признаки, свидетельствующие об осложнении ОРС. К симптомам осложнения ОРС относятся: периорбитальный отек или гиперемия, экзофтальм, двоение в глазах, оф-

тальмоплегия, снижение остроты зрения, выраженная одно- или двусторонняя головная боль, отек мягких тканей лица, менингеальные признаки, неврологическая симптоматика, потеря сознания [29, с. 210].

Показания к госпитализации

Решение о госпитализации пациента является компетенцией лечащего врача на основании всего вышеописанного.

Согласно приказу МЗ Украины № 85 при наличии симптоматики осложнения ОРС пациента необходимо госпитализировать в ближайшие 3 часа в отделение оториноларингологии

При эпидемиях ОРИ, в частности гриппа, рядовому врачу часто приходится действовать в условиях административного давления, не имеющего под собой профессиональной основы. Согласно приказу МЗ Украины № 499, показаниями к госпитализации являются:

- частота дыхания > 30/мин;
- частота сердечных сокращений > 130/мин;
- систолическое артериальное давление < 90 мм рт.ст., или диастолическое артериальное давление < 60 мм рт.ст. (если это не является нормой для этого пациента);
- сатурация кислорода < 92 %, или центральный цианоз (если у пациента отсутствует хроническая гипоксия в анамнезе);
- пиковая объемная скорость выдоха < 33 % от должного;
- измененное состояние сознания;
- дыхательная недостаточность ≥ II ст.;
- температура тела ≥ 38,5 °C и не поддается коррекции лекарственными средствами;
- пациент в возрасте ≥ 65 лет;
- социальные показания (проживание в заведениях закрытого типа; неспособность к самообслуживанию, что стало следствием болезни).

Самооценка тяжести состояния

Самооценка тяжести состояния самим пациентом — важная составляющая в процессе диагностики. Оценка общей степени тяжести проводится по мысленно представленной шкале (Visual Analogue Scale, VAS) «оценка 0–10 см» (рис. 5) [29, с. 5].

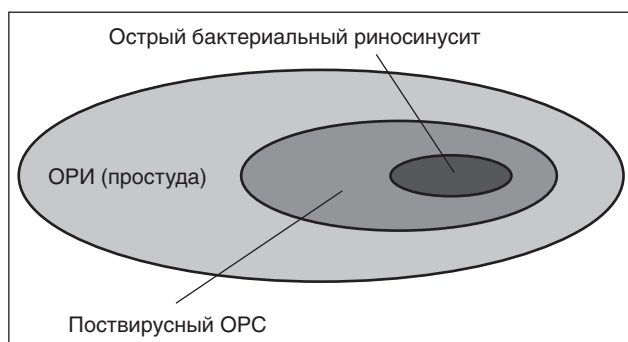


Рисунок 4. Классификация ОРС. Адаптировано из работы W.J. Fokkens, V.J. Lund et al. «European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2012 (EPOS 2012)»



Рисунок 5. Визуальная аналоговая шкала (ВАШ) оценки тяжести болезни у взрослых (от 18 лет): легкая (Mild) = ВАШ 0–3; умеренная (Moderate) = ВАШ > 3–7; тяжелая (Severe) = ВАШ > 7–10. Адаптировано из работы W.J. Fokkens, V.J. Lund et al. «European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2012 (EPOS 2012)»

Таким образом, ВАШ является одним из определяющих критериев тяжести ОРС. Врач в соответствии со своим практическим опытом должен определить степень относительности такой субъективной оценки, исходя из комплекса показателей.

Дифференциальная диагностика

Симптомы ОРС являются неспецифическими и могут совпадать с рядом симптомов других заболеваний. Дифференциальная диагностика проводится с назофарингитом, аденоидитом, аллергическим ринитом, мигренью, инородными телами носовой полости, патологией зубов. В отдельных случаях ОРС необходимо

дифференцировать с такими редкими состояниями, как поражение центральной нервной системы, патология костей черепа, синдром боли в области лица, васкулит, инвазивный грибковый синусит, назальная ликворея.

Некоторые симптомы могут указывать на неинфекционный ринит. К ним относятся: зуд в области глаз, носа, рта, гортани, ушей; водянистые выделения из полости носа, чихание, заложенность носа, постназальное затекание слизи (стекание слизи по задней стенке глотки) [4].

Симптомы ОРИ могут включать лихорадку или ощущение лихорадки, озноб, кашель, боль в горле, насморк или заложенность носа, мышечные боли или боли в теле,

Таблица 3. Клиника и продолжительность различных форм ОРС (адаптировано из приказа МЗ Украины № 85)

Клиника, сроки Форма	Определение	Симптомы/признаки		Продолжительность болезни
		Большие (основные) симптомы	Малые (дополнительные) симптомы	
ОРС* (у взрослых)	Внезапное появление двух или более симптомов, один из которых относится к крупным симптомам	Заложенность/обструкция носа	Боль и/или ощущение давления в проекции околоносовых пазух	До 4–12 недель
		Выделения из носа (переднее или заднее затекание)	Снижение или потеря обоняния	
ОРС* (у детей)	Внезапное появление двух или более симптомов, один из которых относится к крупным симптомам	Заложенность/обструкция носа	Боль в проекции пазухи, головная боль	До 4–12 недель
		Выделения из носа (переднее или заднее затекание)	Кашель	
Вирусный ОРС (у взрослых и детей)	ОРС продолжительностью до 10 дней при условии отсутствия ухудшения симптомов после 5-го дня от начала заболевания	См. ОРС		До 10 дней
Поствирусный ОРС (у взрослых и детей)	Ухудшение симптомов после 5-го дня от начала заболевания или устойчивость симптомов после 10-го дня от начала заболевания	См. ОРС		От 5–10 дней до 12 недель
Бактериальный ОРС	При наличии не менее 3 из следующих симптомов/признаков	— Выделения из полости носа (преимущественно с одной стороны) и одновременное наличие слизистых или гнойных выделений в носовой полости (при риноскопии) — Значительная локальная боль (преимущественно односторонняя) — Лихорадка (> 38 °C) — Повышение СОЭ/уровня С-реактивного белка** — Двухфазность заболевания (появление ухудшения после первой, более легкой, фазы заболевания)		До 12 недель
Рецидивирующий ОРС	Наличие не менее 4 задокументированных эпизодов ОРС при условии, что каждый из этих эпизодов продолжался не менее 7 дней	См. ОРС		До 12 недель

Примечания: * — в случае, если эпизод ОРС длится дольше 4 недель, врач должен осознавать, что имеет дело с нетипичным течением болезни, и поэтому направить свои усилия на поиск вероятной фоновой причины такого течения болезни (например, нарушение архитектоники полости носа и околоносовых пазух, заболевания лимфоидного глоточного кольца, одонтогенные процессы, иммунодефицитные состояния, метаболические болезни и т.д.); ** — данные лабораторные тесты проводят только в клинически сложных случаях, при рецидивирующих или нетипичных риносинуситах, осложнениях.

головную боль, утомление или усталость, которые в случае гриппа, как правило, более выражены. При оценке симптомов в первые 2–3 дня от начала ОРВИ можно установить некоторые отличия гриппа и ГПЗ, исходя из общей и местной симптоматики (табл. 4, 5) [23].

Вопросы лабораторной диагностики, общего анализа крови, мазка из слизистой носа и зева на бактериологическое обследование, обследование на грипп и т.д. могут быть связаны с эпидемией или индивидуальным врачебным сомнением. В условиях ПМСП врач может направлять пациента в стационар.

Лечение и профилактика

Исходя из современного этиопатогенетического подхода, нарушенное состояние при ОРВИ требует соответствующих лечебных мероприятий, хотя в таких случаях необходимо избегать полипрагмазии.

В странах с умеренным климатом сезонные эпидемии ОРВИ, особенно ГПЗ, имеют место в основном в зимний период, в то время как в тропических регионах они могут появиться в любое время года, с возникновением нерегулярных вспышек. В организации работы по иммунизации населения, против гриппа в частно-

сти, важно своевременно и достоверно спрогнозировать наиболее вероятный штамм, который будет доминировать в текущем сезоне. На основании полученных прогнозов соответствующими научными структурами разрабатываются антигенные составы вакцин, рекомендуемые для профилактики гриппа в конкретный предэпидемический период.

Основы лечения

В протоколах к приказам МЗ Украины № 85 и 449 ОРВИ рассматриваются как инфекции, способные к самоликвидации без лечения [3, 4]. По этой причине в большинстве случаев не считается клинически необходимым идентифицировать возбудитель для решения вопроса о лечении ОРВИ, а врач в условиях полной независимости и профессиональной свободы на основе индивидуального осмотра и клинико-анамнестических данных выставляет топический диагноз и решает вопрос симптоматической терапии, а также при необходимости стратегии антибиотикотерапии.

Симптоматическое лечение наиболее оправдано сегодня многочисленными данными доказательной медицины в связи с незначительным эффектом (отсут-

Таблица 4. Дифференциация симптомов гриппа и ГПЗ

Симптомы	Сезонный грипп	ГПЗ
Лихорадка	Представлена в более чем 80 % случаев, как правило, температура $\geq 38^\circ\text{C}$ держится от 3 до 4 дней	Не является распространенным явлением
Кашель	Как правило, присутствует, часто сухой или непродуктивный (без мокроты)	Часто присутствует и имеет продуктивный характер (с мокротой)
Боль, ломота в теле	Боли в теле, от умеренных до тяжелых, являются обычным явлением	Легкие боли в теле
Утомление	От умеренного до тяжелого	Незначительное
Озноб	Имеет место у 60 % пациентов	Обычно не присутствует
Насморк, заложенность носа	Обычно не присутствует	Обычное явление и обычно проходит спонтанно в течение недели
Чихание	От умеренного до тяжелого	Часто присутствует
Головная боль	Часто, в 80 % случаев	Нечастое явление
Боль в горле, першение	Обычно не присутствует	Как правило, присутствует
Дискомфорт в груди	Часто тяжелой интенсивности	Присутствует, от легкой до умеренной интенсивности
Внезапность симптомов	Быстрое начало, от 3 до 6 часов, сильно бьет по общему состоянию и включает внезапные симптомы, такие как высокая температура, боли, слабость и недомогание	Симптомы имеют тенденцию развиваться в течение нескольких дней

Таблица 5. Оценка общих и местных симптомов ОРВИ

Симптомы	Сезонный грипп	Простуда и другие ГПЗ	Выраженность
Общие симптомы: — температура $\geq 38^\circ\text{C}$ — головная боль, ломота в теле — резь в глазах, светобоязнь	+++ +++ +++	+/- +/- -	Сильно выражены (+++) Умеренно выражены (++) Слабо выражены (+/-) Отсутствуют (-)
Местные симптомы: — насморк, чихание — першение, боль в горле — кашель	+ +/- +/-	+++ +++ ++	

ствием эффекта или отрицательным воздействием на организм) противовирусных, витаминных, иммуностимулирующих и прочих препаратов [30, 31]. В условиях индивидуального подхода и профессиональной независимости личный опыт, размышления, а также более свежие данные (чем те, которые отражены в национальных рекомендациях) могут стать определяющими для соответствующих действий и лечебно-профилактических рекомендаций конкретного врача в интересах конкретного пациента [6, 19].

Общие вопросы профилактики

Наблюдение за случаями ОРИ имеет важное значение для профилактического и контрольного планирования, обнаружения всплеск или эпидемических ситуаций, выявления пострадавшего населения и вовлеченных этиологических агентов. Хотя значительная часть этих случаев — это самоограниченные вирусные инфекции, медицинские бригады должны обратить особое внимание на пациентов с сопутствующими ФР, с большой вероятностью влияющими на ухудшение состояния, вплоть до потенциально обратимого смертельного исхода.

С учетом современных особенностей распространения ОРИ (быстро и в мировом масштабе) в случаях лихорадки в анамнезе или при осмотре пациента $\geq 38^\circ\text{C}$, с кашлем, начавшимся в последние 10 дней, необходимо принимать во внимание следующие данные [1, 28]:

- путешествие в пределах 10 дней до появления симптомов в страны, где были зарегистрированы случаи заболевания людей птичьим гриппом или подтвержденной вирусной циркуляции среди животных;
- путешествие в пределах 14 дней до появления симптомов в страны, где были зарегистрированы подтвержденные случаи MERS-CoV;
- контакт в течение последних 14 дней до появления симптомов с подтвержденными или вероятными случаями заражения птичьим гриппом, MERS-CoV или другими новыми респираторными вирусами;
- контакт с новыми вирусами в лабораторных условиях без надлежащей защиты.

Больше о современном лечении и профилактике ОРИ — в следующей статье.

Выводы

В настоящее время медицинская общественность пришла к выводу, что необходимым инструментом для ежедневной работы врача служат отраслевые национальные и международные рекомендации. Рядовому врачу «на передовой» часто приходится адаптироваться к обстоятельствам, инфраструктуре, обеспечению и комплектации на местах, индивидуальным особенностям и запросам пациентов и многому другому.

Ведущие рекомендации при ОРИ (по современной классификации в группе ОРС) для служб ПМСП, периодически актуализированные МЗ Украины и в основном отраженные сегодня в приказах МЗ Украины № 85 и 499, имеют ряд преимуществ, которые ав-

торы считают необходимым применять на практике. Непрерывно растущая научная информация из опыта мировой медицинской общественности, а наряду с ней собственные профессиональные рассуждения и интуиция врача при контакте «врач — пациент» должны стать ведущими, направленными на принятие наилучшего врачебного решения в интересах пациента. Положения приказов, рекомендаций, руководств, протоколов, алгоритмов, других документов и научной информации необходимо применять с учетом индивидуальности пациента, особенностей профессионального мышления, вероятности эпидемии, сезонности, факторов миграции и международных поездок и многого другого.

Таким образом, действия и рекомендации врача ПМСП, НМП и СМП, в частности, по незамедлительному устранению угрожающих жизни симптомов ОРИ, направлены на недопущение (по возможности) осложнений в ближайшие дни, приостановление развития патогенетических нарушений, препятствие распространению самой инфекции. Относительно вопросов ОРС (ОРИ и других) индивидуальный и эпидемический подходы врача должны сочетаться в пределах медицинской науки и профессионального искусства.

Соответствующая врачебная подготовка является ведущей для правильной диагностики ОРС (ОРИ и других форм) с целью выбора своевременной медицинской тактики. После проведения дифференциальной диагностики врач решает вопросы, связанные с направлением пациента в стационар, на консультацию к лор-врачу, на амбулаторное обследование (лабораторное или инструментальное) и т.д. На основании такой объемной и необходимой информационной и рекомендательной базы сегодняшнего дня независимость и профессиональная свобода врача все же остаются решающими [32].

В данном обзоре использован метод семантического поиска информации по базам данных MedLine, The Cochrane Library, CyberLeninka и РИНЦ.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов, финансовых или личных взаимоотношений, которые неуместным образом могли бы влиять на их действия. Авторы также подчеркивают, что все материалы, опубликованные от их имени, являются исключительно личным мнением и результатом собственных рассуждений, наблюдений и опыта и не претендуют на то, чтобы читатели их разделяли. Указание места работы является всего лишь справкой об основной занятости.

References

1. Vasquez Abanto JE, Vasquez Abanto AE. The fight against vector-borne diseases — challenge of the 21st century! (World Health Day — 7 April 2014). *Novosti medicyny i farmacii*. 2014;5(494):18-19. (in Russian).
2. WHO. Influenza — Situation Report. Regional Update EW 48, 2016. Available from: http://paho.org/hq/index.php?option=com_content.

3. Order of Ministry of Health of Ukraine № 499 from July 16, 2014. On approval and introduction of medical and technological documents for standardization of care for influenza and acute respiratory infections. Available from: http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20140716_0499.html. (in Ukrainian).
4. Order of Ministry of Health of Ukraine № 85 from February 11, 2016. On approval and introduction of medical and technological documents for standardization of care in acute inflammatory diseases of the upper respiratory tract and ear. Available from: http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20160211_0085.html. (in Ukrainian).
5. WHO. A Manual For Estimating Disease Burden Associated With Seasonal Influenza In A Population. WHO Global Influenza Programme, 2015. Available from: http://www.who.int/influenza/research/publications/manual_burden_of_disease/en/.
6. Vasquez Abanto JE, Vasquez Abanto AE, Arellano Vasquez SB. Technologizing and standardization in healthcare. Problems of standardization in health care. 2015;11-12:19-23. (in Russian).
7. Baranaeva EA. Acute respiratory viral infections in children: clinical features, current potential of prevention and treatment. *Medit-sinskie novosti*. 2015;12:7-10. (in Russian).
8. Smirov VS. Profilaktika i lechenie grippa i ostryih respiratornyh virusnyh infektsiy [Prevention and treatment of influenza and acute respiratory viral infections]. SPb.: Ajsing; 2012. 56 p. (in Russian).
9. Marushko JV, Moskovenko ED. Acute respiratory infections. Effect of ibuprofen on the main symptoms of acute respiratory infections in children. *Ukrains'kij medicnij chasopis*. 2016;1(111):79-82. (in Russian).
10. Recommendations for epidemiological surveillance 2016 [Recomendaciones de vigilancia epidemiológica 2016]. Available from: <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=89149>. Accessed: May 23, 2016.
11. WHO. Pneumonia. Fact sheet N°331 Updated November 2014. OMS. Available from: <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs331/en/>.
12. ESWI The Third European Influenza Summit. Summit reports. The European Scientific Working group on Influenza (ESWI). May 2, 2013. Brussels, 44 p. Available from: <http://eswi.org/flu-summit/wp-content/uploads/sites/11/2015/11/eswi-flu-summit-2013-report.pdf>.
13. Malo Sanchez DC, Pulido Domínguez PA, Barbosa Ramírez J et al. Acute Respiratory Infection [Infección respiratoria aguda]. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. PRO-R02.010. Mayo; 2016. 49 p. (in Spanish).
14. WHO. The 10 leading causes of death in the world. WHO. Fact sheet N°310. Available from: <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>. Accessed: May, 2014.
15. Yon C. Epidemiological situation of acute respiratory infections (ARI), pneumonia and SOB (asthma) in Peru up to EW 18 - 2016 [Situación epidemiológica de las infecciones respiratorias agudas (IRA), neumonías y SOB (asma) en el Perú hasta la SE 18 - 2016]. 2016;25(18):364-366. (in Spanish).
16. Health Situation Analysis of Peru 2012 [Análisis de Situación de Salud de Perú 2012]. Ministerio de Salud del Perú. Dirección General de Epidemiología. Setiembre 2013. 136 p. (in Spanish).
17. Community-acquired pneumonia in children: prevalence, diagnosis, treatment and prevention. Scientific-practical program. M.: Rossijskoe respiratornoe obshchestvo, Federacija pediatrov stran SNG, Moskovskoe obshchestvo detskih vrachej; 2011. Available from: <http://pedklin.ru/images/uploads/pages/Pnevmoniya.pdf>. (in Russian).
18. Zvereva NN. Causal treatment of acute respiratory infections of bacterial etiology. *Russkij Medicinskij Zhurnal*. 2015;22:1322-1327. (in Russian).
19. De São José BP, Camargos PA et al. Primary care physicians' ability to diagnose the most prevalent respiratory diseases. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2016;20(10):1392-1398. doi: 10.5588/ijtld.16.0294
20. UNIAN Zdorov'e (2015). In Ukraine influenza and SARS ill with more than 9% of the population. Available from: <http://health.unian.net/country/1051568-v-ukraine-grippom-i-orvi-pereboleli-bolee-9-naseleniya.html> (in Russian). Accessed: March 4, 2015.
21. WHO. Influenza (Seasonal)/WHO. Fact sheet. November 2016. Available from: <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs211/en/>.
22. WHO. Preparation and answer to the emergencies [Preparación y respuesta ante emergencias]. December, 2016. Available from: <http://who.int/csr/don/archive/disease/influenza/es/>. Accessed: February 28, 2017. (in Spanish).
23. Gorenkov RV. Acute respiratory infections and influenza — methods of struggle. *Medicinskij nauchno-prakticheski. Lechashhij vrach*. 2012;03:29-33. (in Russian).
24. Eccles R. Understanding the symptoms of the common cold and influenza. *Lancet Infect Dis*. 2005;5(11):718-25.
25. Acute respiratory infections of the adult. Guide for the health team [Infecciones respiratorias agudas del adulto. Guía para el equipo de salud]. Dirección de epidemiología, Ministerio de Salud - República Argentina, 2009. 58 p. (in Spanish).
26. Jary H, Simpson H et al. Household Air Pollution and Acute Lower Respiratory Infections in Adults: A Systematic Review. *PLoS One*. 2016 Dec 1;11(12):e0167656. doi: 10.1371/journal.pone.0167656. eCollection 2016.
27. WHO. World Health Organization Surveillance case definitions for ILI and SARI. Case definitions for Influenza surveillance. WHO. As of January 2014. Available from: http://who.int/influenza/surveillance_monitoring/ili_sari_surveillance_case_definition/en/.
28. WHO. Global Epidemiological Surveillance Standards for Influenza. World Health Organization, 2013. ISBN 978 92 4 150660 1. 84 p. Available from: http://who.int/influenza/resources/documents/WHO_Epidemiological_Influenza_Surveillance_Standards_2014.pdf.
29. Fokkens WJ, Lund VJ et al. EPOS 2012: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012. *Rhinology*. 2012;50(1):1-12. doi: 10.4193. *Rhino50E2. Rhinology supplement*. 2012;23:1-298. doi: 10.4193/Rhino50E2.
30. Hemilä H, Chalker E. Vitamin C for preventing and treating the common cold. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013. Fasc. 1. doi: 10.1002/14651858.CD000980.pub4.
31. Valenzuela-Sánchez F, Valenzuela-Méndez B, Rodríguez-Gutiérrez JF, Rello J. Personalized medicine in severe influenza. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2016;35(6):893-7. doi: 10.1007/s10096-016-2611-2. Epub 2016 Mar 2.
32. WMA Declaration on Physician Independence and Professional Freedom. Adopted by the 38th World Medical Assembly Rancho Mirage, CA, USA, October 1986 and rescinded at the WMA General Assembly, Santiago 2005. Available from: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/20archives/f9/index.html> (http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/995_326).

Получено 15.02.2017 ■

Васкес Абанто Х.Е.¹, Васкес Абанто А.Е.²

¹Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2, м. Київ, Україна

²Центр первинної медико-санітарної допомоги № 1, м. Київ, Україна

Гострі респіраторні інфекції у дорослих у практиці лікаря першої ланки

Резюме. Гострі респіраторні інфекції (ГРІ) є найбільш поширеними інфекційними захворюваннями, що вражають усі вікові групи населення, але насамперед — дітей до 5 років, дорослих старше 65 років або людей з факторами ризику і серйозними хронічними процесами, що підвищують ризик розвитку ускладнень і важких форм захворювання. За даними ВОЗ (інформаційний бюлетень № 310, травень 2014 р.), у 2012 році респіраторні інфекції нижніх дихальних шляхів були однією з 10 причин смерті у світі. У США смертність від грипу і його ускладнень становить в середньому 20 тис. осіб щорічно, а прямі витрати на лікування хворих на грип — 1–3 млрд дол., непрямі — 10–15 млрд дол. на рік. В Україні щороку на ГРІ хворіє 10–14 млн осіб, що становить 25–30 % загальної захворюваності і приблизно 75–90 % інфекцій в країні. На захворювання, викликані вірусами грипу, припадає не більше 8 %. У періоди епідемічного підйому (в зимовий період, пік в основному спостерігається в лютому) ця цифра зростає до 25 %. Протягом епідемічного сезону 2014–2015 рр. на ГРІ

перехворіли 3 млн 700 тис. осіб, що становило 9,1 % всього населення країни. Економічні збитки від грипу досягають близько 400 млн грн. на рік. Збитки тільки від одного випадку захворювання грипом в країні оцінюють у суму, еквівалентну 100 дол. США (включаючи витрати, пов'язані з тимчасовою непрацездатністю, витрати на лікування ускладнень і організацію протиепідемічних заходів). У питаннях гострого риносинуситу (ГРІ та інших) індивідуальний і епідемічний підходи лікаря повинні поєднуватися в межах медичної науки і професійного мистецтва. Після проведення диференціальної діагностики лікар вирішує питання, пов'язані з направленням пацієнта в стаціонар, на консультацію до лор-лікаря, на амбулаторне обстеження (лабораторне або інструментальне) і т.д. На підставі такої об'ємної і необхідної інформаційної та рекомендаційної бази сьогодні незалежність і професійна свобода лікаря все ж залишаються вирішальними.

Ключові слова: грип; застуда; гострі респіраторні інфекції; тимчасова непрацездатність; епідемія

J.E. Vasquez Abanto¹, A.E. Vasquez Abanto²

¹Center for Primary Medical and Sanitary Help N 2, Kyiv, Ukraine

²Center for Primary Medical and Sanitary Help N 1, Kyiv, Ukraine

Acute respiratory infections in adults in the practice of primary care physician

Abstract. Acute respiratory infections (ARI) are the most common infectious diseases affecting all age groups, but primarily children under 5 years, adults older than 65 years or people with risk factors and serious chronic processes that increase the risk of complications and severe forms of the disease. According to the WHO, in its Bulletin N°310 dated May 2014, infections of the lower respiratory tract were one of the 10 causes of death in the world in 2012. In the U.S., the rate of death from influenza and its complications averages 20 thousand people annually, and the direct costs of treatment of patients with influenza is 1–3 billion dollars, indirect — 10–15 billion a year. In Ukraine, every year ARI hurts 10–14 million individuals, accounting for 25–30 % of the total and approximately 75–90 % of infections in the country. Diseases caused by influenza viruses are not more than 8 %. During periods of epidemic rise (in the winter, the peak is mainly observed in February), this figure rises to 25 %. During the epidemic season 2014–2015, ARI affected 3 million 700 thousand

people, which was 9.1 % of the total population. The economic damage from the flu is around 400 millions UAH a year. Losses only from a single case of influenza in the country are estimated at the equivalent of \$100 (including the costs of temporary incapacity for work, expenses for treatment of complications and the organization of anti-epidemic measures). In acute rhinosinusitis (ARI and others), individual and epidemiological approaches of the physician should be combined within his “medical science and professional art”. After conducting a differential diagnosis, the physician decides on the issues related to the admission of the patient to the hospital, consultation to the otolaryngologist, to the outpatient examination (laboratory and instrumental), etc. On the basis of such voluminous and necessary information and recommended base today, “independence and professional freedom of the doctor” still remains crucial.

Keywords: influenza (flu); cold; acute respiratory infectious diseases; sick leave; epidemic