

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений и условных обозначений	5
Введение	8
Глава 1. Болезни органов дыхания	10
Острые респираторные заболевания	10
Острый бронхит	46
Внебольничная пневмония	54
Хронический простой бронхит	80
Бронхиальная астма	93
Хроническая обструктивная болезнь легких	151
Глава 2. Болезни органов кровообращения	192
Гипертоническая болезнь	192
Ишемическая болезнь сердца	226
Стенокардия стабильная	230
Острый коронарный синдром и нестабильная стенокардия	256
Инфаркт миокарда	264
Миокардит	294
Хроническая сердечная недостаточность	307
Глава 3. Болезни органов пищеварения	343
Функциональная диспепсия	343
Хронический гастрит	354
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	369
Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	392
Синдром раздраженного кишечника	402
Хронический панкреатит	414

4 | ОГЛАВЛЕНИЕ

Хронический бескаменный холецистит.....	430
Хронический гепатит.....	442
Цирроз печени.....	461
Глава 4. Болезни органов мочевого выделения.....	477
Острый диффузный гломерулонефрит.....	477
Хронический диффузный гломерулонефрит.....	485
Пиелонефрит.....	496
Глава 5. Анемии.....	507
Постгеморрагическая анемия.....	511
Железодефицитная анемия.....	511
Витамин В ₁₂ -дефицитная анемия.....	525
Фолиеводефицитная анемия.....	533
Глава 6. Болезни суставов.....	537
Ревматоидный артрит.....	537
Остеоартроз.....	560
Приложение 1.....	571
Приложение 2.....	585
Приложение 3.....	588
Приложение 4.....	589
Приложение 5.....	590
Приложение 6.....	591
Приложение 7.....	626
Список рекомендуемой литературы.....	657
Предметный указатель.....	660

ГЛАВА 1

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Острые респираторные заболевания (ОРЗ) верхних дыхательных путей — группа преимущественно острых респираторно-вирусных инфекций (ОРВИ), возникающих при нарушении защитных сил организма и протекающих с поражением слизистых оболочек. К ОРЗ относят грипп, парагрипп, острый назофарингит (насморк) и фарингит, тонзиллит, ларингит, ларингофарингит, синусит, а также другие острые инфекции верхних дыхательных путей множественной и неуточненной локализации. У здоровых людей устойчивость организма против постоянных внешних воздействий и элиминация инфицированного секрета обеспечиваются фильтрацией и увлажнением вдыхаемого воздуха в верхних дыхательных путях, кашлевым рефлексом, трахеобронхиальной секрецией антибактериальных веществ (лизозим, интерферон, лактоферрин, глобулины, комплемент), аутохтонной микрофлорой, фагоцитирующими клетками, полиморфноядерными нейтрофилами, мукоцилиарным транспортом инородных частиц реснитчатым эпителием бронхов.

Распространенность

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), из общего количества случаев инфекционных заболеваний около 90% приходится на ОРЗ, включая грипп. Взрослый человек переносит ОРЗ 2–3 раза в год. Наибольшее

количество случаев ОРЗ приходится на холодное время года (октябрь — март), пик заболеваемости обычно регистрируют в январе. Наибольшее эпидемическое значение имеют вирусы гриппа А и В, вызывающие практически ежегодные эпидемии, где ведущую роль играет постоянная изменчивость их антигенной структуры. В связи с этим была разработана Международная система кодировки каждого вируса гриппа, вызвавшего эпидемию. Вызвавший пандемию в 1968 г. вирус гриппа обозначают А/Гонконг/68/Н₃Н₂, где А — обозначение типа вируса, Гонконг — географическое место выделения вируса, 68 — год выделения, Н₃Н₂ — обозначение антигенного подтипа. Если вирус выделен у животного, то после типа вируса указывают сокращенное название животного.

ЭТИОЛОГИЯ

Возбудителями ОРЗ служат вирусная и бактериальная инфекции. К вирусной инфекции относят:

- 3 типа гриппа (А, В, С), которые пневмотропны;
- ортомиксовирусы (различают несколько подтипов);
- 4 серотипа парагриппа (1–4);
- 30 серотипов аденовирусов;
- 3 серотипа респираторно-синцитиальной инфекции;
- около 100 серотипов риновирусов;
- свыше 25 штаммов коронавируса;
- энтеровирусы;
- вирус герпеса;
- микоплазму.

Все вирусы отличаются по своей генетической и белковой структуре, имеют разные виды тропности к разным участкам дыхательных путей, что определяет разную клиническую картину и методы вирусологической диагностики. Вирусы гриппа А способны сохраняться в воздушной среде до 4 ч, в постельном белье — до 3 нед, в комнатной пыли — >2 мес.

S. pneumonia, *H. influenza*, *M. catarrhalis*, β-гемолитический стрептококк группы А (*S. pyogenes*), *C. pneumoniae* — бактериальные возбудители ОРЗ.

Инфицирование тем или иным возбудителем не всегда приводит к болезни. В зависимости от состояния иммунитета некоторые люди не болеют ОРЗ, другие ежегодно болеют несколько раз. Этому способствуют длительная персистенция инфекции в полости рта, сенсбилизация, охлаждение организма, вредные привычки и гиподинамия. Особую роль в развитии ОРЗ играет простудный фактор.

Патогенез

Особенностью аденовирусного и бактериальных ОРЗ считают отсутствие самого факта заражения. Это обусловлено тем, что для аденовирусов характерна длительная персистенция в лимфоидных образованиях дыхательных путей, а большинство бактериальных возбудителей входят в состав условно-патогенной микрофлоры, постоянно присутствующей в респираторном тракте человека. Аденовирусные заболевания регистрируют в течение всего года, чаще — в зимнее время. Больные выделяют аденовирус в окружающую среду с фекалиями и воздушно-капельным путем. Продолжительность выделения аденовирусной и бактериальной инфекции из дыхательных путей составляет 20–25 дней, с фекалиями — до 2 мес.

Заражение ОРВИ происходит преимущественно воздушно-капельным путем и только от больного человека. Вирус размножается в эпителиальных клетках дыхательных путей, вызывает некроз и слущивание слизистых оболочек бронхиального дерева. Интенсивность и распространенность поражений зависит от патогенности вируса, его дозы и состояния иммунитета пациента.

Классификация

По Международной статистической классификации болезней и причин смерти 10-го пересмотра (МКБ-10): J00–J06. Острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей.

По **нозологическим формам**: грипп, парагрипп, аденовирусная, микоплазменная, риновирусная, коронавирусная, смешанная инфекция; острый назофарингит; острый фарингит; острый тонзиллит; острый ларингит; острый ларингофарингит; острый синусит; острый риносинусит; острый трахеит; другие сочетания.

По **течению**: бессимптомное, легкое, среднетяжелое, тяжелое, крайне тяжелое, гипертоксическое.

По **синдромам**: катаральный, интоксикации, сочетание синдромов.

По **наличию осложнений**:

- без осложнений;
- с осложнениями — пневмония, инфекционно-токсический шок, абсцесс мозга, геморрагический отек легких, паратонзиллярный абсцесс, сепсис, тромбоз сосудов мозговой оболочки.

Грипп

Грипп — антропонозная высококонтагиозная ОРВИ. Пандемии гриппа происходят в мире каждые 10–20 лет. В результате пандемии гриппа А/Н₁Н₁ «Испанка» в 1918–1919 гг. во всем мире умерли около 40 млн человек. В общей структуре смертности смерть от гриппа и его осложнений составляет 40%. Наибольшее количество смертей от гриппа связано не с самим заболеванием, а с осложнениями на фоне гриппозной инфекции или после нее. Чаще всего это осложнения, касающиеся заболеваний легких и сердца.

Выделяют следующие типы вируса гриппа:

- тип А, поражает человека и животных, обладает высокой антигенной изменчивостью;
- тип В, поражает только человека, характеризуется слабой антигенной изменчивостью, отмечены локальные эпидемии;
- тип С, инфицирует только человека, имеет слабую антигенную изменчивость, эпидемии не отмечены.

В последние годы в Российской Федерации наблюдают варианты вируса гриппа: тип А/Н₁Н₁, тип А/Н₃Н₂, тип В и пандемический грипп типа А/Н₁Н₁ swl., вызывающие ежегодные подъемы заболеваемости.

Эпидемия гриппа типа А/Н₁Н₁, А/Н₃Н₂ и В продолжается в среднем 4 нед. В промежутках между эпидемиями вирус продолжает циркулировать, но заболеваемость перестает быть массовой. Интенсивность и распространенность поражений при гриппе зависят от патогенности вируса, его дозы и состояния иммунитета. Вирус гриппа обладает способностью к изменчивости, в результате чего постоянно возникают новые типы вируса. В связи с этим в течение 1 года один и тот же пациент может переболеть неоднократно разными типами гриппа и другими вирусными ОРВИ. Иммунитет к одному типу вируса гриппа сохраняется в течение 1–4 лет после болезни.

Источником инфекции служит больной гриппом. Однако в инкубационном периоде, продолжающемся 24–48 ч, больной не заразен. Человек становится заразным с окончания скрытого периода и продолжает им быть до 3–7 дней заболевания. К гриппу восприимчивы все люди. Во время эпидемий в первую очередь заболевают взрослые люди, затем — дети. Как правило, грипп распространяют больные с легкой формой заболевания, перенося его на ногах. Заражение происходит воздушно-капельным путем. При низкой температуре и в замороженном виде вирус сохраняет активность в течение нескольких месяцев. Этим объясняют широкое распространение гриппа в холодное время года.

Вирус быстро размножается в эпителиальных клетках дыхательных путей. С момента заражения до возникновения симптомов заболевания проходит от нескольких часов до 1–1,5 сут. Начинается заболевание остро. Ухудшается самочувствие, появляется резкое недомогание, повышается температура тела до 38–40 °С, которая держится 3–5 дней, иногда дольше. Кратковременная лихорадка служит одним из основных симптомов гриппа (табл. 1.1).

Таблица 1.1. Клиническая характеристика нозологических форм острых респираторных заболеваний

Нозологическая форма	Течение	Температура		Головная боль	Кожная сыпь	Потливость	Боль в мышцах	Резь в глазах	Микро-лиадеит	Ринит	Фарингит	Ларингит	Трахео-бронхит	Пневмония
		°С	дни											
Грипп А	Острое	39–40	3–4	—	+	++	++	++	—	+	+	+	+	+
Грипп В и С	Острое	<39	1–3	—	+	+	+	—	—	+	+	—	+	—
Парагрипп	Постепенное	<38	1–2	—	±	—	—	—	—	—	+	++	++	±
Респираторно-синцициальная инфекция	Постепенное	38–39	3–6	—	—	—	—	—	+	++	+	—	++	+
Коронавирусная инфекция	Острое	<38	1–3	—	+	—	—	—	—	+	+	+	+	—
Риновирусная инфекция	Острое	37,5	1–2	—	—	—	—	—	—	++	—	—	±	—
Энтеровирусная инфекция	Острое	38–39	2–4	++	+	+	++	—	+	+	+	+	+	—
Аденовирусная инфекция	Острое	38–39	5–14	+	++	+	+	++	++	++	++	+	++	+
Микоплазменная инфекция	Постепенное	39–40	7–10	—	+	+	—	—	—	+	+	—	+	++
Бактериальная инфекция	Острое	39–40	3–5	—	+	+	+	—	—	—	++	±	±	—
Аллергические реакции	Острое	—	>10	+	—	—	—	+	—	++	+	+	—	—

Примечание: «++» — наиболее выраженные симптомы; «+» — непостоянные симптомы; «±» — симптомы отсутствуют или слабо выражены.

Максимальный подъем температуры наблюдают в 1-й день болезни, и при тяжелой форме она может достигать 40 °С и более, при среднетяжелой — 39 °С, при легкой — 38 °С. Снижение лихорадки при гриппе происходит критически либо ускоренным лизисом. Двугорбую температурную кривую наблюдают редко. Вторая волна обычно связана с обострением хронической инфекции (хронического синусита, тонзиллита) или присоединением осложнений (острого отита, пневмонии и др.).

- Максимальное развитие интоксикации — в первые 2 сут заболевания.
- Лейкопения, сдвиг лейкоцитарной формулы влево.
- Выявление антигена гриппа в слизистой оболочке носа методом иммунофлуоресценции, нарастание титра антигриппозных антител в 4 раза и более в серологических реакциях.
- Данные клинического исследования.

Дифференциальную диагностику гриппа с другими сходными по клинической картине вирусными заболеваниями проводят с использованием клинических, вирусологических, серологических и цитологических методов исследования. Особые трудности вызывает серозный энтеровирусный менингит, характеризующийся многократной рвотой, признаками энтерита, звездчатой геморрагической сыпью (локализуется в нижней половине живота, на бедрах, ягодицах), волнообразным течением, летне-осенней сезонностью.

Средняя продолжительность временной нетрудоспособности при нетяжелом течении гриппа составляет 6–10 сут, в случаях тяжелого течения — до 2 нед и более (Приложение 1). При осложнениях и сопутствующих заболеваниях она может увеличиваться значительно.

Парагрипп

Удельный вес среди ОРВИ составляет 6–15%. **Парагрипп** характеризуется признаками интоксикации, катаральным синдромом и протекает преимущественно по типу ринофаринго-

ларингита. Парагриппозную инфекцию наблюдают круглый год с подъемами заболеваемости в осенне-зимний период. Инкубационный период составляет в среднем 3–4 дня. Заболевание начинается, как правило, подостро. Симптомы нарастают в течение 2–3 сут. Возникают общее недомогание, повышение температуры тела, головная боль без определенной локализации, затруднение носового дыхания, сухой кашель. Отмечают боли в горле различной интенсивности, осиплость голоса, першение, упорный, иногда лающий сухой кашель. Затруднение носового дыхания и ринорея появляются с первых часов болезни. Часто отмечают сочетанное поражение слизистой оболочки носа, глотки, гортани с клинической картиной ринита, фарингита и трахеита.

Синдром интоксикации умеренный, его интенсивность нарастает к 3-му дню болезни. При тяжелой форме могут возникать тошнота, рвота и менингеальные симптомы.

Наиболее частое осложнение парагриппа — пневмония, которая в ряде случаев протекает с поражением плевры.

Дифференциальная диагностика парагриппа требует комплексной оценки физикальных симптомов, лабораторных и инструментальных тестов, их интенсивности, динамики проявлений.

Аденовирусная инфекция

Удельный вес **аденовирусной инфекции** среди ОРВИ колеблется от 2 до 15%. Инкубационный период составляет от 5 до 11 дней. Продромальный период может продолжаться до 3 сут и манифестировать недомоганием, сухим кашлем, насморком, болями в горле. Характерно острое начало заболевания, преобладание катаральных симптомов фарингита и тонзиллита над признаками интоксикации. Заболевание начинается с повышения температуры тела (39 °С), боли головной, в горле и глазах, слезотечением, светобоязнью. Катаральный синдром длится 8–15 дней. У больных отмечают ринит с выраженной ринореей, сначала серозным, затем слизистым отделяемым, который всегда сочетается с поражением глотки.

Именно поэтому часто отмечают боли в горле и кашель, умеренную гиперемию слизистой оболочки нёбных дужек, язычка, миндалин и задней стенки глотки. Миндалины увеличены, на их поверхности возникает нежный пленчатый налет в виде точечных или более крупных белесоватых наложений.

Продолжительность лихорадки составляет от 1 до 15 дней. Головную боль отмечают у большинства больных в лобной области, она характеризуется легкой или умеренной интенсивностью. При резком вставании и ходьбе могут возникать головокружение, тошнота и рвота. Часть больных могут отмечать мышечные боли и ломоту в теле, которые держатся 3–4 дня. Особенностью аденовирусной инфекции считают увеличение печени и подчелюстных, шейных, подмышечных лимфатических узлов. Иногда возможны полиморфная сыпь на коже и дисфункция желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Респираторно-синцитиальная инфекция

Удельный вес **респираторно-синцитиальной инфекции** среди ОРВИ составляет 3–8%. Инкубационный период длится от 3 до 5 дней. Прдромальные явления характеризуются недомоганием, умеренной головной болью, насморком и сухим кашлем. Начало заболевания острое. У 1/3 больных отмечают ринит, у большинства — гиперемию зева. Продолжительность катарального синдрома составляет 3–6 дней. Синдром интоксикации характеризуется умеренными проявлениями и продолжается от 1 до 7 дней. В начале заболевания возникают озноб, повышение температуры тела, разбитость и ломота в теле. Умеренная головная боль локализуется чаще в лобно-височной области, реже — в затылочной. У части больных в первые дни болезни могут отмечать головокружение, тошноту, рвоту, судороги и менингеальные признаки. У небольшого числа больных — афебрильные формы болезни, носовые кровотечения и геморрагии на слизистой оболочке мягкого нёба. При выраженной интоксикации возможны приглушение тонов сердца, артериальная гипотензия. В крови обычно — эозинофилия, нейтрофильный сдвиг формулы влево при нормальном

числе лейкоцитов. Респираторно-синцитиальная инфекция часто осложняется пневмонией (нередко с абсцедированием), синуситами, невритами.

Риновирусная инфекция

Удельный вес **риновирусной инфекции** составляет 15–25% ОРВИ. Инкубационный период — от 1 до 6 дней. Продромальные симптомы обычно отсутствуют. Начало заболевания в большинстве случаев определяют как острое. Одновременно с общими симптомами возникают чихание, ощущение першения и саднения в горле, заложенность носа и затруднение носового дыхания. Через несколько часов из носа появляются обильные слизистые выделения водянистого характера. В случае присоединения бактериальной инфекции выделения становятся гнойными. Зев и дужки незначительно гиперемированы. Иногда отмечают отечность слизистой оболочки и «зернистость» мягкого нёба. Конъюнктивит у большинства больных характеризуется обильным слезотечением, отеком и покраснением конъюнктивы и склер. Часто наблюдают ларингит, который проявляется покашливанием и охриплостью голоса. У 10–15% больных риновирусной инфекцией развиваются острый бронхит или пневмония.

Коронавирусная инфекция

Удельный вес **коронавирусной инфекции** среди ОРВИ составляет от 0,5 до 12%. Инкубационный период — 2–5 дней. Продромальный период у большинства больных отсутствует. Болезнь может протекать в легкой, среднетяжелой и тяжелой форме. При легком течении болезни отмечают признаки, характерные для риновирусной инфекции с обильными водянистыми выделениями из носа, чиханием и сухим кашлем. Симптомы интоксикации выражены слабо. Течение болезни средней тяжести характеризуется ринитом, симптомами интоксикации, субфебрилитетом, поражением нижних отделов респираторного тракта по типу острого бронхита с признаками обструкции. Тяжелое течение коронавирусной инфекции

отмечают у ослабленных больных с сопутствующими заболеваниями, проявляется волнообразной лихорадкой, насморком, одышкой, кашлем, гиперемией слизистых оболочек носа и зева, увеличением печени и селезенки. Лейкоцитоз и повышение скорости оседания эритроцитов (СОЭ) у таких больных отмечают не всегда.

Микоплазменная инфекция

Удельный вес **микоплазменной инфекции** среди ОРВИ составляет от 0,4 до 18%. Занимает промежуточное место между вирусной и бактериальной инфекцией. Это острое инфекционное заболевание, протекающее в виде ОРЗ и пневмонии. Инкубационный период длится от 1 до 25 дней. Продромальный период продолжается 1–13 дней и характеризуется слабостью, недомоганием, быстрой утомляемостью, незначительной головной болью, сухостью и першением в горле, покашливанием, насморком, повышением температуры тела до субфебрильных цифр. Затем температура может повышаться до 39–40 °С. Начало заболевания острое с умеренно выраженным токсикозом, головной болью, нерезкими болями в суставах и мышцах, ломотой в теле, слабостью, вялостью, адинамией, тошнотой, иногда рвотой.

Среди осложнений микоплазменной инфекции отмечают отиты, менингиты, менингоэнцефалиты, энцефалиты, миокардиты.

Ринит

Ринит — воспаление слизистой оболочки полости носа. Характеризуется заложенностью носа, ринореей, чиханием, зудом или жжением в носу. Ринит может быть самостоятельным заболеванием и/или одним из симптомов воспаления верхних дыхательных путей. В основе его лежит воспаление слизистой оболочки носа, которое возникает под воздействием лекарства, пыльцы растений, химических веществ, пыли, шерсти животных, стресса, пищевых продуктов и др. Быстро

затрудняется носовое дыхание, притупляется обоняние, появляются слезотечение, головная боль, слабость. Голос приобретает гнусавый оттенок. Через несколько часов присоединяется обильное выделение серозно-слизистого секрета. Затем количество выделений уменьшается, они могут приобретать кровянистый или слизисто-гнойный характер. Выделения из носа вызывают раздражение кожи преддверия носа. Она становится красной, отекает. Продолжительность острого насморка колеблется от нескольких дней до 1–2 нед. В случаях массивного поражения эпителия слизистой оболочки восстановительный период увеличивается до 3–4 нед. В некоторых случаях воспаление может распространиться на придаточные пазухи носа, слезный канал, слуховую трубу, барабанную полость.

В основе сезонного и круглогодичного аллергического ринита лежит воспалительная иммуноглобулин (Ig) E-опосредованная реакция, вызванная попаданием аллергенов на слизистую оболочку полости носа. Воспалительный процесс поддерживается клеточной инфильтрацией эозинофилов, тучных клеток и Т-лимфоцитов. Симптомы аллергического ринита носят обратимый характер после прекращения контакта с аллергенами или под воздействием лечения.

Течение аллергического ринита может быть:

- легким (без нарушения дневной активности и/или сна);
- среднетяжелым (с нарушением дневной активности, сна, занятий спортом, активного отдыха);
- тяжелым (с мучительными симптомами, проблемами на работе или учебе).

Острый фарингит

Для **острого фарингита** характерны острое начало, лихорадочный синдром, сухость, першение и боль в глотке, пароксизмы сухого глоточного кашля. Иногда возникает чувство «хлопанья в ушах». Симптомы провоцируются громкой речевой нагрузкой, вдыханием холодного воздуха, приемом холодной пищи или воды. При приеме теплой пищи или питья симптомы временно проходят.

Острый ларингит

Острый ларингит начинается с медленного, постепенно повышения температуры тела, нарушения общего состояния, ощущения сухости, першения, саднения в горле, сухого кашля. Голос становится грубым, наступает охриплость или афония. Затем начинает отхаркиваться скудная густая слизистая мокрота. Продолжительность заболевания составляет от 5 до 10 дней. При неблагоприятных условиях, нарушении режима молчания заболевание переходит в затянувшуюся, подострую или хроническую форму.

Острый трахеит

Острый трахеит характеризуется острым началом, повышением температуры тела до 38 °С, чувством саднения и болью за грудиной, усиливающимися при приступах сухого непроизвольного кашля. Последний провоцируется глубоким вдохом и/или форсированным выдохом и сопровождается отхождением незначительного количества стекловидной мокроты. Лихорадочный период обычно продолжается до 7 дней. По мере нормализации температуры кашель становится влажным, менее болезненным. В некоторых случаях развивается синдром астматической дискинезии трахеи с приступами битонального коклюшеподобного кашля, сопровождаемого рвотой и обмороком.

Катаральная ангина (острый тонзиллит)

Катаральная ангина характеризуется преимущественно поверхностным поражением миндалин. Заболевание начинается с ощущения сухости и першения в глотке, повышения температуры тела. Вскоре появляются боль в горле, усиливающаяся при глотании и нередко иррадиирующая в ухо, общее недомогание, боль головная, в суставах и мышцах. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны, подвижны.

ны. Миндалины гиперемированы и отечны, без налета. Язык обложен белым налетом, сухой. Изменения крови отсутствуют или отмечают незначительный лейкоцитоз, лимфопению и повышение СОЭ. Заболевание длится 3–5 дней и заканчивается в большинстве случаев выздоровлением.

Лакунарная ангина

Лакунарная ангина начинается с резкого подъема температуры тела до 39–40 °С, болей в горле, сердце, суставах, голове. Миндалины отечны, гиперемированы, лакуны расширены, в них желтовато-белое фибринозно-гнойное содержимое, образующее на поверхности рыхлый налет в виде пленки, который легко снимается без повреждения эпителия. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены, резко болезненны. В крови — лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг влево, увеличение СОЭ до 40–50 мм/ч. В моче могут появляться следы белка, свежие эритроциты. Длится заболевание 5–7 дней.

Фолликулярная ангина

Фолликулярная ангина манифестирует внезапным ознобом, лихорадкой до 40 °С, головной болью. Беспокоят выраженная общая слабость, боли в сердце, суставах и мышцах. Могут отмечать диспепсические симптомы, олигурию. Миндалины резко гиперемированы, отечны, имеют зернистый вид. Нагноившиеся фолликулы имеют вид беловато-желтых образований величиной с булавочную головку. Резко выражен регионарный лимфаденит. В крови отмечают лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево. В анализе моче нередко — протеин- и микрогематурия. Продолжительность заболевания составляет 7–8 дней.

Все виды ангины (катаральная, лакунарная и фолликулярная) имеют периоды: инкубационный (1–2 дня), начальный (от нескольких часов до суток), разгара (2–7 сут) и реконвалесценции. Выделяют 3 степени тяжести ангины. При легкой степени повышенная температура тела держится в пределах

до 38 °С в течение 3 сут с последующей нормализацией. Общие симптомы выражены умеренно. При среднетяжелой степени температура тела увеличивается до 39 °С и держится 4–5 сут, симптомы интоксикации более выражены. Для тяжелой ангины характерна лихорадка, превышающая 39 °С и сохраняющаяся 5–7 сут.

Дифференциальную диагностику ангины проводят с дифтерией, скарлатиной, корью, язвенно-пленчатой ангиной путем сопоставления клинических показателей и результатов лабораторных исследований.

Дифтерия характеризуется появлением на ярко гиперемизированных миндалинах толстых грязно-серых пленок, распространяющихся на нёбные дужки, мягкое нёбо, язычок, заднюю стенку глотки. Пленки снимаются с трудом, после их удаления остается кровоточащая поверхность. Отмечают отечность слизистых оболочек дыхательных путей, выраженные признаки интоксикации, адинамию. Бактериологическое исследование обнаруживает палочку Клебса–Леффлера.

При **скарлатине** отмечают сыпь, которая возникает к концу 1-го или на 2-й день болезни, быстро распространяется по всему телу, оставляя свободным носогубный треугольник. Определяют поражение слизистой оболочки глотки, энантему с характерной малиновой окраской языка.

Для **кори** у взрослых характерно поражение слизистой оболочки зева в продромальном периоде и во время высыпаний. Появление на слизистой оболочке щек пятен Филатова–Коплика и коревой энантемы не обязательно.

Язвенно-пленчатая ангина Симановского–Плаута–Венсана может протекать без нарушения общего состояния. Признаки интоксикации часто отсутствуют, глотание малоболезненное. Налеты и изъязвления обычно односторонние и охватывают слизистую оболочку десен, мягкого нёба, задней стенки глотки, иногда гортани. В некоторых случаях в процесс вовлекается надкостница. При бактериологическом исследовании налета обнаруживают *Fusobacterium fusiforme* и *Spirochete vincentia*. В крови отмечают умеренный лейкоцитоз, анемию, увеличение СОЭ.

Паратонзиллит

Паратонзиллит возникает при переходе воспаления с небных миндалин на паратонзиллярную клетчатку с острым началом, тяжелым общим состоянием, выраженными симптомами интоксикации. Температура тела достигает высоких цифр. Отмечают резкую слабость, мучительную боль при глотании, тризм, саливацию. Голова наклонена в больную сторону. Кожа бледная, выражение лица страдальческое, резкий неприятный запах изо рта, голос гнусавый. Регионарные лимфатические узлы увеличены, резко болезненны. В крови — лейкоцитоз, нейтрофилез, увеличение СОЭ, умеренная анемия.

Паратонзиллит нужно дифференцировать от токсической формы дифтерии, скарлатины, пленчато-некротической ангины, лейкомического инфильтрата, твердого шанкра, злокачественных новообразований глотки. **Прогноз** при паратонзиллите обычно благоприятный.

Синусит острый негнойный

Синусит — воспалительное заболевание придаточных пазух носа инфекционного происхождения, которое развивается при гриппе, остром катаре верхних дыхательных путей, рините или воспалении 5–8-го зуба верхней челюсти, корни которых служат дном гайморовой полости. Для развития воспаления в околоносовых пазухах большое значение имеют нарушения мукоцилиарного транспорта, аномалии строения внутрисинусовых структур и решетчатого лабиринта, нарушающие проходимость естественных отверстий околоносовых пазух и механизмов их аэрации и очищения. Обструкция остиального отверстия вследствие гиперемии и отека ведет к нарушению дренажа синусов и развитию вторичной инфекции с наличием длительно сохраняющегося насморка, заложенности носа, боли в области пазух. Рентгенологически и эхографически острый негнойный синусит характеризуется затемнением параназальных пазух, которое сохраняется не менее 3 нед. Основными возбудителями являются *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, реже — *M. catarrhalis*.

Синусит острый гнойный

Слизистая оболочка дыхательных путей вырабатывает слизи около 1,5 л/сут. ОРВИ, грипп и другие заболевания верхних дыхательных путей вызывают нарушение оттока слизи из пазухи. Через 2–3 дня слизь нагнаивается, и возникает насморк с обильным отделяемым слизисто-гнойного характера, снижается обоняние. Нос заложен, повышается температура тела, появляются озноб, головная боль. Иногда на стороне поражения развиваются отек щеки и глаза, светобоязнь и слезотечение.

Острое гнойное воспаление среднего уха

При попадании возбудителя на слизистую оболочку среднего уха развиваются признаки экссудативного воспаления. Экссудат может быть вначале серозным или геморрагическим, который вскоре становится гнойным. Давление экссудата на барабанную перепонку ведет к появлению боли, местному расстройству кровообращения, трофическим и деструктивным изменениям с последующим прободением и гноетечением. Начало острое.

В стадии I заболевания (до перфорации) ведущая жалоба — боль в ухе колющего, пульсирующего, сверлящего, стреляющего характера, которая ощущается в глубине уха и может быть мучительной. По своей интенсивности боль в ухе стоит в одном ряду с болью зубной или в животе. Она нередко иррадирует в зубы, висок и всю половину головы, усиливается при глотании, чихании, кашле и стихает после самопроизвольного разрыва барабанной перепонки или парацентеза. Наряду с болью отмечают заложенность уха, шум в нем и болезненность при пальпации сосцевидного отростка на стороне воспаления. Анализ крови в этот период характеризуется острофазовыми реакциями.

В стадии II заболевания (после перфорации) происходит гноетечение, сначала обильное, затем постепенно уменьшающееся. В этой стадии отмечают стихание боли, улучшение общего состояния, литическое снижение температуры тела.

Стадия III — репаративная. Происходит разрешение воспалительного процесса, прекращение гноетечения, закрытие перфорации. Длительность заболевания составляет около 2–4 нед. Исходами могут быть:

- полное выздоровление с восстановлением слуховой функции;
- развитие адгезивного процесса в ухе или образование сухой перфорации с понижением слуха;
- переход в хронический гнойный средний отит.

Осложнения:

- мастоидит;
- лабиринтит;
- менингит;
- абсцесс мозга;
- тромбоз синусов твердой мозговой оболочки, сепсис.

Диагностика острых респираторных заболеваний

Проводят тщательный анализ жалоб, данных анамнеза, физикального, лабораторного и инструментального обследования больного.

Диагностический минимум обследования.

- Общее клиническое обследование, общий анализ крови и мочи, рентгенография легких в двух проекциях.
- Исследования по показаниям. Проводят, как правило, в условиях стационара при тяжелом состоянии и/или атипичном течении заболевания. Используют вирусологические, серологические и цитологические методы исследования.

Дифференциальная диагностика

На **1-м этапе** диагностики фельдшер часто не имеет достаточных клинико-лабораторных данных для дифференциальной диагностики ОРЗ. Именно поэтому он может поставить диагноз «Острая инфекция верхних дыхательных путей неуточненная». Шифр по МКБ-10 — J06.9.

Пример формулировки предварительного диагноза: «Грипп А, среднетяжелое течение».

Лечение острых респираторно-вирусных инфекций

Цель: стойкая элиминация возбудителей ОРВИ.

Задачи:

- организация лечения на дому;
- поддержание и восстановление структуры и функций слизистой оболочки верхних дыхательных путей;
- предотвращение распространения возбудителей ОРВИ;
- предупреждение осложнений;
- предупреждение и минимизация побочных эффектов фармакотерапии.

Противоэпидемические мероприятия

В период эпидемии гриппа для предупреждения распространения инфекции предусматривают осуществление следующих мероприятий.

- Регулирование потока приема больных гриппом в амбулатории (ФАП, здравпункте и др.):
 - самозапись и запись по телефону на прием;
 - выделение специальных часов повторного приема больных с хроническими заболеваниями;
 - выделение отдельного кабинета для приема первичных больных с признаками гриппа;
 - лечение больных гриппом в «стационаре на дому»;
 - увеличение активных посещений пациентов с хроническими заболеваниями.
- Увеличение объема диагностической помощи больным гриппом:
 - проведение вирусологической экспресс-диагностики методом иммунофлуоресценции;
 - широкое применение крупнокадровой флюорографии;