

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ І ТАКТИКИ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРОЮ РЕСПІРАТОРНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ В АМБУЛАТОРНІЙ ПРАКТИЦІ ТА ВИКЛАДАННІ

©Л. С. Бабінець, Ю. Я. Коцаба

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України

РЕЗЮМЕ. Гострі респіраторні інфекції (ГРІ) у більшості випадків є амбулаторною патологією, тому питання діагностики й формування тактики ведення пацієнтів на етапі первинної медичної допомоги є важливим завданням медичної освіти і практики.

Мета – на основі опрацювання Європейського клінічного протоколу ведення пацієнтів з гострою респіраторною інфекцією (Хорватія) виділити ключові аспекти, важливі для клінічної практики і медичної освіти.

Результати. Гострі респіраторні інфекції найчастіше є короткочасними сезонними захворюваннями, пацієнти зазвичай одужують без негативних наслідків. ГРІ є тягарем для пацієнта, сім'ї, громади та системи охорони здоров'я через їх поширеність. Більшість ГРІ верхніх дихальних шляхів можна розпізнати на підставі якісно проведеного збору анамнезу і ретельного клінічного обстеження. Подальші діагностичні дослідження необхідні лише в деяких випадках, які чітко регламентовані клінічним протоколом.

Як правило, в кабінеті сімейного лікаря необхідно зосередитись на оцінці локалізації ГРІ, тобто визначити, чи це інфекція верхніх, чи нижніх дихальних шляхів, а також яка найімовірніша причина ГРІ – віруси чи бактерії. Часто непотрібно визначати точну причину ГРІ, оскільки найчастіше це захворювання, які самовиліковуються, тому вони й лікуються в умовах ПМД. Це визначає специфіку клінічного підходу сімейного лікаря до пацієнта з ГРІ, та не впливає на рішення, як лікувати пацієнта.

Діагностичні дослідження призначають лише тоді, коли клінічна картина не є чіткою, а іноді для підтвердження причини інфекції при підозрі на стрептококову інфекцію горла, коли є намір призначити антибіотики згідно із клінічним протоколом.

Висновок. Розбіжність між очікуваннями пацієнтів і професійними рекомендаціями щодо самопомоги (самолікування), а також призначення антибіотиків і вакцинопрофілактики, може бути врегульована шляхом інтенсивного навчання пацієнтів, ретельного проведення диференційної діагностики, встановленням довіри між пацієнтом та сімейним лікарем у ході консультування і використанням стратегії «очікуй і спостерігай».

КЛЮЧОВІ СЛОВА: гостра респіраторна інфекція; діагностика; консультування пацієнтів; тактика лікування; стратегія «очікуй і спостерігай».

Вступ. Гострі респіраторні інфекції (ГРІ) – це, як правило, легкі інфекції слизових дихальних шляхів, у більшості випадків викликані вірусами. Вони є найчастішою причиною звернення до кабінету сімейного лікаря, однією з трьох найчастіших причин госпіталізації, третьою причиною тимчасової непрацездатності [1, 4]. З вищевикладеного випливає, що ГРІ є значною проблемою охорони здоров'я. Оскільки ГРІ – у більшості випадків амбулаторна патологія, питання діагностики і формування тактики ведення пацієнтів на етапі первинної медичної допомоги (ПМД) є важливим завданням медичної освіти і практики [4].

Мета – на основі опрацювання Європейського клінічного протоколу ведення пацієнтів з гострою респіраторною інфекцією (Хорватія) виділити ключові аспекти, важливі для клінічної практики і медичної освіти.

Основна частина. Причиною ГРІ, крім вірусів (тоді їх називають гострими респіраторними вірусними інфекціями (ГРВІ)), можуть бути бактерії,

рідше гриби та інші умовно патогенні інфекції. Бактеріальна суперінфекція ГРВІ є відносно частим ускладненням захворювання. Частота ГРВІ зменшується з віком: діти хворіють на ГРВІ п'ять–сім, а дорослі – в середньому два рази на рік, батьки з маленькими дітьми хворіють трохи частіше, ніж інші дорослі [3, 6]. ГРВІ виникають через збільшення кількості патогенних організмів у слизових і глибоких тканинах, порівняно зі станом нормальної флори дихальної системи. Це викликано контактом індивіда з патогенними організмами і наступною імунологічною відповіддю, у результаті якої вказані організми можуть розмножуватися. Як розвиватиметься інфекція і яким буде її перебіг, залежить від імунологічної відповіді людини. Тому один і той же збудник може викликати дуже різні клінічні стани у різних людей [3].

Як правило, в кабінеті сімейного лікаря необхідно зосередитись на оцінці локалізації ГРІ, тобто з'ясувати, це інфекція верхніх чи нижніх дихальних шляхів, а також яка найбільш ймовірна причина

Огляди літератури, оригінальні дослідження, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення

ГРІ – віруси чи бактерії. Часто буває непотрібно визначати точну причину ГРІ, оскільки це найчастіше захворювання, які самовиліковуються, тому вони й лікуються в умовах ПМД. Це визначає специфіку клінічного підходу сімейного лікаря до пацієнта з ГРІ, оскільки це не впливає на рішення, як лікувати пацієнта. Діагностичні дослідження призначають лише тоді, коли клінічна картина не є чіткою, а іноді для підтвердження причини при підозрі на стрептококову інфекцію горла, коли мають намір

призначити антибіотики згідно із клінічним протоколом [5]. Це ж стосується рецидивних інфекцій протягом короткого проміжку часу в осіб із ослабленим імунітетом, або якщо тест проводиться з епідеміологічною метою (наприклад грип, кашлюк, респіраторно-синцитіальний вірус) [2].

У таблиці 1 вказані деякі віруси та бактерії, що найчастіше викликають ГРІ, відповідно до частоти спричинення інфекцій, хоча ця частота варіює залежно від віку пацієнтів.

Таблиця 1. Найпоширеніші віруси і бактерії, що викликають ГРІ

Віруси	Частота, %	Бактерії	Частота
Респіраторно-синцитіальний вірус	5–15	<i>Beta-haemolytic streptococcus</i>	5–12
Риновіруси	9	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	12
Парагрип типів 1, 2, 3	2–5	<i>Haemophilus influenzae</i>	10
Аденовіруси	3–8	<i>Mycoplasma and Chlamydia</i>	2–3
Ентеровіруси	4	<i>Moraxella catarrhalis</i>	1
Інші віруси, невідомі причини	30–35	–	–

Звичайна застуда – це, мабуть, найчастіша хвороба. Діти уражаються ГРІ втричі частіше, ніж дорослі. Дихальна система є природним резервуаром вірусних інфекцій, які трапляються протягом року і частішають взимку й на початку навчального року. Віруси передаються всередині сім'ї, від одного члена сім'ї, який заразився хворобою протягом двох–п'яти днів, до іншого. ГРІ є важливою проблемою охорони здоров'я через високу захворюваність та швидку передачу серед населення. За даними Хорватського інституту громадського здоров'я, захворювання органів дихання, серед яких ГРІ, є найчастішими, вони посідають перше місце у загальній захворюваності з поширеністю 2,22 тис. випадків, або 19 % від загальної кількості зареєстрованих захворювань і станів у загальній практиці – сімейній медицині. ВООЗ розглядає респіраторні інфекції як причину 94 тис. втрачених років через хворобу та 3,9 млн смертей на рік [5, 6].

Гострі інфекції дихальної системи є неоднорідною групою захворювань, які можуть проявлятися легкими симптомами або спричиняти загрозу для життя. Типовими симптомами ГРІ є ознаки застуди (закладеність носа, сльозотеча, почервоніння очей, набряклість слизових носа), кашель, ураження слизових оболонок горла і дихальних шляхів, біль у горлі, голові й грудній клітці, збільшення шийних лімфатичних вузлів, загальні ознаки інтоксикації (підвищена або знижена температура тіла, втома, міалгії) [1].

Люди розцінюють основні симптоми застуди як ГРІ й відвідують лікаря лише тоді, коли симп-

томи серйозніші, ніж зазвичай, якщо вони тривають довше, ніж зазвичай, або коли пацієнту потрібен лікарняний листок. Частою причиною візиту є те, що пацієнт хоче отримати у лікаря відчуття «впевненості» у тому, що інфекція не є небезпечною, «про всяк випадок». Це стосується навіть добре освічених людей, які розпізнають симптоми на ранній стадії ГРІ за її природного перебігу. Завдання сімейного лікаря полягає в тому, щоб встановити серед усіх ГРІ ті, що становлять серйозну загрозу для здоров'я пацієнта, а також потребують розширеного оцінювання (наприклад, пневмонія); ті, які потребують специфічного лікування (наприклад, стрептококова ангіна, грип), а також ті, що є епідеміологічно важливими (кашлюк) [7].

Важливу роль відіграє правильно проведений огляд пацієнта з ГРІ. Особистий анамнез повинен включати дані про симптоми, їх тривалість, що полегшує і що погіршує їх, а також дані про лікування, яке отримував пацієнт. Лікар повинен активно ставити питання щодо інших симптомів, про які пацієнт не згадував (сечовипускання, випорожнення). Необхідно встановити, чи є контактні люди у безпосередньому оточенні пацієнта і чи перебував хворий за кордоном. Потрібно перевірити, чи був пацієнт вакцинований проти можливих збудників. Важливо з'ясувати, як часто у пацієнта інфекції виникають повторно. Лікаря повинні цікавити також інші захворювання, які може посилювати інфекція дихальної системи (астма, синдром імунодефіциту, серцево-судинні захво-

рювання). Важливо отримати інформацію, чи була у пацієнта або когось із членів сім'ї ревматична гарячка. Необхідно перевірити соціальне середовище та сімейні стосунки, оскільки більшість пацієнтів лікуватимуться вдома. Пацієнт, який перебуває у сім'ї чи іншому сприятливому соціальному середовищі, зможе лікувати пневмонію в домашніх умовах, тоді як взимку це може бути фатальним для пацієнта, якщо він проживає один. Особливо уважним лікар повинен бути, якщо пацієнт має виражену слабкість, диспепсію або наявності в нього проблем з мовленням. Цілеспрямоване фізикальне обстеження пацієнта з ГРІ проводять, якщо дані анамнезу не вписуються в клінічну картину.

Важливо чітко диференціювати найпоширеніші клінічні форми ГРІ залежно від локалізації процесу в дихальних шляхах, оскільки це визначає тактику ведення пацієнтів. Наводимо особливості клініки і тактики лікаря щодо основних форм ГРІ [1, 6].

Характерні симптоми гострого назофарингіту включають закладеність носа, почервоніння слизових оболонок носа і горла, регіонарні лімфовузли частіше не збільшуються, а нижні дихальні шляхи не уражаються. У разі гострого назофарингіту (зазвичай) пацієнту необхідно пояснити, що лабораторні дослідження не є ні необхідними, ні рекомендованими. Слід домовитися з пацієнтом про те, що додаткові дослідження будуть проведені у разі відсутності спонтанного поліпшення протягом декількох днів.

При гострому синуситі інфекція, як правило, починається з серозної інфекції слизових оболонок носа і придаткових пазух. Через утруднення відтоку із синусової пазухи приблизно у 5 % пацієнтів розвивається бактеріальна суперінфекція. Найчастішими збудниками є *Streptococcus pneumoniae* (від 20 до 30 %) та *Haemophilus influenzae* (від 30 до 40 %). У пацієнтів наявні ознаки бактеріальної інфекції: виділення з носа, що містять гній, біль при перкусії верхньощелепних і лобних пазух (зазвичай, односторонній), відчуття тяжкості в голові і біль при нахилах голови вперед, шкіра над пазухами може бути червоною і набряклою, а іноді є підвищена температура тіла [4].

Характерними симптомами класичного грипу на початку є висока температура тіла, озноб, міалгії, головний біль, слабкість. Дихальні симптоми виникають пізніше: інфікування слизових оболонок очей, почервоніння слизових оболонок носа і горла. У більшості випадків виділення з носа прозорі, шийні лімфатичні вузли збільшені, мають м'якоеластичну консистенцію, зрідка при аускультативній визначаються хрипи і крепітація [6].

При стрептококовому тонзилофарингіті виявляють підвищену температуру тіла, почервоніння слизової оболонки горла з обкладеними мигдаликами, симетричний набряк перитонзиллярної зони. Можуть пальпуватися болючі навколощелепні лімфовузли, у тривалішому випадку може визначитися тризм. Кашлю немає. При оцінці ймовірності зараження бета-гемолітичним стрептококом групи А (BHS-A) можуть бути застосовані клінічні критерії Сентора: температура $> 38^{\circ}\text{C}$, набряк мигдаликів, збільшені м'якоеластичні передні шийні лімфовузли, відсутність катаральних симптомів і кашлю. Кожна ознака трактується як 1 бал; залежно від загальної суми (від 0 до 4) оцінюють достовірність клінічного діагнозу стрептокової ангіни. Ймовірність зараження тим вища, чим молодший вік пацієнта, тому 1 бал додають дітям віком від 3 до 14 років, а також пацієнтам віком понад 45 років. Пацієнти з ангіною у віці від 15 до 44 років додаткових балів не отримують. При оцінці ймовірності діагностування стрептокової ангіни пацієнтів можна поділити на три групи з урахуванням клінічних критеріїв Сентора:

а) пацієнти з високою ймовірністю стрептокової ангіни (4 бали);

б) пацієнти з помірною ймовірністю стрептокового ураження горла (від 2 до 3 балів);

в) пацієнти з низькою ймовірністю стрептокової ангіни (від 0 до 1 бала) [1, 3].

У разі ускладнень (перитонзиллярний абсцес) виявляють односторонній перитонзиллярний набряк, дуже локалізоване почервоніння, помітне почервоніння і набряк піднебіння, а також виділення мокротиння з набряклої сторони ротової порожнини. Пацієнт скаржиться на сильний біль у горлі і має труднощі з відкриттям рота.

У практиці сімейного лікаря доводиться мати справу з негоспітальною пневмонією. Це захворювання є серйозним викликом на етапі ПМД. Клінічно підозра на пневмонію виникає при виявленні захворювання із симптомами гострої інфекції нижніх дихальних шляхів (кашель і ще хоча б один симптом ураження нижніх дихальних шляхів); новими вогнищевими ознаками при огляді грудної клітки (аускультативно – крепітація і ослаблення дихання, тупість і приглушений звук – при перкусії); наявністю принаймні однієї з системних ознак інтоксикації (пітливість, озноб, лихоманка, біль та/або температура тіла 38°C і більше); коли немає іншого пояснення такої клінічної картини. При пневмонії зазвичай спостерігають різницю в клінічній картині залежно від етіології хвороби, тобто від бактеріального агента (*Streptococcus pneumoniae*, *H. influenzae*), вірусу чи нетипового збудника. Типова бактеріальна пневмонія характеризується такими ознаками: гострий перебіг хворо-

би, підвищення температури тіла, погіршення загального стану, продуктивний кашель, крепітація в грудній клітці. Атипова або вірусна пневмонія: підгострий перебіг захворювання, температура тіла може бути підвищена, але не обов'язково, сухий кашель, аускультация може бути нормальною, однак можливі явища крепітації у нижніх відділах або хрипи.

При веденні пацієнтів з ГРІ актуальним є вирішення питання щодо призначення лабораторних та інших досліджень, у випадку, якщо ці тести можуть вплинути на визначення тактики подальшого лікування. Лікаря необхідно визначитись, чи це той випадок ГРІ, при якому відповідна терапія може сприятивилікуванню і зменшити можливість ускладнень (переважно бактеріальних інфекцій), чи він потребує специфічної терапії (переважно вірусних інфекцій). Лабораторні параметри інфекції можна виявити в крові через 24 години після появи симптомів, що робить проведення таких тестів невиправданим до цього. Якщо параметри визначення інфекції збільшуються, вони потребують контрольного повторення через один-два тижні. Таким чином проводиться спостереження за перебігом захворювання і реакцією пацієнта на терапію.

Ознаками бактеріальної інфекції є наступні показники: збільшення кількості лейкоцитів (>10 тис. у дорослих), гранулоцитів >75 % (це називають «зсув ліворуч» через появу незрілих нейтрофілів, сильно підвищений рівень С-реактивного протеїну (СРП) (ця величина є відносною, при СРП>80 є велика ймовірність наявності бактеріальної інфекції)), збільшена швидкість осідання еритроцитів. Лабораторні тести проводяться, якщо ГРВІ несподівано триває занадто довго, або у випадку погіршення клінічного стану. Саме тому буває необхідно довести бактеріальну супеінфекцію, констатувати фебрильні стани невідомої етіології тощо. Іншими тестами, які доступні сімейним лікарям у випадку ГРВІ, є виконання мазка з горла: найчастіше застосовують при підозрі на стрептококову ангіну або як швидкий стрептококовий тест на бета-гемолітичний стрептокок групи А, який можна провести прямо в офісі, рентген грудної клітки (якщо є підозра на пневмонію при тривалому кашлі без чіткої причини), спірометрія або пікфлоуметрія (ПФМ) – це тести, які використовуються для доведення загострення астми або хронічного обструктивного захворювання легень, яке може розвинутиися при ГРВІ [5, 7].

При гострому назофарингіті подальші лабораторні дослідження не потрібні. При гострому синуситі лабораторні дослідження не потрібні для встановлення діагнозу, хоча можна провести загальний аналіз крові з формулою. Станом на

сьогодні рішення про те, чи проводити тести візуалізації (рентген, МРТ), є обов'язком отоларинголога, оскільки точне встановлення діагнозу рідко є можливим на підставі результатів цього дослідження. У період епідемії грипу, коли клініка є типовою, додаткові лабораторні аналізи (гемограма, формула крові, СРП), не мають сенсу, вони показані якщо діагноз не є чітким, або якщо клінічний стан пацієнта погіршився. При стрептококовій інфекції горла рекомендують оцінювати клінічну картину відповідно до критеріїв Сентора. Ні антибіотикотерапія, ні бактеріологічне дослідження не рекомендуються за цими критеріями від 0 до 1. Бактеріологічне тестування не рекомендується пацієнтам при сумі критеріїв Сентора 2–4 (швидкий тест на антиген – ВАТ, або баккультура). Підґрунтям для підтвердження клінічного діагнозу мікробіологічними тестами є сума критеріїв Сентора, яка оцінює чутливість і специфічність клінічного діагнозу стрептококової ангіни в межах 55–75 %. Рекомендації та клінічна практика щодо підтвердження діагнозу бактеріальної інфекції досі були орієнтовані на аналізи крові: гемограма з формулою крові і СРП. Якщо діагноз пневмонії неможливо встановити на підставі клінічного обстеження та анамнезу, або якщо після початку терапії антибіотиками стан не покращився, потрібно провести лабораторні аналізи (гемограма з формулою крові, СРП, а у пацієнтів старше 65 років і при підозрі більш серйозного перебігу хвороби необхідно дослідити метаболіти азоту (сечовина, креатинін, клубочкова фільтрація), провести рентгенографію грудної клітки (сьогодні це стандартний тест для підтвердження діагнозу (емболія легень, ателектаз тощо можуть мати подібну клінічну картину) та контролю за результатами терапії). Призначення інших методик візуалізації (КТ, сцинтиграфія грудної клітки тощо) належить до сфери відповідальності пульмонолога [1, 5].

Мета лікування ГРІ полягає в тому, щоб пацієнт одужував якнайшвидше, якомога менше перебував на лікарняному і швидше повертався до роботи або навчання. Важливим є також запобігання передачі інфекції у навколишньому середовищі та найшвидше відновлення здоров'я пацієнта без ускладнень.

Важливою функцією лікаря й його помічників є організація консультування пацієнтів з ГРІ щодо самопомоги (самолікування) при сприятливому перебігу інфекції. Відомо, що під час ГРІ пацієнти часто застосовують для полегшення симптомів те, що вони знають або у що вірять. Вони часто запитують у лікаря поради про те, як полегшити симптоми захворювання. Найчастіше пацієнти використовують ліки, що відпускаються

без рецепта, – жарознижувальні засоби, комбіновані ліки в поєднанні з жарознижувальними, деконгестантами і кофеїном, муколітики, розчини з назальними деконгестантами, очні краплі із судинозвужувальними засобами тощо; харчові добавки – вітамінні препарати, антисептичні пастилки; рідини або чаї, які вважаються корисними для органів дихання у народній медицині (чебрець, ісландський мох, широколистий подорожник тощо). Хворі також кладуть на грудну клітку теплі пакетики, користуються кремами з ефірними оліями, використовують інгаляції з фізіологічним розчином або з ефірними оліями. Добре відомий спосіб очищення носової порожнини фізіологічним розчином, який широко застосовують пацієнти. Прості процедури самолікування допомагають одужати від ГРІ без звернення до сімейного лікаря, особливо якщо пацієнти не потребують лікарняного листа. Якщо ж хворі звертаються за порадою до сімейного лікаря, то, згідно із протокольними рекомендаціями на основі доказовості, їм рекомендують парацетамол для зниження підвищеної температури тіла і для полегшення болювого синдрому.

Важливо навчати прикріплене населення, коли потрібно відвідувати свого сімейного лікаря. Консультація рекомендується у випадках підвищеної температури тіла, яка не знижується після того, як пацієнт приймає жарознижувальні засоби, довше трьох днів, при сильному кашлі, утрудненні дихання, при сонливості і сильному головному болю. У таких випадках самолікування буде недостатньо.

«Очікувати і спостерігати» – це концепція амбулаторного лікування, згідно з якою пацієнту не призначають специфічної терапії після обстеження у сімейного лікаря [4, 6]. Інші тести не проводяться, приймається рішення про очікування, коли хвороба буде переможеною природним шляхом за допомогою симптоматичного лікування. У такому випадку пацієнту призначають контроль кожні два-три дні, а у разі загострення застосовують подальші процедури (лабораторне дослідження, специфічна терапія). Наприклад, у випадку застуди пацієнту пояснюють, що це прогностично безпечно вірусне захворювання, йому потрібен відпочинок і спокій (без жодних перевантажень), і призначають симптоматичну терапію, якщо неприємні симптоми зберігаються. Через три дні пацієнта знову оглядають для оцінки стану – чи настало одужання, чи загострення захворювання. «Очікувати і спостерігати» – це спе-

цифічна процедура і тактика в сімейній медицині, згідно з якою лікар очікує одужання, як наслідку природного перебігу захворювання, або появи нових симптомів, які потребують додаткових діагностичних процедур і/або лікування. Ця тактика ґрунтується на використанні часу як діагностичного та лікувального інструменту. Оскільки щоденно сімейний лікар стикається з пацієнтами із недиференційованими труднощами, або пацієнтами, які перебувають у ранній фазі захворювання, коли клінічна картина ще не є ясною, а типові симптоми ще не виникли, можна запланувати пацієнту контрольний огляд на наступний день, запропонувати консультацію телефоном та / або відвідати пацієнта вдома. Через кілька годин або через день-два клінічна картина стане зрозумілою, а симптоми – типовими. Тоді сімейний лікар може встановити робочий або остаточний діагноз. У випадках захворювань, що самовиліковуються, таких як ГРВІ верхніх дихальних шляхів, протягом декількох днів, як правило, відбувається одужання. У цьому випадку час використовується для діагностичних і лікувальних цілей. Однак застосування процедури «Очікувати і спостерігати» не означає, що клінічне обстеження пацієнта не потрібне, адже адекватне обстеження є важливим інструментом, який сімейний лікар використовує для забезпечення пацієнта.

Висновки. Гострі респіраторні інфекції найчастіше є короткочасними сезонними захворюваннями, після яких пацієнти одужують без негативних наслідків. ГРІ є тягарем для пацієнта, сім'ї, громади та системи охорони здоров'я через їх поширеність. Більшість ГРІ верхніх дихальних шляхів можна розпізнати на підставі якісно проведеного збору анамнезу і ретельного клінічного обстеження. Подальші діагностичні дослідження необхідні лише в деяких випадках, які чітко регламентовані клінічним протоколом.

Розбіжності між очікуваннями пацієнтів і професійними рекомендаціями щодо самодопомоги (самолікування), а також призначення антибіотиків і вакцинопрофілактики, можуть бути врегульовані шляхом інтенсивного навчання пацієнтів, ретельного проведення диференційного діагнозу, вибудовування довіри між пацієнтом і сімейним лікарем у ході ефективного консультування й використання стратегії «очікуй і спостерігай».

Перспективи подальших досліджень полягають у висвітленні питань ефективної тактики антибактеріальної терапії при різних формах гострої респіраторної інфекції.

ЛІТЕРАТУРА

1. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. проф. Ю. М. Мостового. – 26-те вид., змін. – К. : Центр ДЗК, 2019. – 792 с.

2. Smjernice za primjenu antimikrobnih lijekova (Guidelines for Antimicrobials Application) / I. Francetić, K. Makar-Aušperger, R. Likić [et al.]. – III Izdanje. – Zagreb : Klinički bolnički centar Zagreb, 2012.

3. Kočevar-Guček N. Akutne okužbe dihal (Acute Respiratory Infections). U: Švab I, Rotar-Pavlič D. Družinska medicina (Family Medicine). – Ljubljana : Združenje zdravnikov

družinske medicine // N. Kočevar-Guček, V. Homar // Association of Family Physicians, 2012. – С. 39–51.

4. Milica Katić Family medicine / Milica Katić, Igor Švab. – Zagreb : Medicinska naklada, 2017. – 512 с.

5. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Respiratory tract infections. – WHO: Influenza (Seasonal). WHO december 2011. Available at. – URL : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs211/en/>.

6. WHO: Programmes and research. Initiative for vaccine research. WHO December 2011. Available – URL : http://www.who.int/vaccine_research/diseases/ari/en/index.html.

REFERENCES

1. Mostovyi, Yu.M. (Ed.). (2019). *Suchasni klasyfikatsii ta standarty likuvannia zakhvoriuvan vnutrishnikh orhaniv. Nevidkladni stany v terapii. Analizy: normatyvni pokaznyky, traktuvannia zmin [Modern classifications and standards of treatment of diseases of internal organs. Emergency conditions in therapy. Analyzes: regulatory indicators, interpretation of changes]*. Kyiv: Tsentr DZK [in Ukrainian].

2. Francetic, I., Makar-Ausperger, K., Likic, R., Erdeljic, V., Radacic Aumiler, M., & Bielen, L. (2012). *Smjernice za primjenu antimikrobnih lijekova (Guidelines for Antimicrobials Application)*. III Izdanje, Izdavac: Klinicki bolnicki centar Zagreb.

3. Kočevar-Guček, N., Homar, V., Svab, I., Rotar-Pavlic, D. (2012). *Akutne okuzbe dihal. Druzinska medicina*. Ljubljana: Zdruzenje zdravnikov druzinske medicine.

4. Katic, M., & Svab, I. (2017). *Family medicine*. Zagreb: Medicinska naklada.

5. (2018). *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Respiratory tract infections -(2011). WHO: Influenza (Seasonal)*. Retrieved from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs211/en/>.

6. (2011). *WHO: Programmes and research. Initiative for vaccine research*. Retrieved from: http://www.who.int/vaccine_research/diseases/ari/en/index.html.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ И ПРЕПОДАВАНИИ

©Л. С. Бабинец, Ю. Я. Коцаба

Тернопольский национальный медицинский университет имени И. Я. Горбачевского МЗ Украины

РЕЗЮМЕ. Острые респираторные инфекции (ОРИ) в большинстве случаев являются амбулаторной патологией, поэтому вопросы диагностики и формирования тактики ведения пациентов на этапе первичной медицинской помощи является важной задачей медицинского образования и практики.

Цель – на основе обработки Европейского клинического протокола ведения пациентов с острой респираторной инфекцией (Хорватия) выделить ключевые аспекты, важные для клинической практики и медицинского образования.

Результаты. Острые респираторные инфекции чаще всего являются кратковременными сезонными заболеваниями, пациенты обычно выздоравливают без негативных последствий. ОРВИ является бременем для пациента, семьи, общества и системы здравоохранения вследствие их распространенности. Большинство ОРИ верхних дыхательных путей можно распознать на основании качественно проведенного сбора анамнеза и тщательного клинического обследования. Дальнейшие диагностические исследования необходимы лишь в некоторых случаях, которые четко регламентированы клиническим протоколом.

Как правило, в кабинете семейного врача необходимо сосредоточиться на оценке локализации ОРИ, то есть определить, это инфекция верхних или нижних дыхательных путей, а также вероятную причину ОРИ – вирусы или бактерии. Часто нужно определять точную причину ОРИ, поскольку чаще всего это самоизлечивающиеся заболевания, поэтому они и лечатся в условиях ПМП. Это определяет специфику клинического подхода семейного врача к пациенту с ОРИ, и не влияет на решение, как лечить пациента.

Огляди літератури, оригінальні дослідження, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення

Диагностические исследования назначают только тогда, когда клиническая картина не является четкой, а иногда для подтверждения причины инфекции при подозрении на стрептококковые инфекции горла, когда есть намерение назначить антибиотики по клиническим протоколом.

Вывод. Расхождение между ожиданиями пациентов и профессиональными рекомендациями по самопомощи (самолечению), а также назначению антибиотиков и вакцинопрофилактике, может быть урегулировано путем интенсивного обучения пациентов, тщательного проведения дифференциальной диагностики, установления доверия между пациентом и семейным врачом в ходе консультирования и использования стратегии «ожидай и наблюдай».

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: острая респираторная инфекция; диагностика; консультирование пациентов; тактика лечения; стратегия «ожидай и наблюдай».

ACTUAL ISSUES OF DIAGNOSTICS AND MANAGEMENT TACTICS OF PATIENTS WITH ACUTE RESPIRATORY INFECTIONS IN OUTPATIENT PRACTICE AND TEACHING

©L. S. Babinets, Yu. Ya. Kotsaba

I. Horbachevsky Ternopil National Medical University

SUMMARY. Acute respiratory infections (ARI) are in most cases an outpatient pathology, so the issue of diagnosing and developing patient management tactics at the primary care stage is an important task of medical education and practice.

The aim – to identify key aspects relevant to clinical practice and medical education through the development of a European clinical protocol for the management of patients with acute respiratory infection (Croatia).

Results and Discussion. Acute respiratory infections are often short-lived seasonal illnesses, and patients recover without adverse effects. ARI is a burden to the patient, family, community and health care system because of its prevalence. Most upper respiratory tract ARI can be recognized on the basis of a qualitative medical history and careful clinical examination. Further diagnostic studies are only required in some cases that are clearly regulated by the clinical protocol.

As a rule, the family doctor's office should focus on assessing the localization of ARI, i.e. whether it is an upper or lower respiratory tract infection, and what is the most likely cause of ARI – viruses or bacteria. Often, it is not necessary to determine the exact cause of ARI, as these are most often self-medicated diseases, that why they are treated in primary medical care condition. This determines the specifics of the clinical approach of the family physician to the patient with ARI, since it does not affect the decision how to treat the patient.

Diagnostic studies are prescribed only when the clinical picture is not clear, and sometimes to confirm the cause of infection in suspected strep throat infection, when we intend to prescribe antibiotics according to the clinical protocol.

Conclusion. The discrepancy between patients' expectations and professional recommendations for self-help (self-medication), as well as antibiotic and vaccine prophylaxis, can be regulated by intensive patient education, careful differential diagnosis, confidence building between the patient and family physician.

KEY WORDS: acute respiratory infection; diagnosis; patient counseling; treatment tactics; wait-and-see strategy.

Отримано 17.08.2019