# Грипп и ОРВИ

РЦРЗ (Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК)
Версия: Клинические протоколы МЗ РК - 2019

Категории МКБ: Грипп, вирус не идентифицирован (J11), Грипп, вызванный идентифицированным вирусом гриппа (J10), Острые инфекции верхних дыхательных путей множественной и неуточненной локализации (J06), Острый ларингит и трахеит (J04), Острый назофарингит (насморк) (J00), Острый тонзиллит неуточненный (J03.9), Острый тонзиллит, вызванный другими уточненными возбудителями (J03.8), Острый фарингит неуточненный (J02.9), Острый фарингит, вызванный другими уточненными возбудителями (J02.8)
Разделы медицины: Инфекционные и паразитарные болезни


- Версия для печати
- Скачать или отправить файл


## Краткое описание

Одобрен
Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг
Министерства здравоохранения Республики Казахстан
от «19» апреля 2019 года
Протокол №63

**Грипп** — острая высоко контагиозная респираторная вирусная инфекция с воздушно-капельным механизмом передачи, вызываемая вирусами гриппа типа А, В и С (семейство Orthomyxoviridae, род Influenzavirus). Данная инфекция имеет склонность к эпидемическому распространению, поражает все возрастные группы населения в различных географических условиях. Заболевание характеризуется коротким инкубационным периодом, быстрым циклическим течением, наличием

интоксикационного и катарального синдромов с преимущественным поражением эпителия слизистой оболочки верхних дыхательных путей. Тяжелое течение гриппа сопровождается поражением нижних дыхательных путей с признаками дыхательной недостаточности, отека легких, сосудистого коллапса, отека мозга, геморрагического синдрома и присоединением вторичных бактериальных осложнений. [1].

**Острые респираторные вирусные инфекции** – группа острых инфекционных болезней с воздушно-капельным механизмом передачи, различающиеся по этиологии (известно более 300 вирусов), клинически характеризующиеся интоксикацией разной степени выраженности и поражением слизистой оболочки верхних и нижних дыхательных путей в зависимости от тропности возбудителя [1].

**При отсутствии этиологической расшифровки, для принятия решения тактики ведения пациентов следует различать:**
Тяжелые острые респираторные инфекции – заболевания, возникшие в течение предшествующих десяти календарных дней, характеризующиеся высокой температурой в анамнезе или лихорадкой ≥ 38 градусов Цельсия (далее – °С), кашлем, одышкой и требующего немедленной госпитализации (Стандартное определение случая, ВОЗ) [2];

**Гриппоподобные заболевания** – случаи острых респираторных вирусных заболеваний, возникшие в течение предшествующих семи календарных дней, характеризующегося лихорадкой ≥38 °С и кашлем (Стандартное определение случая, ВОЗ) [2].

ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

**Название протокола:** Грипп и ОРВИ

**Код МКБ 10:**

| **Код** | **Название** |
|---|---|
| J00-J06 | Острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей |
| J00 | Острый назофарингит (насморк) |
| J02.8 | Острый фарингит, вызванный другими уточненными возбудителями |
| J02.9 | Острый фарингит, не уточненный |
| J03.8 | Острый тонзиллит, вызванный другими уточненными возбудителями |
| J03.9 | Острый тонзиллит, не уточненный |
| J04 | Острый ларингит и трахеит |
| J04.0 | Острый ларингит |
| J04.1 | Острый трахеит |
| J04.2 | Острый ларинготрахеит |

| | |
|---|---|
| J06 | Острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей множественной и неуточненной локализации |
| J06.0 | Острый ларингофарингит |
| J06.8 | Другие острые инфекции верхних дыхательных путей множественной локализации |
| J06 | Острая инфекция верхних дыхательных путей неуточненная |
| J10-J18 | Грипп и пневмония |
| J10 | Грипп, вызванный идентифицированным вирусом гриппа |
| J11 | Грипп, вирус не идентифицирован |

**Дата разработки/пересмотра протокола:** 2015 год (пересмотр 2019 г.)

**Сокращения, используемые в протоколе:**

| | |
|---|---|
| БА | бронхиальная астма |
| ВОП | врач общей практики |
| ДВС | диссеминированное внутрисосудистое свертывание |
| ДЭН | дозорный эпидемиологический надзор |
| ГПЗ | гриппоподобные заболевания |
| ИФА | иммуноферментный анализ |
| КУБ | кислотоустойчивые бактерии |
| МНО | международное нормализованное отношение |
| НПВП | нестероидные противовоспалительные препараты |
| ОРВИ | острая респираторная вирусная инфекция |
| ОРДС | острый респираторный дистресс синдром |
| ОРЗ | острое респираторное заболевание |
| ОРИ | острая респираторная инфекция |
| ПВ | протромбиновое время |
| ПМСП | первичная медико-санитарная помощь |
| ПЦР | полимеразная цепная реакция |
| РЭН | рутинный эпидемиологический надзор |
| СОЭ | скорость оседания эритроцитов |
| ТОРИ | тяжелая острая респираторная инфекция |
| ХОБЛ | хроническая обструктивная болезнь легкого |
| ЭКГ | электрокардиография |

**Пользователи протокола:** терапевты, врачи общей практики, врачи/фельдшеры скорой медицинской помощи, инфекционисты, неврологи, пульмонологи, акушер-гинекологи, анестезиологи-реаниматологи, организаторы здравоохранения.

**Категория пациентов:** взрослые.

**Шкала уровня доказательности:**
Таблица 1- Соотношение между степенью убедительности доказательств и видом научных исследований

| | |
|---|---|
| **A** | Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию. |
| **B** | Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или Высококачественное (++) когортное или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию. |
| **C** | Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+). Результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++ или +), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию. |
| **D** | Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов. |
| **GPP** | Наилучшая клиническая практика |

**Автоматизация клиники: быстро и недорого!**

- Подключено **300 клиник из 4 стран**

- **800 RUB / 5500 KZT / 27 BYN** - 1 рабочее место в месяц

**+7 938 489 44 83** / **+7 707 707 07 16** /
**+375 29 602 23 56 /office@medelement.com**

**Автоматизация клиники: быстро и недорого!**

- Подключено **300 клиник из 4 стран**
- 1 место - **800 RUB / 5500 KZT / 27 BYN** в месяц

**+7 938 489 4483** / **+7 707 707 0716** / **+375 29 602 2356** / **office@medelement.com**
Мне интересно! Свяжитесь со мной

Начало формы

×

## Как удобнее связаться с вами?

Укажите Ваш номер телефона или электронный адрес Желательное время контакта
не указано до 12 с 12 до 14 с 14 до 17:30
Отправить

Конец формы

**Клиническая классификация** гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций**:**

**1.1. Этиология.**

1.1.1. Грипп типа А.
1.1.2. Грипп типа В.
1.1.3. Грипп типа С.
1.1.4. Парагриппозная инфекция.
1.1.5. Аденовирусная инфекция.
1.1.6. Респираторно-синцитиальная инфекция.
1.1.7. Риновирусная инфекция.
1.1.8. Коронавирусная инфекция.
1.1.9 Бокавирусная инфекция
1.1.10 Метаневмовирусная инфекция

**1.2. Форма клинического течения.**

1.2.1. Легкая.
1.2.2. Среднетяжелая.
1.2.3. Тяжелая.
1.2.4. Крайне-тяжелая.

**Осложнения**

| **1.Состояния, патогенетически обусловленные действием вируса гриппа** |
|---|
| **Вирусное поражение легких**<br>Состояние обусловлено распространенным воспалительным процессом в нижних отделах дыхательных путей.<br>Клинически проявляется (на фоне течения гриппозной инфекции) дыхательной недостаточностью и возможным развитием острого респираторного дистресс-синдрома. |
| **Острый респираторный дистресс-синдром**<br>Состояние обусловлено повреждением капилляров альвеолярных перепонок, воспалительными изменениями, развитием интерстициального и альвеолярного |

| |
|---|
| отека, последующим развитием интерстициального фиброза.<br>Клинически проявляется развитием токсического геморрагического отека легких, острой прогрессирующей дыхательной недостаточности. |
| **Токсический геморрагический отек легких**<br>Клинически проявляется (на фоне выраженной интоксикации) одышкой, цианозом, расстройством дыхания, появлением примеси крови в мокроте, развитием острой дыхательной недостаточности. |
| **Ложный круп**<br>Состояние обусловлено отеком голосовых связок, рефлекторным спазмом мышц гортани.<br>Клинически проявляется внезапным появлением приступа удушья, сопровождаемым тревогой, тахикардией с последующим развитием острой дыхательной недостаточности. |
| **Острая дыхательная недостаточность**<br>Состояние обусловлено:<br>1. В случае развития вирусной пневмонии: сокращением дыхательной поверхности легких, обструкцией бронхиального дерева;<br>2. Редукцией функционирующих участков легких (ателектаз, коллапс);<br>3. Неполноценной функцией дыхательных мышц;<br>4. Нарушением в системе сурфактанта;<br>5. Нарушением функции дыхательного центра или блокадой афферентных звеньев регуляции дыхательных мышц;<br>6. Несоответствием между вентиляцией и перфузией;<br>7. Ларингоспазмом.<br>Клинически проявляется одышкой, акроцианозом, потливостью, тахикардией, нарушением ритма дыхания и нервно-психического статуса. |
| **Острая циркуляторная недостаточность, инфекционно-токсический шок**<br>Состояние обусловлено нарушением регуляции периферического кровообращения, нарушением микроциркуляции в жизненно важных органах, за счет действия вирусно-бактериальных токсинов.<br>Клинически проявляется снижением АД, тахикардией, гипотермией, гипоксией, нарушениями гемостаза, отеком головного мозга, полиорганной недостаточностью. |
| **Инфекционно-токсическая энцефалопатия**<br>Состояние обусловлено выраженными расстройствами гемо- и ликвородинамики в головном мозге и повышением внутричерепного давления.<br>Клинически проявляется сильной головной болью, рвотой, оглушенностью, возможно психомоторное возбуждение, расстройство сознания. Опасно развитием отека головного мозга, расстройства дыхания, комы. |
| **Отек головного мозга**<br>Состояние обусловлено гипоксией мозговой ткани, гиперкапнией, метаболическим ацидозом, гипертермией.<br>Клинически проявляется сильной диффузной головной болью, головокружением, тошнотой, рвотой, наличием менингеальных знаков, застойными явлениями в глазном дне, потерей сознания, судорогами, брадикардией и олигопноэ с развитием острой дыхательной недостаточности. |

| |
|---|
| **Острая иммуносупрессия** (острая иммуносупрессия беременных)<br>Состояние обусловлено физиологической иммуносупрессией беременных и действием иммуносупрессивного домена в структуре белков вируса гриппа. |
| **Неврологические осложнения** (Менингит, энцефалит, арахноидит, энцефаломиелит, энцефаломиелополирадикулоневрит, моно- и полиневриты, синдром Гийена-Барре, радикулиты, невриты) |
| **Синдром Рея** |
| **Осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы (миокардит)** |
| **2. Вторичные осложнения гриппа** |
| **Вторичная пневмония**<br>Состояние обусловлено присоединением бактериальной или грибковой флоры. |
| **Септический шок**<br>Состояние обусловлено присоединением бактериальной или грибковой флоры. |
| **Осложнения со стороны ЛОР-органов** (гаймориты, отиты, фронтиты, синуситы, тубоотиты, лакунарная и фоликулярная ангина) |
| **Декомпенсация сопутствующих хронических заболеваний** (бронхиальная астма, ХОБЛ, хроническая сердечная недостаточность, заболевания печени и почек) |

МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ

**Диагностические критерии**

**Жалобы и анамнез, в том числе эпидемиологический**

Грипп, вызванный сезонными штаммами [1]*:*

- острое начало с развитием симптомов интоксикации в 1-е сутки, высокая лихорадка с ознобом;
- общая продолжительность лихорадочного периода 4-5 дней;
- головная боль с типичной локализацией в области лба, надбровных дуг, глазных яблок;
- слабость, адинамия;
- ноющие боли в костях, мышцах, вялость, «разбитость»;
- гиперестезия.

Грипп, вызванный пандемическим штаммом

- Чаще болеют молодые люди
- Удлинение инкубацинного периода до 7 дней
- начало заболевания с кашля

- быстро прогрессирующее течение с поражением нижних отделов дыхательных путей с развитием ранних (в первую неделю) вирусных пневмоний;
- высокий риск развития ОРДС;
- раннее развитие дыхательной недостаточности (усиление цианоза при кашле, ЧД > 30 мин-1, SaO2<90%; PaO2<60 мм.рт.ст.);
- деструктивный и некротический процессы в лёгких
- диарея;
- прогрессирующая лейкопения, тромбоцитопения, лимфопения
- Длительная вирусемия (вирус обнаруживался на 39 день болезни и более)
- Бактериальная флора присоединялись значительно позднее (формировались гиалиновые гиалиновые мембраны)
- частота тяжёлых форм гриппа у беременных и лиц с избыточной массой тела (индекс массы тела > 30 кг/м2)

Парагрипп:

- начало болезни может быть постепенным;
- интоксикация выражена слабо;
- боли и першение в горле, заложенность носа, обильное отделяемое из носа, сухой «лающий кашель», осиплость голоса;
- в случае присоединения вторичной бактериальной инфекции состояние больного ухудшается, повышается температура, нарастают явления интоксикации.

Аденовирусная инфекция:

- начало болезни острое;
- насморк и заложенность носа, затем присоединяются обильные слизистые выделения из носа;
- могут быть чувство першения или боли в горле, влажный кашель;
- явления конъюнктивита – боли в глазах, слезотечение.

Респираторно-синцитиальная инфекция:

- постепенное начало;
- субфебрильная температура;
- упорный кашель, сначала сухой, затем продуктивный, часто приступообразный;
- характерна одышка.

Риновирусная инфекция:

- умеренная интоксикация;
- начало острое;

- чихание, выделения из носа, затрудненное дыхание,  чувство саднения в горле, покашливание;
- недомогание, снижение аппетита, чувство тяжести в голове.

Короновирусная инфекция:

- острое начало с ознобом, головной болью, болью в мышцах, общей слабостью, головокружением, повышением температуры тела, выделения из носа;
- боли в горле, гиперемия слизистой оболочки неба и задней стенки глотки, кашель;
- возможны тошнота, одно-двукратная рвота, боли в животе, жидкий стул;
- через 3-7 дней возможно повторное повышение температуры тела и появление упорного непродуктивного кашля, одышки, затрудненного дыхания.

Метапневмовирусная инфекция:

- острое начало;
- выраженный интоксикационный синдром;
- катаральные явления (кашель, ринорея, отек слизистой носа);
- развитие бронхита, бронхиолита, пневмонии;
- нередко диарейный синдром.

Бокавирусная инфекция:

- острое начало болезни;
- комбинация респираторного синдрома, интоксикации и диспепсии;
- характерны кашель, насморк, увеличение и гиперемия миндалин;
- продолжительность лихорадки – 4–6 дней.

Эпидемиологический анамнез**:**

- контакт с больными гриппом и ОРВИ (на работе, дома, в местах скопления людей);
- контакт с лихорадящими больными с катаральными проявлениями.

**Физикальное обследование:**
Объективные симптомы, характерные для гриппа и ОРВИ:

- повышение температуры тела;
- заложенность носа, нарушение носового дыхания, чихание, отделение слизи из носа (острый ринит);
- гиперемия слизистой ротоглотки, першение и сухость в горле, болезненность при глотании (острый фарингит);

- гиперемия и отечность миндалин, небных дужек, язычка, задней стенки глотки (острый тонзиллит);
- сухой лающий кашель, осиплость голоса (ларингит);
- саднение за грудиной, сухой кашель (трахеит);
- кашель (в начале заболевания сухой, через несколько дней влажный с увеличивающимся количеством мокроты); мокрота чаще имеет слизистый характер, на 2-й неделе может приобретать зеленоватый оттенок; кашель может сохраняться в течение 2 недель и дольше (до 1 месяца при аденовирусной и респираторно-синтициально-вирусной инфекциях).

**Таблица 2- Синдромы поражения дыхательных путей в зависимости от вида вируса.**

| **Возбудители** | **Основные синдромы поражения дыхательных путей** |
|---|---|
| Вирусы гриппа | Трахеит, ринофарингит, бронхит, вирусная пневмония (при гриппе, вызванном пандемическим штаммом), диарея (при гриппе В) |
| Вирусы парагриппа | Ларингит, ринофарингит, ложный круп |
| Респираторно-синцитиальный вирус | Бронхит, бронхиолит |
| Аденовирусы | Фарингит, тонзиллит, ринит |
| Риновирусы | Ринит, ринофарингит, бронхообструктивный синдром (при тяжелом течении) |
| Коронавирусы человека | Ринофарингит, бронхит |
| Коронавирус ТОРС | Бронхит, бронхиолит, респираторный дистресс-синдром |
| Метапневмовирус | Бронхит, бронхиолит, респираторный дистресс-синдром |
| Бокавирус | Ринит, ринофарингит |

Объективные симптомы, характерные для гриппа [1]:

- температура 38,5-39,5 $^{0}$C;
- частота пульса соответствует повышению температуры;
- дыхание учащено;
- умеренно выраженные катаральные явления (насморк, сухой кашель);
- гиперемия лица и шеи, инъекция сосудов склер, повышенное потоотделение, разлитая гиперемия  и зернистость слизистой оболочки зева;

При тяжелой форме:

- лихорадка, нарушение сознания, явления менингизма, одышка, тахикардия, глухость сердечных тонов, слабость пульса, артериальная гипотензия, акроцианоз и цианоз (появляющийся и/или усиливающийся при кашле);
- носовые кровотечения, геморрагическая сыпь на коже и слизистых вследствие развития ДВС-синдрома;

Признаки острой дыхательной недостаточности у больных тяжелым гриппом:

- приступообразный звонкий кашель, свистящее стридорозное дыхание, инспираторная одышка, исчезновение голоса, цианоз и акроцианоз, тахикардия, слабый пульс, ослабление тонов сердца, артериальная гипотония;

Признаки острой сосудистой недостаточности:

- снижение температуры тела, бледность кожных покровов, холодный липкий пот, адинамия с потерей сознания, цианоз и акроцианоз, тахикардия, слабый нитевидный пульс, глухость тонов сердца, артериальная гипотония, прекращение мочеотделения;

Признаки отека и набухания вещества мозга:

- психомоторное возбуждение и нарушение сознания, патологический тип дыхания, брадикардия, сменяющаяся тахикардией, гиперемия лица, рвота, не приносящая облегчения, судороги, очаговые неврологические знаки, менингеальные синдромы, лабильность артериального давления, гиперестезия, гиперкаузия;

Признаки отека легких:

- нарастание одышки и удушья, цианоз и акроцианоз, появление пенистой и кровянистой мокроты, снижение температуры тела, слабый частый пульс, множество сухих и влажных разнокалиберных хрипов в легких.

**Критерии степени тяжести гриппа и ОРВИ** (оцениваются по выраженности симптомов интоксикации):

- **легкая степень** – повышение температуры тела не более 38°С; умеренная головная боль; пульс менее 90 уд/мин; систолическое артериальное давление 115–120 мм рт. ст; частота дыхания менее 24 в 1 мин.
- **средняя степень** – температура тела в пределах 38,1–40°С; выраженная головная боль; гиперестезия; пульс 90–120 уд/мин; систолическое артериальное давление менее 110 мм рт.ст.; частота дыхания более 24 в 1 мин.
- **тяжелая степень** – острейшее начало, высокая температура (более 40°) с резко выраженными симптомами интоксикации (сильной головной болью, ломотой во всем теле, бессонницей, бредом, анорексией, тошнотой, рвотой); пульс более 120 уд/мин, слабого наполнения, нередко аритмичен; систолическое артериальное давление менее 90 мм рт.ст.; тоны сердца глухие; частота дыхания более 28 в 1 мин.

- **очень тяжелая степень** – молниеносное течение с бурно развивающимися симптомами интоксикации, с возможным развитием ОРДС, ДВС-синдрома.

**Группа риска по осложненному течению гриппа (ВОЗ)** [4]**:**

- беременные женщины;
- лица любого возраста с хронической болезнью легких (астмой, ХОБЛ и др.);
- лица любого возраста с хронической болезнью сердца;
- лица с нарушениями обмена веществ (диабет, ожирение);
- лица с хроническим заболеванием почек, хроническим гепатитом, неврологическими состояниями, гемоглобинопатиями и иммунодепрессией;
- лица в возрасте 65 лет и старше.

**Таблица 3 - Диагностика ОДН** [4]

| **Степень ОДН** | **Диагностические признаки** |
|---|---|
| Первая | Жалобы на ощущение недостатка воздуха, беспокойство, эйфория. Кожа влажная, бледная, с легким акроцианозом. Нарастающая одышка (25-30 дыханий в минуту), умеренное повышение АД. PaO2 снижено до 70 мм.рт.ст., PaCO2 повышено до 50 мм.рт.ст. |
| Вторая | Бред, возбуждение, галлюцинации, профузный пот, цианоз, одышка (35-40 дыханий в минуту), тахикардия, артериальная гипертензия. PaO2 снижено до 60 мм.рт.ст., PaCO2 повышено до 60 мм.рт.ст. |
| Третья | Кома с клоническими и тоническими судорогами, зрачки широкие, |

**Таблица 4 - Диагностика ОРДС** [5]

| **Период** | **Диагностические критерии** |
|---|---|
| 1. Скрытый или период действия этиологического фактора (длится около 24 часов) | Нет никаких клинических и рентгенологических проявлений. Может наблюдаться тахипноэ (число дыханий более 20 в минуту) |
| 2. Начальных изменений (1-2 сутки) | Умеренно выраженная одышка, тахикардия. При аускультации легких выслушивается жесткое везикулярное дыхание и рассеянные сухие хрипы. На рентгенограмме легких отмечается усиление сосудистого рисунка, преимущественно в периферических отделах. Газовый состав крови без отклонений от нормы. |
| 3. Выраженных клинических проявлений (3-10 сутки) | Выраженная одышка с участием в акте дыхания вспомогательной мускулатуры, выраженный диффузный цианоз. При аускультации сердца отмечается тахикардия и глухость сердечных тонов, значительно снижается артериальное давление. При перкуссии легких выявляется притупление перкуторного звука, аускультативно – жесткое дыхание. Появление влажных |

| | |
|---|---|
| | хрипов и крепитации указывает на появление жидкости в альвеолах (развитие альвеолярного отека легких). На рентгенограмме легких выявляется выраженный интерстициальный отек легких, а также двусторонние инфильтративные тени неправильной облаковидной формы, которые сливаются с корнем легких и друг с другом. Очень часто в краевых отделах средней и нижней долей на фоне усиленного сосудистого рисунка появляются очаговоподобные тени. При анализе газового состава крови отмечается значительное снижение парциального давления кислорода (менее 50 мм.рт.ст. несмотря на ингаляции кислорода). |
| 4. Терминальный (7-10 сутки и более) | Осмотр: выраженная одышка и цианоз; профузная потливость.<br>Сердечно-сосудистая система: изменения со стороны ССС характеризуются развитием синдрома острого легочного сердца, резким падением артериального давления вплоть до коллапса. При аускультации сердца - тахикардия, глухость сердечных тонов (нередко аритмии), расщепление и акцент 2 тона над легочной артерией. ЭКГ признаки – высокие шпилевые зубцы Р в отведениях 2, 3, aVL, V1-2, выраженное отклонение электрической оси сердца вправо. Рентгенологические признаки повышения давления в легочной артерии, выпячивание ее конуса.<br>Дыхательная система: изменения со стороны ДС характеризуются развитием признаков нарастающей легочной гипертензии и дыхательной недостаточности. Отмечается кашель с выделением пенистой мокроты розового цвета. При аускультации легких – большое количество влажных хрипов разного калибра, обильная крепитация. Исследование газового состава крови выявляет глубокую артериальную гипоксемию, гиперкапнию. Исследование кислотно-щелочного равновесия (КЩР) – метаболический ацидоз.<br>Полиорганная недостаточность: характеризуется нарушением функции почек (олигоанурия, протеинурия, цилиндрурия, микрогематурия, повышение содержания в крови мочевины, креатинина), нарушением функции печени (желтушность кожных покровов и видимых слизистых, значительного повышения содержания в крови АЛТ, фруктозо-1-фосфатальдолазы, лактатдегидрогеназы), нарушением функций головного мозга (заторможенность, головная боль, головокружение, |

| | |
|---|---|
| | клинические признаки нарушения мозгового кровообращения и отека головного мозга) |

**Таблица 5 - Дифференциальная диагностика пневмоний вирусной и бактериальной этиологии**

| **Критерий** | **Специфическое гриппозное поражение легких** | **Бактериальное поражение легких** |
|---|---|---|
| Патогенез | Эпителио-_ангио- и пневмотропность | Развитие иммунодефицита |
| Сроки развития | Период разгара | Период разгара или реконвалесценции |
| Лихорадка | Одноволновая | Двухволновая |
| Распространенность воспаления | Распространенное | Очаговое |
| Характер воспаления | геморрагический | Гнойный |
| Клинический анализ крови | Лейкопения, лимфоцитоз, тромбоцитопения | Лейкоцитоз, нейтрофилез Ускоренная СОЭ |
| Клеточная инфильтрация | Серозно-десквамативная | Нейтрофильная (надо уточнить) |
| Прогноз | Неблагоприятный | Относительно благоприятный |

**Лабораторные исследования:**

Неспецифическая лабораторная диагностика:

- общий анализ крови: нормоцитоз, лейкопения; относительный лимфоцитоз; относительный моноцитоз; в случае присоединения бактериальной суперинфекции;
- лейкоцитоз и/или «сдвиг формулы влево»[6].
- специфическая лабораторная диагностика: положительные результаты ИФА/ ПЦР.

**Инструментальные исследования:**

- рентгенография органов дыхания: признаки  пневмонии, отека легкого.

**Показания для консультаций узких специалистов:**

- пульмонолога – при наличии признаков пневмонии;
- гематолога – при выраженных гематологических изменениях и геморрагическом синдроме;
- кардиолога – при присоединении симптомов миокардита, острой сердечно-сосудистой недостаточности;
- акушера-гинеколога – при развитии гриппа и ОРВИ на фоне беременности.

**Диагностический алгоритм:**

**Рисунок 1- ДИАГНОСТИКА ОРВИ**

**Рисунок 2-** Клинический алгоритм дифференциальной диагностики ОРВИ и гриппа

**Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований**

**Таблица -6 Критерии дифференциальной диагностики гриппа**

| **Диагноз** | **Обоснование для дифференциальной диагностики** | **Обследования** | **Критерии исключения диагноза** |
|---|---|---|---|
| Конго-Крымская геморрагическая лихорадка | Острое начало, лихорадка, миалгии, артралгии, диарея геморрагический синдром | Обнаружение -специфических антител в РСК, ИФА; - РНК вируса (кровь) в ПЦР | В геморрагический период: выраженная интоксикация при отсутствии катаральных явлений, кровотечения, полиморфная геморрагическая сыпь |
| Менингококковая инфекция. Менингококковый назофарингит | Острое начало, лихорадка. Катаральный синдром. | Мазок из носа - бактериологически обнаружение менингококка, ОАК – лейкоцитоз. | Умеренная интоксикация, Заложенность носа |
| Серозные менингиты | Острое начало, выраженная интоксикация, положительные менингиальные симптомы | В смж –лимфоцитарный плеоцитоз | Интоксикация, Развитие истинного серозного менингита с лимфоцитарным плеоцитозом |

**Таблица 7- Критерии дифференциальной диагностики острых респираторных вирусных инфекционных заболеваний** [1]

| **Признаки** | **Грипп** | **Короновирусная инфекция** | **Парагрипп** | **Респираторно-синцитиальная инфекция** | **Аде инф** |
|---|---|---|---|---|---|
| Возбудитель | Вирусы гриппа: 3 серотипа (А, В, С) | Коронавирус новой группы | Вирусы парагриппа: 5 серотипов (1-5) | Респираторно-синтициальный вирус: 1 серотип | Аде сер |
| Инкубационный период | От нескольких часов до 1,5 сут | 2-7 сут, иногда до 10 сут | 2-7 сут, чаще 3-4 сут | 3-6 сут | 4-14 |
| Начало | Острое | Острое | Постепенное | Постепенное | Пос |
| Течение | Острое | Острое | Подострое | Подострое, иногда затяжное | Зат |
| Ведущий клинический синдром | Интоксикация | Дыхательная недостаточность | Катаральный | Катаральный, дыхательная недостаточность | Ката |
| Выраженность интоксикации | Сильная | Сильно выраженная | Слабая или умеренная | Умеренная или слабая | Уме |
| Длительность интоксикации | 2-5 сут | 5-10 сут | 1-3 сут | 2-7 сут | 8-10 |
| Температура тела | Чаще 39$^{0}$С и выше, но может быть субфебрильная | 38$^{0}$С и выше | 37-38$^{0}$С, может длительно сохраняться | Субфебрильная, иногда нормальная | Феб суб |
| Катаральные проявления | Умеренно выражены, присоединяются позднее | Умеренно выражены, экссудация слабая | Выражены с первого дня течения заболевания. Осиплость голоса | Выражены, постепенно нарастают | Сил пер заб |
| Ринит | Затруднение носового дыхания, заложенность носа. Серозные, слизистые или сукровичные выделения в 50% случаев | Возможен в начале заболевания | Затруднение носового дыхания, заложенность носа | Заложенность носа, необильноесерозное отделяемое | Оби сли отде затр дых |
| Кашель | Сухой, мучительный, надсадный, с | Сухой, умеренно выраженный | Сухой, лающий может сохранятся | Сухой приступообразный (до 3 нед.), | Вла |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | болями за грудиной, на 3 сут. влажный, до 7-10 сут. течения заболевания | | длительное время (иногда до 12-21 сут) | сопровождающийся болями за грудиной | |
| Изменения слизистых оболочек | Слизистая оболочка глотки и миндалин синюшная, умеренно гиперемирована; инъекция сосудов. | Слабая или умеренная гиперемия слизистых оболочек | Слабая или умеренная гиперемия зева, мягкого неба, задней стенки глотки | Слабая гиперемия слизистых оболочек | Уме отеч фол зад |
| Физикальные признаки поражения легких | Отсутствуют, при наличии бронхита – сухие рассеянные хрипы | С 3-5-х сут течения заболевания часто выявляют признаки интерстициальной пневмонии | Отсутствуют | Рассеянные сухие и редко влажные среднепузырчатые хрипы, признаки пневмонии | Отс бро рас |
| Ведущий синдром респираторных поражений | Трахеит | Бронхит, острый респираторный дистресс синдром | Ларингит, ложный круп выявляют крайне редко | Бронхит, бронхиолит, возможен бронхоспазм | Рин или |
| Увеличение лимфатических узлов | Отсутствует | Отсутствует | Заднешейные, реже – подмышечные лимфатические лимфоузлы увеличены и умеренно болезненные | Отсутствует | Мож |
| Увеличение печени и селезенки | Отсутствует | Выявляют | Отсутствует | Симптомы токсического гепатита | Выр |
| Поражение глаз | Инъекция сосудов склер | Редко | Отсутствует | Отсутствует | Кон кера |
| Поражение других органов | Отсутствует | Часто в начале заболевания развивается диарея | Отсутствует | Отсутствует | Мож ино |

**Препараты (действующие вещества), применяющиеся при лечении**

| |
|---|
| Занамивир (Zanamivir) |
| Осельтамивир (Oseltamivir) |
| Парацетамол (Paracetamol) |

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ

**Немедикаментозное лечение:**

- режим постельный на период лихорадки с последующим расширением по мере купирования симптомов интоксикации;
- диета - легкоусвояемая пища и обильное питье из расчета 20-40 мл/кг массы тела в сутки в виде чая, фруктовых и овощных соков, морсов, питьевой воды.

**Медикаментозное лечение:**
Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность применения) следует назначить в первые 36- 48 часов от начала заболевания один из нижеперечисленных представленных в таблице 8 (только для беременных).

**Таблица 8- Перечень основных лекарственных средств для лечения гриппа**

| **Лекарственная группа** | **Лекарственные средства** | **Способ применения** | **Уровень доказатель ности** |
|---|---|---|---|
| Лекарственный препарат для лечения гриппа **Беременным – при невозможности госпитализации** | Осельтамивир* | 75 мг х 2 раза в сутки в течение 5 дней. | A |

Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100% вероятность применения) представлен в таблице 9.

**Таблица 9- Перечень дополнительных лекарственных средств**

| **Лекарственная группа** | **Лекарственные средства** | **Способ применения** | **Уровень доказатель ности** |
|---|---|---|---|
| НПВС. Анальгетики-антипиретики другие. Анилиды (при отсутствии поражения печени) | парацетамол, таблетки 500 мг; | Перорально, не более 2.0 г в сут. | B |

**Хирургическое вмешательство**: нет

**Дальнейшее ведение:** нет

**Индикаторы эффективности лечения:**

- купирование симптомов интоксикации;
- купирование катарального синдрома.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ

Карта наблюдения пациента – карта стационарного больного

**Схема 1 - Маршрутизация пациента**

*Примечание:*
**Факторы риска** [6]:
Для гриппа: переохлаждение, курение, контакт с больными гриппом (на работе, дома), эпидемия гриппа и других вирусов, осенне-зимняя сезонность, неблагоприятные жилищные условия (скученность, антисанитария и т.д.), воздействие неблагоприятных метеофакторов, хронические интеркуррентные заболевания сердца, сахарный диабет и др.
Для ОРЗ: наличие очагов хронической инфекции (тонзиллит, ринофарингит, бронхит); простудные факторы (переохлаждение и др.)

**Немедикаментозное лечение:**
Режим: постельный на период лихорадки с последующим расширением по мере купирования симптомов интоксикации;
Диета: легкоусвояемая пища и обильное питье из расчета 20-40 мл/кг массы тела в сутки в виде чая, фруктовых и овощных соков, морсов, питьевой воды.

**Медикаментозное лечение:**
Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность применения) представлен в таблице 7. назначить в первые 36 - 48 часов от начала заболевания один из нижеперечисленных:

**Таблица -7 – Перечень основных лекарственных средств**

| Лекарственная группа | Лекарственные средства | Способ применения | Уровень доказательности |
|---|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| Лекарственное средств, обладающее прямой противовирусной активностью против вируса гриппа (при отсутствии бронхообструктивного синдрома в анамнезе) | Занамивир 5 мг | ингаляционно | A |
| Лекарственное средств, обладающее прямой противовирусной активностью против вируса гриппа | Осельтамивир* 75 мг | перорально | A |

Осельтамивир* 75 мг х 2 раза в сутки в течение 5 дней (лицам с повышенным риском осложнений и беременным); при тяжелых формах по 150 мг х 2 раза в сутки в течение 10 дней;

Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100% вероятность применения) представлен в Таблице 8.

**Таблица -8 – Перечень дополнительных лекарственных средств**

| **Лекарственная группа** | **Лекарственные средства** | **Способ применения** | **Уровень доказатель ности** |
|---|---|---|---|
| НПВС. Анальгетики-антипиретики другие. Анилиды. | парацетамол, таблетки 500 мг; | перорально | B |

**Патогенетическое и симптоматическое лечение – по показаниям**:

**1. Дезинтоксикационная терапия:**

- *при средних степенях тяжести* процесса больным назначается обильное питье из расчета 40 мл/кг массы тела в сутки в виде чая, фруктовых и овощных соков, морсов, питьевой воды;

Респираторная поддержка: кислород ингалируют через маску или же носовой катетер со скоростью 5-7 литров в минуту, при необходимости увеличивая до 10 литров в минуту. Перед назначением ингаляции определяют SpO2 и в последующем через 10-15 минут повторно производят измерение. Положительный терапевтический эффект проявляется в повышении SpO2 на 2 и более процентов (PaO2 более 60 мм.рт.ст., SpO2 выше 92%)[2] .

**2. Неинвазивная вентиляция легких**
Показания:

- тахипноэ (более 25 движений в минуту) - не исчезает после снижения температуры тела;
- PaO2 < 60 мм.рт.ст. либо PaO2/FiO2 < 300;
- PaCO2 > 45 мм.рт.ст.;

- pH< 7,35; - Vt< 4 мл/кг (дыхательный объем (мл) / масса тела (кг) больного); - SpO2 < 92%.

Абсолютные противопоказания:

- отсутствие полной кооперации с больным (выраженная энцефалопатия, отсутствие сознания);
- аномалии и деформации лицевого скелета, препятствующие наложению маски.

Описание метода: неинвазивная масочная вентиляция легких, как правило, проводится в триггерных вспомогательных режимах, большинство из которых реализовано на многих современных аппаратах ИВЛ: Biphasic Positive Airway Pressure (BiPAP), Pressure Support Ventilation (PSV), Proportional Assist Ventilation (PAV), Continuous Positive Airway Pressure (CPAP). Рекомендуется сочетание неинвазивной вентиляции легких с назначением лекарственных средств через небулайзер. К таким лекарственным средствам можно отнести теплый физиологический раствор.

**3. Искусственная вентиляция легких**

Показания:

- неэффективность проведения неинвазивной вентиляции легких;
- невозможность проведения неинвазивной вентиляции легких (остановка дыхания, нарушение сознания, психики больного);
- нарастающая одышка, тахипноэ (более 35 движений в минуту) - не исчезает после снижения температуры тела;
- PaO2 < 60 мм.рт.ст. либо PaO2/FiO2 < 200;
- PaCO2 > 60 мм.рт.ст.;
- pH< 7,25;
- Vt< 4 мл/кг (дыхательный объем (мл) / масса тела (кг) больного);
- SpO2 < 92%.

Рекомендуемые особенности проведения ИВЛ:

- положение больного – с приподнятым головным концом кровати на 30;
- удлинение фазы вдоха (Ti:e 1:1 – 1,5:1);
- инспираторная пауза («плато») не меньше 15% от длительности вдоха;
- P пиковое < 35 см.вод.ст.;
- P плато < 30 см.вод.ст.;
- уровень ПДКВ регулируется по величине SpO2 (минимально достаточно – 93%) и параметрам гемодинамики. Алгоритм: 5-8-10 см.вод.ст.;
- возможно применение периодического раздувания легких (Sigh);
- если, несмотря на проводимые мероприятия, SpO2 ниже 93%, необходимо применение увеличенного FiO2 (до 0,6);
- если гипоксемия не поддается устранениию традиционными и специальными методами ИВЛ, целесообразно использование пронального положения (прон-позиции) (до 12 ч/сут);

- необходимая минутная вентиляция поддерживается увеличением частоты дыхания при установлении минимального дыхательного объема, исключающего гипоксию (6 мл/кг идеальной массы тела).

Рекомендуемые значения анализируемых параметров:

- PaO2 (> 60 мм.рт.ст.);
- PaCO2 (35-45 мм.рт.ст.);
- SpO2 (> 93%);
- pH (> 7,25);
- PvO2 (> 30 мм.рт.ст.).

Безусловные критерии возможности прекращения респираторной поддержки:

- четкая положительная динамика по основному заболеванию;
- спонтанная дыхательная активность;
- достаточный мышечный тонус.

Дополнительные критерии возможности прекращения респираторной поддержки:

- отсутствие или значительный регресс воспалительных изменений в легких;
- отсутствие признаков SIRS (синдром системного воспалительного ответа);
- стабильная гемодинамика, ЧСС < 120;
- адекватный диурез;
- компенсированные сдвиги гемостаза;
- при FiO2 не более 0,3 в течение суток SpO2 по пульсоксиметру не ниже 90%, PaO2 не ниже 80 мм.рт.ст. (PaO2/FiO2 не менее 250); - Восстановление кашлевого рефлекса и кашлевого толчка.

**4. Симптоматическое лечение:** при повышении температуры выше 38,5С - жаропонижающие препараты (НПВП), при катаральных явлениях - сосудосуживающие назальные капли и спреи, противокашлевые и отхаркивающие средства.

**5. При развитии бактериальных осложнений** назначается антибактериальная терапия с включением пенициллинов, макролидов, цефалоспоринов II-IV поколения, карбапенемов и фторхинолонов, при идентификации возбудителя MRS антибактериальным препаратом выбора является ванкомицин [6].

**Особые указания по противовирусной терапии у беременных** [6,9]
1. При подозрении на грипп и/или ТОРИ лечение должно быть начато как можно раньше: в течение 36 часов от начала заболевания.
2. При лечении не следует ожидать лабораторного подтверждения гриппа.
3. Осельтамивир – препарат выбора из группы ингибиторов нейраминидазы - 75 мг (1 капсула) 2 раза в день в течение 5 дней, при тяжелых/осложненных формах гриппа, доза может быть увеличена до 150 мг х 2 раза в день.
4. Лечение противовирусными препаратами беременных с тяжелым или прогрессирующим течением заболевания при позднем их обращении необходимо

проводить и в более поздние сроки.
5. При развитии бактериальных осложнений применение антибактериальных препаратов у беременных возможно лишь в тех случаях, когда ожидаемый эффект терапии превышает потенциальный риск для плода. У госпитализированных пациенток выбор пути введения определяется тяжестью состояния и особенностями препарата: при среднетяжелых инфекциях возможно пероральное назначение антибиотика, при тяжелом течении заболевания пациенты должны получать антибактериальный препарат парентерально.

**Хирургическое вмешательство**: нет.

**Дальнейшее ведение**: нет.

**Индикаторы эффективности лечения:**

- купирование признаков интоксикации и катарального синдрома;
- купирование симптомов осложнений (при их наличии).

**Профилактические мероприятия:**

- сезонная вакцинация против вируса гриппа.
- противоэпидемические мероприятия в соответствие с действующими санитарными нормами РК.

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УКАЗАНИЕМ ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

**Показания для плановой госпитализации**: нет

**Показания для экстренной госпитализации:**

- больные ТОРИ, с тяжелыми и осложненными формами гриппа и ОРВИ;
- пациенты с тяжелой сопутствующей патологией, независимо от формы тяжести гриппа и ОРВИ;
- лица старше 65 лет со среднетяжелым и тяжелым течением гриппа и ОРВИ;
- беременные женщины со среднетяжелым и тяжелым течением гриппа и ОРВИ, с ТОРИ: сроком до 30 недель госпитализируются в инфекционный стационар, более 30 недель – в роддом/перинатальный центр, а при наличии внебольничной пневмонии бактериальной этиологии – в пульмонологическое отделение (определяющим для профиля госпитализации является течение беременности, оцененное акушером-гинекологом).

## Источники и литература


I. Протоколы заседаний Объединенной комиссии по качеству медицинских услуг МЗ РК, 2019
    1. 1) Грипп у взрослых: диагностика, лечение, способы и методы неспецифической профилактики. -под редакцией: Васина А.В, Сологуб Т.В., Санкт-Петербург 2016 - 83С. 2) Об утверждении Санитарных правил "Санитарно – эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно – противоэпидемических, санитарно – профилактических мероприятий по предупреждению инфекционных заболеваний" Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 марта 2018 года № 126. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 23 апреля 2018 года № 16793. 3) Руководство Европейского регионального бюро ВОЗ по дозорному эпиднадзору за гриппом среди людей. 2011. 4) Clinical management of human infection with pandemic (H1N1) 2009: revised guidance.Geneva, World Health Organization. Клинические рекомендации. 5) «Грипп у беременных». Москва, 2015г. 6) КП «Пневмония у взрослых (внебольничная пневмония)» Одобрен Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан от «5» октября 2017 года, протокол №29. Электронные ресурсы: 7) https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Immunization-Infectious-Disease-and-Public-Health-Preparedness-Expert-Work-Group/Assessment-and-Treatment-of-Pregnant-Women-With-Suspected-or-Confirmed-Influenza; 8) http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal) 9) Influenza Antiviral Medications: Summary for Clinicians https://www.cdc.gov/flu/pdf/professionals/antivirals/antiviral-summary-clinician.pdf; 10) https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6001a1.htm.


## Информация

### ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА

**Список разработчиков протокола с указание квалификационных данных**:

1. Кошерова Бахыт Нургалиевна – доктор медицинских наук, профессор, проректор по клинической работе и непрерывному профессиональному развитию НАО «Медицинский университет Караганды», высшая квалификационная категория.
2. Абуова Гульжан Наркеновна – кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой инфекционных болезней и дерматовенерологии АО «Южно-Казахстанская медицинская академия», профессор.
3. Дуйсенова Амангуль Куандыковна - доктор медицинских наук, заведующая кафедрой инфекционных болезней с курсом дерматовенерологии, АО

«Национальный медицинский университет», профессор, высшая квалификационная категория;

4. Ким Антонина Аркадьевна –кандидат медицинских наук, профессор кафедры эпидемиологии и инфекционных болезней НАО «Медицинский университет Караганды»

**Указание на отсутствие конфликтов интересов**: нет.

**Рецензенты:**

1. Баешева Динагуль Аяпбековна – заведующая кафедрой детских инфекционных болезней АО «Медицинский университет Астана», председатель РОО «Общество врачей инфекционистов»;
2. Кулжанова Шолпан Адлгазыевна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой инфекционных болезней АО «Медицинский университет Астана».

**Указание условий пересмотра протокола:** пересмотр протокола через 5 года после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

| | |
|---|---|
| 1. ( Грипп_и_ОРВИ.pdf ) | читать/скачать файл |

Начало формы

Отправить

Конец формы


- **Профессиональные медицинские справочники. Стандарты лечения**
- **Коммуникация с пациентами: онлайн-консультация, отзывы, запись на приём**

Скачать приложение для **ANDROID** / для **iOS**

- **Профессиональные медицинские справочники**

- **Коммуникация с пациентами: онлайн-консультация, отзывы, запись на приём**

Скачать приложение для **ANDROID** / для **iOS**

Если вы не являетесь медицинским специалистом:

- Занимаясь самолечением, вы можете нанести непоправимый вред своему здоровью.
- Информация, размещенная на сайте MedElement и в мобильных приложениях "MedElement (МедЭлемент)", "Lekar Pro", "Dariger Pro", "Заболевания: справочник терапевта", не может и не должна заменять очную консультацию врача. Обязательно обращайтесь в медицинские учреждения при наличии каких-либо заболеваний или беспокоящих вас симптомов.
- Выбор лекарственных средств и их дозировки, должен быть оговорен со специалистом. Только врач может назначить нужное лекарство и его дозировку с учетом заболевания и состояния организма больного.
- Сайт MedElement и мобильные приложения "MedElement (МедЭлемент)", "Lekar Pro", "Dariger Pro", "Заболевания: справочник терапевта" являются исключительно информационно-справочными ресурсами. Информация, размещенная на данном сайте, не должна использоваться для самовольного изменения предписаний врача.
- Редакция MedElement не несет ответственности за какой-либо ущерб здоровью или материальный ущерб, возникший в результате использования данного сайта.

Выходные данные Стоковые изображения от Copyright © 2013-2022 MedElement®.
Все права защищены 18+

Разделы

· Общая информация
· Классификация
· Диагностика
· Дифференциальный диагноз
· Лечение
· Лечение (амбулатория)
· Лечение (стационар)
· Госпитализация
· Информация
· Прикреплённые файлы
· Внимание!

Наверх