**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ**

**КАФЕДРА «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ 2»**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

 «**Обсуждено**» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***«Утверждено****»-*

на заседании кафедры Председатель УМС

 Прот.№\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_2021 г факультета\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Зав.каф. Садыкова А.А. **Т**урсунбаева А.Т.

План-разработка практического занятия

 на тему: **Диагностика и лечение ОРВИ и гриппа в амбулаторных условиях.**

по дисциплине: **«Поликлиническая терапия»**

для студентов, обучающихся по специальности:

**( 560000) Лечебное дело**

 Составитель: Абдраева Ф.А..

**Тема практического занятия:**

**«Диагностика и лечение ОРВИ и гриппа в амбулаторных условиях».** (2ч)**Актуальность темы**

Одной из важнейших неблагоприятных тенденций двух последних десятилетий и в КР, и в мире, является рост прогрессивный рост числа больных пульмонологическими заболеваниями. Удельный вес бронхолегочной патологии в структуре причин обращаемости за медицинской помощью составляет более 60%. Заболевания органов дыхания как причина смерти устойчиво, из года в год, занимают 3-4 места. Чрезвычайно распространены острые респираторные вирусные инфекции, бронхиты и пневмонии. Важнейшая роль в устранении этих неблагоприятных тенденций принадлежит амбулаторной работе участковых терапевтов, врачей общей практики.

**План занятия:**

1. Определение ОРВИ, гриппа и острого бронхита (краткая характеристика).
2. Принципы классификации. Краткая характеристика респираторных инфекций.
3. Диагностические критерии данных патологий. Развернутая диагностика.
4. Дифференциальная диагностика ОРВИ в зависимости от вида возбудителя и особенности их течения.
5. Лечение в амбулаторных условиях и показания к госпитализации.

**Задачи:**

 1. Формировать умения анализировать, активно использовать полученные знания и умения в профессиональной деятельности.

 2. Формировать готовность и способность целесообразно действовать в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях.

 3. Формировать готовность и способность мобилизовать профессионально важные качества (толерантность, ответственность, способность работать в коллективе, стремление к саморазвитию), обеспечивающие продуктивность трудовой деятельности специалиста.

 **Вид занятия:** практическое

**Контрольные вопросы:**

1. Дайте определение ОРВИ.
2. Расскажите клинические формы ОРВИ.
3. Перечислите инфекции, включающиеся в группу ОРВИ.
4. Назовите классификацию ОРВИ.
5. Дифференцируйте ОРВИ в зависимости от этиологического фактора.
6. Выберите методы диагностики ОРВИ в амбулаторных условиях.
7. Назовите причины развития гриппа.
8. Охарактеризуйте клинику гриппа.
9. Дайте определение острому бронхиту
10. Укажите диагностические критерии острого бронхита.
11. Назначьте лечение ОРВИ, гриппа и острого бронхита на догоспитальном этапе и перечислите показания к госпитализации.

**Цель практического занятия:**

1. Методическая цель – организовать и провести занятие в соответствии с требованиями рабочей программы с применением различных методов и способов обучения для достижения поставленных целей.
2. Учебные цели:

- Повторить классификацию и клинические проявления вышеуказанных патологий.

- Изучить диагностические критерии, принципы диагностики и лечения больных с ОРВИ, гриппом.

- Повторить методы клинического обследования пациента с ОРВИ.

- Дать студентам представление об этапах диагностического поиска и лечения нозологий в амбулаторных условиях.

1. Формировать общие и профессиональные компетенции:

**Средства обучения и контроля:**

 1. методическая разработка занятия

 2. учебно-методическое пособие для самоподготовки студентов к занятию

 3. дидактические средства контроля и тренажа:

1. Тестовые задания;
2. ситуационные задачи с эталоном ответов;

**Формы контроля:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Цель** |
| Индивидуальный устный | * выявить уровень теоретической подготовки, умения оперировать знаниями;
* определить уровень логического, клинического мышления;
* развивать речь
 |
| Индивидуальный письменный | * выявить уровень подготовленности всей группы и каждого студента в отдельности
 |
| Практический* решение учебных заданий проблемного характера
* выполнение практических действий, заданий
 | * выявить уровень самостоятельного мышления, умения анализировать явления, выделять главное
* определить уровень клинического (профессионального) мышления;
* проверить умение выполнения манипуляции, практического действия.
 |

**Междисциплинарные связи:**

* + 1. Внутренние болезни 4;
		2. Семейная медицина;

|  |  |
| --- | --- |
| *Дисциплины и профессиональные модули* | *Тема* |
| 1. Общепрофессиональные дисциплины- Анатомия и физиология человека- Латинский язык | * Дыхательная система. ЛОР органы.
* Терминология.
 |
|  Диагностическая деятельность- Пропедевтика клинических дисциплин  | * Методы обследования пациентов с заболеваниями ЛОР органов и органов дыхания.
* Дополнительные методы обследования пациентов с заболеваниями легких.
 |
|  Общепрофессиональные дисциплины- Клиническая фармакология  | * Противовирусные препараты
* Антибиотики
* Бронхолитики, отхаркивающие средства
* Витамины, общеукрепляющие препараты.
 |

**Внутридисциплинарные связи:**

* 1. Диагностика и лечение пневмоний в амбулаторных условиях.
	2. Диагностика и лечение бронхиальной астмы и ХОБЛ в амбулаторных условиях.

**Уровни усвоения:** 2,3

2. – репродуктивный (выполнение деятельности по образцу, инструкции или под руководством);

3. – продуктивный (планирование и самостоятельное выполнение деятельности, решение проблемных задач).

***После изучения темы занятия студент должен знать:***

* этиологию и симптомы, особенности течения ОРВИ, гриппа и острого бронхита;
* дифференциальную диагностику ОРВИ и острого бронхита.
* особенности диагностики ОРВИ и острого бронхита с учетом инструментально-лабораторных исследований;
* принципы фармакотерапии при ОРВИ в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом;
* правила заполнения медицинской документации;

***После изучения темы занятия студент должен уметь и владеть навыками:***

* проводить обследование пациента;
* определять тяжесть состояния пациента;
* выделять ведущий синдром;
* проводить дифференциальную диагностику;
* установить диагноз на основании клинических и лабораторных исследований в амбулаторных условиях.
* осуществлять фармакотерапию в соответствии с диагнозом в амбулаторных условиях;
* осуществлять профилактику заболевания;

**Карта компетенции:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Код и формулировка компетенций** | **Результаты обучения (ООП)** | **Результат обучения (дисциплины)** | **Результаты обучения (темы)** |
| **1** | **ПК-8** - способен проводить с прикрепленным населением профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний, осуществлять общеоздоровительные мероприятия по формированию здорового образа жизни с учетом факторов риска, давать рекомендации по здоровому питанию;**ПК-15**- способен назначать больным с наиболее часто встречающимися внутренними болезнями адекватное лечение в соответствии с диагнозом.**ПК-16**- способен осуществлять взрослому населению первую врачебную помощь в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях в клинике внутренних болезней, направлять на госпитализацию больных в плановом и экстренном порядке. | **РО-8** - Может анализировать и интерпретировать полученные данные и назначать адекватное лечение и оказать первичную врачебную помощь, принимать решения при возникновении неотложных и угрожающих жизни ситуацияхпри неотложных и жизнеугрожающих состояниях детей и подростков. | **РОд- 1:****Знает и понимает**:- проведение с прикрепленным населением профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний, осуществление общеоздоровительные мероприятия по формированию здорового образа жизни с учетом факторов риска, давать рекомендации по здоровому питанию (ПК-8);**Умеет:****-** проводить с прикрепленным населением профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний (ПК-8),**Владеет**: - навыками осуществления общеоздоровительных мероприятий по формированию здорового образа жизни с учетом факторов риска, давать рекомендации по здоровому питанию (ПК-8);**РОд-2:** **Знает и понимает**:- назначение больным с наиболее часто встречающимися терапевтическими заболеваниями у взрослого населения в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом (ПК-15).**Умеет:**- назначать больным с наиболее часто встречающимися терапевтическими заболеваниями у взрослого населения в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом (ПК-15).**Владеет**:- методами назначения больным с наиболее часто встречающимися терапевтическими заболеваниями у взрослого населения в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом (ПК-15).я | **РОт**: Знает и понимает: ОРВИ, грипп, острый бронхит.- Методы современной диагностики и дифференциальный диагноз ОРВИ с учетом их течения и осложнения.Умеет на основании жалоб, анамнеза, физикального обследования:- дифференцировать у больного, симптомы ОРВИ;- составить план лабораторного и инструментального обследования для подтверждения предполагаемого диагноза и интерпретировать полученные результаты;- сформулировать диагноз, руководствуясь современной классификацией ОРВИ и острого бронхита;Владеет: - методикой назначения адекватной индивидуальной терапии;- навыками определения прогноза у конкретного больного;- мерами вторичной профилактики и экспертизы трудоспособности; – навыками оказания первой врачебной помощи в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом. |
| **РОд-3:****Знает и понимает**:- осуществление взрослому населению первой врачебной помощи в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях в клинике внутренних болезней в амбулаторных условиях (ПК-16).**Умеет:**- осуществлять взрослому населению первую врачебную помощь в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях в амбулаторных условиях (ПК-16).**Владеет**:- методами осуществления взрослому населению первой врачебной помощи в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях в клинике внутренних болезней в амбулаторных условиях (ПК-16). |

**Ход занятия**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Этапы занят** | **Цели этапов занятия** | **Деятельность преподавателя** | **Деятельность студента** | **Методы, механизмы** | **Результаты обучения** | **Оборудование занятия** | **Время**  |
| 1 | Организационный момент | Ознакомление с новой темой, его вопросами | Показ рисунка и комментарий к нему.Преподаватель объявляет тему, цели занятия, акцентирует внимание на важности, сложности изучения данной темы; объясняет ход занятия | Записывают тему и его вопросы | Мозговой штурмВызвать интерес к изучениюматериала, мобилизовать внимание студентов | Обращение внимание студентов к занятию | Доска с проектором, слайд  | 5 мин |
| 2 | Опрос пройденного материала  | Обобщение знаний студентов по пройденным материалам и установить связь с новой темой | Задание контрольных вопросов, совместное обобщение ответов | Выборочно по одному отвечают на заданные вопросы | Вопрос-ответ  | Вспоминание темы предыдущих занятий, способствование к самореализации | Перечень контрольных вопросов (Прил. 1.) | 20 мин |
| 4 | Изложение новой темы  | Создание проблемной ситуацииАктивизация мыслительной деятельности. | Преподавате ль предлагает план изучения нового материала с целью последовательного изложения материала.(информационный блок) | Записывают план и конспектируют новый материал  | Презентации слайдов, демонстрация в натурщике | Сформируется теоретическая база знаний и умений, для использования их на практических занятиях  | Доска с проектором, презентац. материал, натурщик. Градусник, фонендоскоп, тонометр, шпатель. Лекарственные препараты (аннотации) | 30 мин |
|  | **Перерыв** | 10мин |
| 5 | Закрепление новой темы и подведение итогов | Определение и анализ освояемости пройденного материала, внесение измений на его содержание | Демонстрация ситуационных задач. | В решении задач принимают участие все студенты группы; дополняют, исправляют ответы друг друга. Преподаватель контролирует, обобщает ответы студентов | Решение ситуационных задач | Самостоятельно используют полученные знания по теме, формируются познавательные компетенции | Перечень уровневых задач (Прил.2.) | 10 мин |
| 6 | Оценка и дисскусия работы с чек-листами. | Определение и анализ освояемости пройденного материала, внесение измений на его содержание | Демонстрация ситуационных задач. | Отвечают друг другу на заданные конкретные вопросы.Студенты оценивают собственные действия, умения работать в команде, осмысливают итоги занятия; записывают заработанные баллы, домашнее задание. | Обсуждение ситуационных задач | Самостоятельно используют полученные знания по теме, формируются познавательные компетенции | Чек-листы (Прил.2.) | 20 мин |
| 7 | Оценивание студентов за участия на занятии  | Научить студентов к самооценке и применять 4х шаговый метод Пейтона. | Преподаватель анализирует работу студентов. Определяет степень достижения целей. Выставляет и объявляет оценки. Предлагает записать домашнее задание | Отвечают друг другу на заданные конкретные вопросы.Студенты оценивают собственные действия, умения работать в команде, осмысливают итоги занятия; записывают заработанные баллы, домашнее задание. | Выборочный опрос, оценка друг другаОценить успешность достижения целей занятия студентами; определить перспективы последующей работыОриентировать студентов на следующее занятие, акцентировать внимание студентов на основных вопросах темы. | Преподаватель оценивает деятельность студентов и подводит общий итог занятия.Оценка преподавателем формируемых общих и профессиональных компетенций студентов (происходит в ходе наблюдения за деятельностью обучающихся в процессе изучения темы).Преподаватель предлагает домашнее задание, благодарит студентов за занятие. | Примеры вопросов | 5мин |

**Формы проверки знаний:**

1. Оперативный опрос на разрезе текущего контроля;
2. Тестовые задания на разрезе рубежного контроля;

**Тест на тему: “ОРВИ и грипп”**

1. Аденовирусы устойчивы во внешней среде:
а) периодически
б) нет
в) да +

2. Для аденовирусной инфекции экссудативный характер воспаления:
а) не характерен
б) характерен +
в) зависит от факторов

3. Для аденовирусной инфекции, гепатоспленомегалия:
а) не характерна
б) зависит от факторов
в) характерна +

4. При гриппе интоксикационный и катаральный синдромы появляются:
а) катаральный синдром запаздывает +
б) одновременно
в) интоксикационный синдром запаздывает

5. Укажите этиотропное лечение гриппа:
а) амоксициллин
б) рибавирин
в) озельтамивир, занамивирин +

6. Клинический признак парагриппа:
а) ларингит +
б) бронхиолит
в) ангина

7. Вирус гриппа относится к семейству:
а) ортмиксовирусов +
б) пикорнавирусов
в) реовирусов

8. Фарингоконъюнктивальная лихорадка наблюдается при:
а) гриппе
б) риновирусной инфекции
в) аденовирусной инфекции +

9. При респираторно-синцитиальной инфекции у детей 1 года жизни отмечается:
а) бронхиолит +
б) диарея
в) конъюнктивит

10. Морфологической особенностью респираторно-синцитиальной инфекции является:
а) дистрофия, некроз эпителия дыхательных путей
б) образование симпластов и псевдогигантских клеток в эпителии бронхов и бронхиол +
в) подушкообразные разрастания эпителия бронхов

Вариант №2

1. Вирусная пневмония возникает после начала ОРВИ на:
а) 5-6 день
б) 13-14 день
в) 2-3 день +

2. Дыхательная недостаточность 1 степени определяется клинически наличием:
а) одышки в покое
б) одышки при физической нагрузке +
в) втяжения межреберных промежутков, эпигастральной области

3. Для какой ОРВИ вероятность развития крупа мала:
а) риновирусная инфекция +
б) РС инфекция
в) парагрипп

4. Для какой ОРВИ вероятность развития крупа наиболее велика:
а) РС инфекция
б) парагрипп +
в) грипп

5. Формой какой ОРВИ является ринофарингоконьюнктивальная лихорадка:
а) парагрипп
б) РС инфекция
в) аденовирусная инфекция +

6. Для какой ОРВИ характерно относительно длительное волнообразное течение с элементами рецидивирования:
а) риновирусная инфекция
б) аденовирусная инфекция +
в) РС инфекция

7. Для какой ОРВИ характерны налеты на небных миндалинах:
а) риновирусная инфекция
б) РС инфекция
в) аденовирусная инфекция +

8. При какой ОРВИ наиболее часто развиваются гипертермический и судорожный синдромы:
а) парагрипп
б) грипп +
в) РС инфекция

9. Поражение какого отдела дыхательных путей является наиболее типичным для парагриппа:
а) гортань +
б) носоглотка
в) бронхи

10. Какой синдром является наиболее типичным проявлением РС инфекции у детей первых месяцев жизни:
а) сегментарная пневмония
б) катар верхних дыхательных путей
в) бронхиолит +

**Литература:**

**Основная:**

**Основная литература:**

1. 1. 1. Инфекционные болезни: национальное руководство / Под ред. Н.Д.Ющука, Ю.Я.Венгерова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 1056 с. – (Серия «Национальные руководства»).

2. Б.П.Богомолов. Инфекционные болезни: неотложная диагностика, лечение, профилактика. - Москва, изд-во НЬЮДИАМЕД, 2007.- С.31-45.

3. Инфекционные и кожные заболевания / под ред. Николаса А. Буна, Ники Р. Колледжа, Брайана Р.Уолкера, Джона А.А.Хантера; пер. с англ. под ред. С.Г.Пака, А.А.Еровиченкова, Н.Г.Кочергина. – М.: ООО «Рид Элсивер», 2010. – 296 с. – (Серия «Внутренние болезни по Дэвидсону» / под общ. Ред. Н.А.Мухина). – Перевод изд. Davidson's Principles and Practice of Medicine, 20th edition / Nicolas A.Boon, Nicki R. Colledge, Brain R. Walker, John A.A. Hunter (eds).

4. Общая врачебная практика: диагностическое значение лабораторных исследований: Учебн. пособ. / Под ред. С.С.Вялова, С.А.Чорбинской. – 3-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 176 с.

5. Clinical management of human infection with pandemic (H1N1) 2009: revised guidance. Geneva, World Health Organization.

6. Efficacy of fusafungine in acute rhinopharyngitis: a pooled analysis. Rhinology. 2004 Dec; 42(4):207. Lund VJ, Grouin JM, Eccles R et al. 7. Principles of Appropriate Antibiotic Use for Treatment of Nonspecific Upper Respiratory Tract Infections in Adults: Background. Ann Intern Med. 2001;134:490. Ralph Gonzales, John G. Bartlett, Richard E. Besser et al.

8. Доказательная медицина. Ежегодный справочник. Часть1. Изд-во МЕДИА СФЕРА. М., 2003

**Дополнительная литература:**

1. Доказательная медицина. Клинические рекомендации для практикующих врачей. ГЕОТАР МЕД, 2002. «Диагностика и лечение болезней органов дыхания» Окороков А.Н.

 2. «Внутренние болезни» Маколкин В.И., Овчаренко С. И.

 3. «Внутренние болезни» Мухин Н.А., Моисеев В.С., Мартынов А.И.

 4. «Внутренние болезни по Дэвидсону». Пульмонология.

 5. Лекционный материал.

**Электронные источники:**

1. [www.plaintest.com](http://www.plaintest.com)

2. [www.booksmed.com](http://www.booksmed.com)

3. [www.bankknig.com](http://www.bankknig.com)

4. [www.wedmedinfo.ru](http://www.wedmedinfo.ru)

5. [www.spr.ru](http://www.spr.ru)

**Краткое содержание темы:**

Клинический протокол для первичного уровня здравоохранения

**Определение:**

острые вирусные инфекции верхних дыхательных путей (овивдп) – группа самоизлечивающихся заболеваний, вызываемых различными вирусами и характеризующихся высокой контагиозностью. в среднем возможно развитие 5-7 эпизодов овивдп в год у детей дошкольного возраста (вплоть до ежемесячных эпизодов овивдп в период с сентября по апрель), до 2-3 эпизодов в год у взрослых.

**Этиология**

• риновирусы (30–50%)

• коронавирусы (10-15%),

• вирусы гриппа (5–15%)

• вирусы парагриппа (5%)

• респираторно-синцитиальный вирус

• аденовирусы и энтеровирусы (5%)

• ≥2 респираторных вирусов (5%)

• в 20–30% случаев идентифицировать возбудитель не удается

**Факторы риска:**

• нахождение в местах скопления большого количества людей

• посещение детских дошкольных учреждений

• значительный хронический психологический стресс

• нарушение режима сна

• курение

факторами риска более тяжелого течения овивдп являются

• курение

• нарушение питания

• сопутствующие хронические заболевания

• врожденный иммунодефицит

**Клиника:** симптомы развиваются в течение 24-72 часов после контакта. Продолжительность симптомов составляет 3-10 дней, но у 25% людей симптомы наблюдаются до 2 недель.

• интоксикационный синдром: небольшое повышение температуры тела (у взрослых наблюдается реже), слабость, головная боль – 1-2 дня.

• симптомы со стороны дыхательных путей: ринит (насморк, заложенность носа, чихание), синусит (боль или чувство давления в области околоносовых пазух, головные боли), фарингит (боль, чаще «першение» в горле), ларингит (изменение голоса), кашель.

**Диагностика**

1. Клиника (см. выше)

2. Физикальное обследование: отечность и гиперемия слизистой полости носа, возможная гиперемия зева, возможная незначительная лимфаденопатия шейных лимфоузлов. легкие – без изменений.

3. Лабораторно-инструментальное обследование не показано.

В амбулаторных условиях диагноз ставится на основании клинических данных. Дополнительные исследования, такие как общий анализ крови, мочи, рентгенологическое исследование грудной клетки, пазух носа проводится только при подозрении на пневмонию или синусит.

*Грипп*диагностируют на основании внезапного подъема Т тела до высоких цифр, выраженной интоксикации в виде озноба, адинамии, мышечных и головных болей, сухого кашля с болями за грудиной при слабовыраженных катаральных явлениях со стороны ротоглотки.

*Парагрипп* может быть заподозрен в случае развития у ребенка острого лихорадочного заболевания с выраженными катаральными явлениями, фаринго-тонзиллитом и синдромом крупа (грубый лающий кашель, изменение тембра голоса, шумное стенотическое дыхание).

*Аденовирусная инфекция* диагностируется на основании лихорадки, симптомов катара дыхательных путей с выраженным экссудативным компонентом (обильный насморк, влажный кашель), гиперплазии лимфоидных образований ротоглотки, увеличения шейных лимфатических узлов, характерного поражения слизистых оболочек глаз (коньюктивит). Для постановки диагноза важное значение имеет последовательное развитие клинических симптомов, в результате чего лихорадочный период может удлиняться до 7-14 дней.

*РС-инфекция* характеризуется клинической картиной бронхиолита с ярко выраженным обструктивным синдромом, гипоксией при умеренном повышении температуры тела.

*Риновирусная инфекция* проявляется обильными слизистыми выделениями из носа, мацерацией кожи в преддверьи носа, легким недомоганием и покашливанием при нормальной или субфебрильной температуре тела.

*Хламидийная и микоплазменная инфекции* диагностируются при наличии упорного, часто приступообразного, мучительного кашля, продолжительной субфебрильной лихорадки, последовательного возникновения признаков поражения бронхолегочной системы вплоть до появления малосимптомных (атипичных) пневмоний, некоторого увеличения лимфатических узлов, длительного течения болезни.

*Бактериальная природа ОРЗ* может быть заподозрена при наличии симптомов интоксикации (вялость, адинамия, бледность кожи и слизистых, снижение аппетита), длительности лихорадки более 3 дней. Вопреки всеобщему мнению изменение цвета или качества выделений из носа не является признаком бактериальной инфекции. Через несколько дней от начала вирусной инфекции могут появиться гнойные выделения из носа из-за притока нейтрофилов. Риск развития бактериальной инфекции повышается, если болезнь не отступает через 10 дней или состояние ухудшается на 5-7 сутки.

**Дифференциальная диагностика:**

• аллергический ринит (чаще встречается чихание, зуд; отсутствие интоксикационного периода; возможные известные тригерры; отсутствие контактных лиц с симптомами овивдп)

• острый бактериальный синусит (см. клинический протокол по синуситу)

• грипп (период интоксикации более длительный и тяжелый, миалгия, более выраженный кашель)

• катаральная стадия коклюша, кори

**Осложнения:**

• острый бактериальный синусит (обс). встречается в 0,5-2% у взрослых. гнойный характер выделений из носа сам по себе не является свидетельством вторичной бактериальной инфекции. диагноз обс ставится на фоне любого из следующих критериев:

- стойкие симптомы овивдп продолжительностью 10 или более дней без клинического улучшения

- тяжелая симптоматика овивдп (лихорадка > 39°с и гнойные выделения из носа или лицевая боль), продолжительностью не менее трех дней от начала заболевания

- «возвращение» симптомов овивдп, которая длилась 5-6 дней, с видимым улучшением, после чего вновь наступило ухудшение состояния

• обострение бронхиальной астмы или хобл (овивдп является причиной 40% всех обострений астмы)

• острый средний отит бактериальной или чаще вирусной этиологии

• повышение чувствительности бронхов в виде периодического кашля, который продолжается до 4-х недель после овивдп

**Тактика ведения:**

1.провести консультирование и обучить пациентов по следующим темам:

о длительности овивдп (до 10 дней; до 14 дней у 25% больных)

польза и вред препаратов для симптоматического лечения

отсутствие эффекта от назначения антибиотиков

необходимость вернуться в медицинское учреждение при ухудшении состояния или сохранении устойчивой симптоматики > 10-14 дней

2.антибиотикотерапия:

• использование антибиотиков для лечения овивдп не показано, так как они не уменьшают продолжительности симптомов овивдп, не влияют на вероятность выздоровления и не снижают риск развития гнойных осложнений.5,6 антибиотикотерапия также не улучшает исходы гнойного ринита как у взрослых, так и у детей.

• единственным показанием к применению антибактериальной терапии является развитие бактериальных осложнений (острый средний отит, острый бактериальный синусит), и то только в четко определенных клинических ситуациях по тяжести.

3.симптоматическая терапия:

• применение нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) возможно облегчает такие симптомы, как головные боли, боль в ушах, миалгию, артралгию, насморк, но не уменьшает респираторные симптомы, кроме насморка.

- применение нимесулида при лечении овивдп не рекомендовано в связи с повышенным риском гепатотоксичности в сравнении с другими нпвс.

• применение парацетамола может помочь облегчить заложенность носа и состояние ринореи, но не облегчает другие симптомы (боли в горле, общее недомогание, чихание и кашель).

• применение ацетилсалициловой кислоты (аспирина) должно быть ограничено у пациентов младше 18 лет с целью минимизации риска развития синдрома рея.

• Антигистаминные препараты первого поколения (хлоропирамин, дифенгидрамин, клемастин) значительного влияния на снижение симптоматики не оказывают, зато имеют выраженный седативный эффект, назначение антигистаминных препаратов второго поколения (н. лоратадин) неэффективно при овивдп.

• сочетание антигистаминных препаратов + оральных деконгестантов (псевдоэфедрин, фенильпропаноламин) снижает симптомы овивдп, но только у взрослых людей и детей старше 6 лет, и есть риск побочных эффектов.

• Внутреннее применение деконгестантов (фенилпропаноламин, псевдоэфедрин) может временно уменьшить заложенность носа у взрослых. нет достаточных доказательств, чтобы рекомендовать их назначение детям младше 12 лет. оральные и местные деконгестанты могут вызвать бессонницу, возбуждение, и ухудшение контроля ад.

• Местные деконгестанты уменьшают степень заложенности носа, но связаны с развитием синдрома отмены (рикошет-заложенность) и могут вызвать кровотечение из носа. нельзя использовать более 3 дней из-за опасности развития медикаментозного ринита и атрофии слизистой носа. Невозможно рекомендовать назначение данных препаратов детям при лечении овивдп из-за отсутствия доказательств их эффективности и безопасности.

– оксиметазолин, эффект сохраняется до 12 часов

– ксилометазолин, эффект до 8-10 часов

– нафазолин, тетризолин и инданазолин, эффект до 4-6 часов

• Противокашлевые препараты:

– кодеин не эффективен при остром кашле.

– декстрометорфан (входит в состав гриппостада, туссина) малоэффективен.

• местное использование ипратропиума бромида снижает ринорею и чихание, но в то же время вызывает сухость слизистой носа, носовое кровотечение.

• Отхаркивающие средства не продемонстрировали значимой эффективности (входят в состав колдрекса, стоптуссина).

• применение муколитических препаратов – не имеет доказательной базы.

• Противовирусные препараты: безопасность и эффективность монотерапии интерфероном под вопросом. использование интраназального интерферона альфа-2б не эффективно в качестве лечения овивдп, но, возможно, снижает тяжесть симптомов и продолжительность овивдп при назначении в виде профилактики людям, находящимся в близком контакте с больным овивдп.

• Витамин С, цинк, эхинацея, чеснок – нет доказательств пользы применения. исследования показали, что прием витамина с после начала симптомов простуды не влияет на длительность или тяжесть заболевания

• Китайские травяные средства (сборы трав): доказательств в пользу применения таких средств не получено.

• применение назальных спреев солевых растворов или орошения носовой полости имеют небольшие преимущества при облегчении симптомов у взрослых. солевые промывания являются безопасными и могут сократить нетрудоспособный период, но у менее, чем половины пациентов этот метод может вызвать незначительные неприятные эффекты, такие как сухость в носу или раздражение.

• нет достаточного количества доказательств, подтверждающих эффективность паровых ингаляций при простуде

• Мед оказывает небольшое целебное воздействие на ночной кашель и для детей старше одного года не представляет вреда. учитывая относительную безопасность и невысокую цену меда, воз и американская ассоциация педиатрии предлагают его в качестве потенциального лечения при инфекциях верхних дыхательных путей у детей младшего возраста старше одного года (в дозировке от 2,5 до 5 мл по необходимости). Мед следует избегать назначать детям в возрасте младше одного года из-за риска заражения ботулизмом

Показания для госпитализации

• тяжелые осложнения (тяжелая пневмония, тяжелое обострение астмы/хобл и т.д.)

Профилактика:

 • мытье рук.

• регулярные умеренные физические нагрузки снижают риск заболевания овивдп.

• витамин с не снижает заболеваемость простудой среди общего населения, однако уменьшает длительность (на 8% у взрослых; 13% у детей) и тяжесть простуды

Приложение № 3

Использование безрецептурных лекарственных средств для лечения ОРВИ:

Что такое безрецептурные лекарственные средства? - Безрецептурные лекарственные средства продаются в аптечном или торговом учреждении без рецепта врача. Имеется масса безрецептурных средств для лечения симптомов орви, таких как насморк, заложенность носа, боль в горле, головная боль или кашель. То, что эти средства легко доступны, не означает, что они всегда помогают или безопасны. самым лучшим средством лечения орви, остается отдых и прием жидкости. Не следует давать препараты от кашля и простуды детям до 6 лет без предварительной консультации у вашего врача. исключение составляют только жаропонижающие препараты (такие как, ибупрофен и парацетамол).

Должен(а) ли я использовать безрецептурные средства, когда у моего ребенка ОРВИ? Когда ваш ребенок болен, вы хотите, чтобы он чувствовал себя лучше. многие родители обращаются к безрецептурным средствам от кашля и простуды. За исключением болеутоляющих и жаропонижающих препаратов нет доказательств, что безрецептурные препараты эффективны. напротив, некоторые побочные эффекты этих препаратов могут ухудшить состояние вашего ребенка. кроме того, есть риск передозировки препаратов, например, вы даете ребенку парацетамол дополнительно к сиропу от кашля, который уже содержит парацетамол. Никогда не используйте более одного препарата одновременно, за исключением, когда этот препарат рекомендован врачом.

Ключевые моменты:

• не следует давать препараты от кашля и простуды младенцам и детям до 6 лет без предварительной консультации у вашего врача.

• самым лучшим средством лечения орви, остается отдых и прием жидкости.

• никогда не используйте более одного препарата одновременно, за исключением, когда этот препарат рекомендован врачом.

• “натуральные” не всегда означает безопасные.

Наиболее распространенные безрецептурные лекарственные средства:

 Сиропы от кашля кашель изматывает, если ребенок ночью не может заснуть из-за кашля. но с другой стороны, кашель – это полезная, защитная реакция организма. кашель указывает на очищение организма от слизи, вызывающей раздражение дыхательных путей. Сиропы от кашля, которые подавляют эту нормальную реакцию организма, могут принести вред ребенку. Многие безрецептурные средства от кашля и простуды содержат препараты, которые заглушают кашель. Большинство исследований по этим препаратам проводились среди взрослых. Те немногочисленные исследования, которые проводились среди детей, указывают на отсутствие пользы от этих препаратов.

Противоотечные средства от заложенности носа средства от заложенности носа для приема внутрь (таблетки или сиропы, принимаемые через рот) – это лекарства из той же группы, что и адреналин (гормон, действующий на кровеносные сосуды). Их принимают для уменьшения отечности и заложенности носа, обусловленных орви. Средства от заложенности могут несколько уменьшить симптомы заложенности, но они не устраняют причину и могут вызывать учащенное сердцебиение, беспокойство или бессонницу у детей. Антигистаминные препараты антигистаминные препараты (например, супрастин, димедрол, тавегил и др.) обычно используются для устранения ринореи (водянистые выделения из носа) и уменьшения чихания, обусловленного аллергией. их часто назначают с другими препаратами, например, парацетамол или средства от заложенности носа, чтобы уменьшить разнообразие общих симптомов. лечение только антигистаминными препаратами не помогает при орви. В сочетании со средствами от заложенности носа они могут вызывать некоторое облегчение симптомов орви у взрослых, но их нельзя давать детям. Капли или спреи для носа капли и спреи для носа, содержащие раствор натрия хлорида (слабо-солевой водный раствор), могут использоваться для размягчения слизи в полости носа, чтобы облегчить ребенку дыхание через нос. Не используйте капли и спреи для носа, содержащие лекарственные препараты, для детей младше 4-х лет. Болеутоляющие и жаропонижающие средства наиболее распространенные жаропонижающие средства, отпускаемые без рецепта врача, – это ацетилсалициловая кислота, парацетамол и ибупрофен. Препараты, содержащие ацетилсалициловую кислоту (например, аспирин) нельзя давать детям и подросткам для снижения температуры при орви, ветряной оспе и гриппе, Поскольку аспирин вызывает развитие синдрома рея – заболевания, сопровождающегося поражением мозга и печени. Для снижения температуры тела и при слабых и умеренных болях у детей, вам нужно использовать парацетамол или ибупрофен. они имеются в жидкой форме (в форме суспензии) для детей. обратитесь к врачу, если у вашего ребенка (младше 6 месяцев) высокая температура. Ибупрофен можно давать лишь в том случае, если ваш ребенок пьет жидкости достаточно хорошо. Не давайте ибупрофен детям младше 6 месяцев без предварительной консультации у вашего врача. Не используйте ибупрофен или парацетамол одновременно с любым другим болеутоляющим или жаропонижающим препаратом, за исключением, когда этот препарат рекомендован вашим врачом. Помните, что некоторые препараты для лечения орви, содержатся в составе других препаратов. если ваш ребенок отказывается глотать таблетку, попробуйте использовать парацетамол в виде ректальных свечей (лекарственная форма, вводимая ректально). помните, что нужно давать препарат только одним способом. Убедитесь, что вы внимательно прочитали этикетку препарата, узнали состав препарата, и не даете ребенку двойную дозу одного и того же препарата. Натуральные лечебные средства “натуральные” не всегда означает безопасные. некоторые вещества могут быть вредными, если вы принимаете их в большом количестве, в то время как другие могут вызвать побочные эффекты или аллергические реакции. даже если лечебное средство является безопасным для взрослых, оно может быть небезопасным для детей. Дети растут и развиваются, и их организм может по-другому реагировать на лекарственные препараты, чем организм взрослых. натуральные лечебные средства могут взаимодействовать с другими лекарствами, в том числе с безрецептурными препаратами. проконсультируйтесь с вашим детским врачом, прежде чем давать ребенку натуральные лечебные средства.

**Ситуационные задачи**

**Тема: «Стратегия и тактика ведения больных с заболеваниями органов дыхания в амбулаторных условиях»**

**Задача №1**

 Амбулаторный прием. Пациентка И.А.Ж-ева, секретарь, 35 лет. Жалобы на кашель с трудноотделяемой мокротой желто-зеленого цвета, повышение Т тела до 37,8, одышку при физических нагрузках, превышающих обычные.

Из анамнеза: лечилась по листку нетрудоспособности у участкового терапевта по поводу ОРЗ в течение 7 дней (с 26.01.07 по сегодняшний день, последний рабочий день 25.01.07). При начале заболевания беспокоили кашель без мокроты, насморк, повышение Т тела до 38,2. На 4-й день отмечалось улучшение самочувствия, значительное снижение Т тела (до 37 oC). Дальнейшее ухудшение на 6 день заболевания (вчера) – усилился кашель, стала в небольшом количестве отделяться мокрота желто-зеленого цвета, вновь повысилась Т тела до 37,8, стала отмечать появление одышки. Проведено обследование:

анализ крови 29.01.07: гемоглобин 130 г/л, лей. 5\*109/л, эоз. 1%, пал 6%, сегм. 62%, лимф. 20%, мон. 10%, баз 1%

Из перенесенных заболеваний отмечает эпизодические ОРЗ. Аллергий нет. Не курит. На диспансерном учете не состоит.

Объективно: Кожные покровы обычной окраски и влажности. Температура тела на приеме 37,6. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Щитовидная железа не увеличена. Уплотнений в молочных железах нет. Суставы не изменены. Язык обложен белым налетом. Зубы без патологических изменений. Зев без особенностей. Миндалины не изменены. Перкуторно над всей поверхностью легких ясный звук. Дыхание жесткое, равномерно проводится во всех отделах грудной клетки, сухие жужжащие и гудящие рассеянные хрипы. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ясные, шумов нет. Пульс 100 в минуту, ритмичный, хорошего наполнения и напряжения. АД 110/70 мм. рт. ст. на обеих руках. Живот мягкий, не вздут, безболезненный. Нижний край печени под краем реберной дуги, ровный, острый, умеренно эластичный. Отеков нет. Стул, мочеиспускание без особенностей.

**Оцените ситуацию по учебному алгоритму приёма амбулаторного больного, примите соответствующие решения и заполните учебную амбулаторную карту по предложенной в алгоритме схеме.**

Шаблоны ответов для ситуационных задач по теме **«Стратегия и тактика ведения больных с заболеваниями органов дыхания в амбулаторных условиях»**

|  |
| --- |
| ОСМОТР ТЕРАПЕВТА (заболевания органов дыхания, задача 1) |
| Дата | 02.09.19 | ВН | 8 дней | Жалобы | на кашель с трудноотделяемой мокротой желто-зеленого цвета, повышение Т тела до 37,8, |
| одышку при физических нагрузках, превышающих обычные. |
|  |
|  |
| Анамнез: | лечилась по листку нетрудоспособности у участкового терапевта по поводу ОРЗ в течение 7 дней (с 26.01.07, последний рабочий день |
| 25.01.07). При начале заболевания беспокоили кашель без мокроты, насморк, повышение Т тела до 38,2. На 4-й день отмечалось улучшение |
| самочувствия, значительное снижение Т тела (до 37 oC). Дальнейшее ухудшение на 6 день заболевания (вчера) – усилился кашель, стала в небольшом |
| количестве отделяться мокрота желто-зеленого цвета, вновь повысилась Т тела до 37,8, стала отмечать появление одышки. |
|  |
| Общее состояние: |  |
| Кожные покровы: | обычные | Т=37,6 | Лимфатические узлы: | не пальпируются | Щитовидная железа: | не увеличена |
| Молочные железы: | уплотнений нет | Суставы | не | изменены |  |
| Зев: чистый, гиперемированный |  | Состояние зубов | Без патологических изменений |
| Миндалины: обычные, рыхлые, увеличенные, уменьшенные |  |
| Притупление перкуторного звука над легкими в области | Нет. Над всей поверхностью ясный звук. |
| В легких: дыхание ~~везикулярное~~ | жесткое, проводится равномерно | Хрипы: | Сухие гудящие и жужжащие рассеянные |
| Тоны сердца: ясные, приглушенные (I,II), акцент II тона на аорте; шум систолический | Нет |
| диастолический | Нет | , | III и IV тоны на верхушке. | Пульс | 100 | уд.вмин |
| Ритмичный, аритмичный, наполнения и напряжения малого, удовлетворительного, хорошего, напряжен |  |
| АДD | 110/70 | АДS | 110/70 | Язык: чистый, влажный, обложен | белым налетом | налетом. Живот мягкий | не | вздут; | без |
| болезненный |  | Печень | не | увеличена |  | , | край | ровный, острый, эластичный |
| уплотненный |  | , |  | болезненный | Стул: нормальный, неустойчивый |  |
| Мочеиспускание: нормальное, болезненное, учащенное | Отеков нет |
| Дополнительные данные (в т.ч. проведенное ранее обследование) | анализ крови 29.01.07: гемоглобин 130 г/л, лей. 5\*109/л, |
| эоз. 1%, пал 6%, сегм. 62%, лимф. 20%, мон. 10%, баз 1% |
|  |
| Диагноз | Острый бронхит |
| Осл. ДН I |
|  |
|  |
| Группа «Д» наблюдения (Д1,Д2,Д3) | Нет |
| **Назначения** | **Обследование** |
| 1. Ацетилцистеин 200 мг. 3 раза в сутки внутрь | Основные мероприятия |  |
| 2. Мидекамицин 400 мг. 3 раза в день 7 дней | 1.анализ крови: исследование уровня лейкоцитов в крови, подсчет  |
|  | лейкоцитарной формулы, исследование скорости оседания эритроцитов |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | Дополнительные мероприятия (указать показания) |  |
|  | 1.рентгенография лёгких – одышка |
|  | 2.ФВД – одышка |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| ~~Госпитализация (экстренная, плановая) в стационар круглосуточного, дневного пребывания, направление к специалисту~~ | Не требуется |
| Показания |  |
|  |
| Л/Н№\* |  | Срок (даты продолжительность) | На 4 дня, с 03.02.07 по 06.02.07 |
| Активное посещение (дата) |  | Повторная явка (дата) | 06.02.07 |
| Врач |  |

План дальнейшего ведения пациента

|  |  |
| --- | --- |
| Планируемое дальнейшее обследование: |  |
|  |
| Основные мероприятия | Периодические (1 раз в 3-4 дня) осмотры лечащего врача, периодическая термометрия |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Дополнительные мероприятия (указать показания) | Контроль анализа крови: исследование уровня лейкоцитов в крови, подсчет  |
| лейкоцитарной формулы, исследование скорости оседания эритроцитов – при длительном сохранении симптомов интоксикации, с целью контроля  |
| динамики показателей предшествующего анализа крови, если там были изменения, затяжном течении заболевания |
|  |
|  |
| Планируемое дальнейшее лечение (перечислить медикаментозные и иные воздействия): |
| Ацетилцистеин, мидекамицин в течение 7 дней, при недостаточной эффективности лечения, затяжном течении заболевания – госпитализация в дневной,  |
| а при выраженном интоксикационном синдроме и синдроме дыхвательной недостаточности – в круглосуточный стационар |
|  |
|  |
| Группа диспансерного наблюдения | Д1 | План диспансерного наблюдения или профилактических мероприятий: |
| **Диспансерные осмотры –** март, май, август 2007 г. |
| **Осмотры врачей** – терапевт; ЛОР, стоматолог |
| **Обследование** - анализ крови клинический - март, август, флюорография, ФВД, общий анализ мокроты (при наличии) – август |
| **Рекомендации** – не переохлаждаться, прием поливитаминов, утренняя гимнастика, сауна, направление в санаторий-профилакторий. |
| Профилактика ОРВИ (вакцинация за 1 мес. до предполагаемой эпидемии гриппа). Консультация гинеколога после выздоровления. |
| Санаторно-курортное лечение: | направление в санаторий-профилакторий после выздоровления |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Планируемый срок временной нетрудоспособности | до 14 дней |
| Трудовой прогноз – благоприятный, неблагоприятный, сомнительный, неопределенный |
|  |

Шаблоны для ситуационных задач по теме **«Стратегия и тактика ведения больных с заболеваниями органов дыхания в амбулаторных условиях»**

|  |
| --- |
| ОСМОТР ТЕРАПЕВТА (заболевания органов дыхания, задача 1) |
| Дата |  | ВН |  | Жалобы |  |
|  |
|  |
|  |
| Анамнез: |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Общее состояние: |  |
| Кожные покровы: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Т= | Лимфатические узлы: |  | Щитовидная железа: |  |
| Молочные железы: |  | Суставы |  |  |  |
| Зев:  |  | Состояние зубов |  |
| Миндалины: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Перкуторно:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| В легких: дыхание везикулярное |  | Хрипы: |  |
| Тоны сердца: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; шум систолический |  |
| диастолический |  | , | III и IV тоны на верхушке. | Пульс |  | уд.вмин |
| Ритмичный, аритмичный, наполнения и напряжения малого, удовлетворительного, хорошего, напряжен |  |
| АДD |  | АДS |  | Язык: чистый, влажный, обложен | белым налетом | налетом. Живот мягкий |  | вздут; |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Печень |  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | , | край | ровный, острый, эластичный |
| уплотненный |  | , |  | болезненный | Стул: нормальный, неустойчивый |  |
| Мочеиспускание: нормальное, болезненное, учащенное |  |
| Дополнительные данные (в т.ч. проведенное ранее обследование) |  |
|  |
|  |
| Диагноз |  |
| Осл.  |
|  |
|  |
| Группа «Д» наблюдения (Д1,Д2,Д3) |  |
| **Назначения** | **Обследование** |
|  | Основные мероприятия |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | Дополнительные мероприятия (указать показания) |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Госпитализация (экстренная, плановая) в стационар круглосуточного, дневного пребывания, направление к специалисту |  |
| Показания |  |
|  |
| Л/Н№\* |  | Срок (даты продолжительность) |  |
| Активное посещение (дата) |  | Повторная явка (дата) |  |
| Врач |  |

План дальнейшего ведения пациента

|  |  |
| --- | --- |
| Планируемое дальнейшее обследование: |  |
|  |
| Основные мероприятия |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Дополнительные мероприятия (указать показания) |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Планируемое дальнейшее лечение (перечислить медикаментозные и иные воздействия): |
|   |
|  |
|  |
|  |
| Группа диспансерного наблюдения | Д1 | План диспансерного наблюдения или профилактических мероприятий: |
| **Диспансерные осмотры –**  |
| **Осмотры врачей** –  |
| **Обследование** -  |
| **Рекомендации** –  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Планируемый срок временной нетрудоспособности |  |
| Трудовой прогноз – благоприятный, неблагоприятный, сомнительный, неопределенный |
|  |