

***БУ ВО «Сургутский Государственный университет»
Медицинский институт
Кафедра кардиологии***

***доцент, к.м.н.
Корнеева Елена Викторовна***

Лихорадка и субфебрилитет

**«Лихорадка полезна, как полезен огонь, когда он согревает, а не обжигает»
Ф. Висмонт**

После того как в 1868 г. немецкий клиницист С.Р.А. Wunderlich указал на значение измерения температуры тела, термометрия стала одним из немногих простых методов объективизации и количественной оценки заболевания.

Температура тела - это баланс между образованием тепла в организме (в результате обменных процессов) и отдачей тепла через поверхность тела, особенно через кожу (90-95%), а также через легкие, с фекалиями и мочой.





Термометрия обычно производится в предварительно насухо вытертой подмышечной впадине в течение 5-10 мин не менее 2 раз в сутки в 7 и в 17 ч (норма - 36-37°C).

При необходимости измерение температуры тела производят каждые 1-3 ч в течение суток.

Температуру также можно измерить в паховой складке, в полости рта (норма - 37,2°C), ректально (норма - 37,7°C).

При **повышении** температуры тела наблюдается преимущественное возбуждение симпатической нервной системы (**эрготропная перестройка**), а **при ее снижении** - парасимпатической нервной системы (**трофотропная перестройка**).

Отклонение в ЧСС по отношению к температуре используют в качестве вспомогательного диагностического признака.

При нормальном их соответствии повышение температуры на 1°C сопровождается учащением ЧСС на 10-12 ударов в мин (правило Либермейстера).

Следует различать следующие степени повышения температуры тела:

Субнормальная

(наблюдается у стариков и резко ослабленных людей) - 35-36°C

Нормальная

36-37°C

Субфебрильная

37-38°C

Умеренно повышенная

38-39°C

Высокая

39-40°C

Чрезмерно высокая

выше 40°C, к которой относится, в частности, гиперпиретическая (выше 41°C), являющаяся неблагоприятным прогностическим признаком.



**Высокая температура тела +
низкая
ЧСС
(относительная
брадикардия)**

**Сальмонеллез,
хламидиоз,
риккетсиоз**

**Лекарственная
лихорадка**

Симуляция

Повышение температуры тела изолированно или в сочетании с другими признаками (общее недомогание, кашель, болевой синдром различной локализации, высыпания на теле, артралгии и др.) является самым частым поводом для обращения в поликлинику или вызова врача на дом.



За последние 10 лет в структуре общей заболеваемости населения Российской Федерации на 19,3% увеличилась доля инфекционных и паразитарных болезней, которые сопровождаются лихорадкой.

Так, на долю инфекционных заболеваний приходится 60%, на долю неинфекционных - 40%, из них терапевтическая патология составляет 30%.

Лихорадка - это повышение температуры тела выше 38°C в результате воздействия пирогенных раздражителей, сопровождающееся нарушением деятельности всех систем организма.

В зависимости от суточных колебаний температуры тела различают **6 типов лихорадки.**

Постоянная (*febris continua*) - суточные колебания не превышают 1°C; характерна для брюшного тифа, сальмонеллеза, иерсиниоза, пневмонии.

Послабляющая, или ремитирующая (*febris remittens*) - суточные колебания температуры составляют от 1°C до 2°C, но температура тела не достигает нормы; характерна при гнойных заболеваниях, бронхопневмонии, туберкулезе.

Перемежающаяся, или интермиттирующая (*febris intermitteps*) - периоды повышения температуры правильно чередуются с периодами нормы; типична для малярии.

Истошающая, или гектическая (*febris hectica*) - суточные колебания составляют 2-4°C и сопровождаются изнуряющим потом; имеет место при тяжелом течении туберкулеза, сепсисе, гнойных заболеваниях.

Обратный тип, или извращенная (*febris inversus*) - когда утренняя температура тела выше вечерней; наблюдается при туберкулезе, септических состояниях.

Неправильная (*febris irregularis*) - неправильные разнообразные суточные колебания температурной кривой без какой-либо закономерности; возникает при многих заболеваниях, таких как грипп, плеврит и т.п.

Кроме того, по характеру температурной кривой различают **2 формы лихорадки.**

Возвратная (*febris recurrens*) - отличается правильной сменой высоколихорадочных до 39-40°C и без лихорадочных периодов продолжительностью до 2-7 сут, типична при возвратном тифе.

Волнообразная (*febris undulans*) - характерно постепенное нарастание температуры до высоких цифр и постепенное снижение до субфебрильных или нормальных цифр; возникает при бруцеллезе, лимфогранулематозе.

По продолжительности лихорадку подразделяют следующим образом.

Молниеносная - от нескольких часов до 2 сут.

Острая - от 2 до 15 сут.

Подострая - от 15 сут до 1,5 мес.

Хроническая - свыше 1,5 мес.

Течение лихорадки

Стадия нарастания температуры

Стадия максимального подъема

Стадия снижения температуры, в течение которой возможны 2 варианта:

критическое падение температуры тела (кризис) - быстрое снижение температуры в течение нескольких часов (при тяжелой пневмонии, малярии);

литическое падение (лизис) - постепенное снижение температуры в течение нескольких дней (при брюшном тифе, скарлатине, благоприятном течении пневмонии).

Гипертермия

Обусловлено:

- нормальной реактивностью,
- физиологическими процессами (физическая нагрузка, переедание, эмоционально-умственное напряжение),
- тепловым ударом,
- тиреотоксикозом,
- климактерическими «приливами»,
- отравлением некоторыми ядами,
- при использовании лекарственных препаратов (кофеин, эфедрин, гипосмолярные растворы).

Пирогены

```
graph TD; A[Пирогены] --> B(первичные); A --> C(вторичные); B --> D[этиологические факторы]; C --> E[патогенетические факторы];
```

The diagram is a hierarchical flowchart. At the top is the title 'Пирогены' in red. Two red arrows point down from the title to two blue ovals: 'первичные' on the left and 'вторичные' on the right. From each oval, a red arrow points down to a green rounded rectangle. The left rectangle contains the text 'этиологические факторы' and the right one contains 'патогенетические факторы'.

первичные

вторичные

этиологические факторы

патогенетические факторы

Пирогены

- Они могут попадать в организм извне - **экзогенные** (инфекционные и неинфекционные) или образовываться внутри него - **эндогенные** (клеточно-тканевые).
- Все пирогенные вещества представляют собой биологически активные структуры, способные вызвать перестройку уровня регуляции температурного гомеостаза, при ведущего к развитию лихорадки.

Первичные пирогены

- эндотоксины клеточных мембран (липополисахариды, белковые вещества) различных грамположительных и грамотрицательных бактерий,
- разные антигены микробного и немикробного происхождения,
- экзотоксины, выделяемые микроорганизмами.

Они могут образовываться при механическом повреждении ткани организма (ушибах), некрозе, например при инфаркте миокарда, асептическом воспалении, гемолизе и лишь инициируют лихорадку.

**первичные
пирогены**

**эндогенные
пирогены -
ЦИТОКИНЫ**

(интерлейкины,
фактор некроза
опухоли, интерферон)

**продукты,
выделяемые микробами
и грибами, клетки организма
при воспалении,
распаде, инфицировании**

Под действием эндогенных пирогенов активируются фосфолипазы, в результате чего синтезируется арахидоновая кислота.

Образующиеся из нее простагландины E2 (P_gE2) повышают температурную установку гипоталамуса, действуя через циклический -3',5'-аденозинмонофосфат (цАМФ).

***Жаропонижающее действие
нестероидных
противовоспалительных
препаратов обусловлено
подавлением активности
циклооксигеназы и угнетением
синтеза простагландинов.***

В целом влияние температуры стимулируют иммунный ответ со стороны лимфоцитов - Т-хелперов 1-го типа (Th-1), необходимый для адекватной продукции иммуноглобулинов класса G (IgG), антител и клеток иммунной памяти.

Многие бактерии и вирусы частично или полностью утрачивают способность к размножению при повышении температуры тела.

Однако с повышением температуры тела до 40°C и выше защитная функция лихорадки исчезает и возникает обратный эффект:

повышается интенсивность метаболизма, потребление кислорода и выделение CO₂, усиливается потеря жидкости, создается дополнительная нагрузка на сердце и легкие.

В соответствии с МКБ-10 имеет код R50 и включает в себя:

- лихорадку с ознобом, окоченением;
- устойчивую лихорадку;
- лихорадку неустойчивую.

Лихорадка неясного происхождения - это неоднократные подъемы температуры тела выше 38,3°C на протяжении более 3 недель, если их причина остается неясной после недельного обследования в стационаре.

Категории лихорадки

Классическая лихорадка	лихорадка неясного происхождения	3-дневное обследование в стационаре, или 3 визита к врачу, или интенсивное амбулаторное обследование 1 неделю
Больничная лихорадка	На момент госпитализации и признаки инфекции отсутствуют, а в стационаре температура тела поднимается выше 38,3°C	3-дневное обследование, причем 2 сут отводятся на инкубацию посевов.

Категории лихорадки

<p>Лихорадка при нейтропении</p>	<p>При количестве нейтрофилов менее 500 мкл лихорадку неизвестного происхождения связывают с нейтропенией</p>	<p>3-дневное обследование, с учетом 2 сут инкубации посевов</p>
<p>Лихорадка при ВИЧ-инфекции</p>		<p>4-недели обследования или 3 сут обследования в стационаре, включая 2 сут инкубации посева</p>

Субфебрилитет

Это повышение температуры тела до 38°C.

Хронический субфебрилитет - это «беспричинное» повышение температуры тела длительностью более 2 недель и часто являющееся единственной жалобой больного.

Выделяют низкий субфебрилитет (до 37,1°C) и высокий (до 38,0°C).

Инфекционно-воспалительный субфебрилитет

1. Малосимптомные (асимптомные) очаги хронической инфекции:

- тонзиллогенные;
- одонтогенные;
- отогенные;
- локализованные в носоглотке;
- урогенитальные;
- локализованные в желчном пузыре;
- бронхогенные; эндокардиальные и др.

Инфекционно-воспалительный субфебрилитет

2. Трудновыявляемые формы туберкулеза:

- в мезентериальных лимфоузлах;
- в бронхопульмональных лимфоузлах;
- другие внелегочные формы туберкулеза (урогенитальные, костные).

Инфекционно-воспалительный субфебрилитет

3. Трудно выявляемые формы более редких, специфических инфекций:

- некоторые формы бруцеллеза;
- некоторые формы токсоплазмоза;
- некоторые формы инфекционного мононуклеоза, в том числе формы, протекающие с гранулематозным гепатитом.

Субфебрилитет патоиммуновоспалительной природы

имеет место при заболеваниях, временно манифестирующих только субфебрилитетом с четким патоиммунным компонентом патогенеза:

1. хронический гепатит любой природы;
2. воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит (НЯК), болезнь Крона);
3. системные заболевания соединительной ткани;
4. ювенильная форма ревматоидного артрита, болезнь Бехтерева.

Субфебрилитет как паранеопластическая реакция

- на лимфогранулематоз и другие лимфомы;
- на злокачественные новообразования любой неустановленной локализации (почки, кишечник, гениталии и др.).

Субфебрилитет неинфекционного происхождения

- нейроциркуляторная дистония (НЦД);
- термоневроз постинфекционный;
- гипоталамический синдром с нарушением терморегуляции;
- гипертиреоз;
- при хронических железодефицитных анемиях, В12-дефицитной анемии;

Субфебрилитет неинфекционного происхождения

- при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки;
- субфебрилитет при глистных инвазиях и паразитарных заболеваниях;
- ложный субфебрилитет: случаи симуляции у больных с истерией, психопатией.

для выявления последних следует обращать внимание на несоответствие температуры тела и частоты пульса, характерна нормальная ректальная температура.

Физиологический субфебрилитет

- предменструальный;
- климактерический
- конституционный.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЛИХОРАДОЧНЫХ СОСТОЯНИЙ

Спектр этих заболеваний достаточно обширен и включает болезни, относящиеся к компетенции терапевта, инфекциониста, хирурга, онколога, гинеколога и других специалистов, однако, прежде всего данные больные обращаются к участковому терапевту.

С этой целью рекомендуют больному в течение I-й недели измерение температуры через 3 ч с ночным перерывом, у женщин - с учетом менструального цикла.

В случаях, вызывающих подозрение в симуляции, целесообразно измерять температуру тела больного в присутствии медицинского персонала в обеих подмышечных впадинах, с одновременным подсчетом ЧСС и частоты дыхательных движений (ЧМ) грудной клетки.

*Вопросы, которые необходимо уточнить у
больного с субфебрилитетом, собирая
анамнез:*

- 1. Какая величина температуры тела?*
- 2. Сопровождалось ли повышение температуры тела симптомами интоксикации?*
- 3. Длительность повышения температуры тела.*
- 4. Эпидемиологический анамнез: окружение пациента, контакт с инфекционными больными; пребывание за границей, возвращение из путешествий; время эпидемий и вспышек вирусных инфекций; контакты с животными.*
- 5. Любимые увлечения.*
- 6. Фоновые заболевания.*
- 7. Оперативные вмешательства.*
- 8. Предшествующий прием медикаментов.*

Затем внимательно проводят физикальное обследование.

Выполняются общий осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, исследование органов и систем.

Наличие сыпи часто является маркером инфекционных болезней, что требует наиболее быстрой реакции терапевта.

Локализация и характер сыпи	День появления	Клиническая картина	Заболевание
<p>Сливная эритема с шелушением распространенная, бледнеющая при надавливании эритема, которая начинается на лице и распространяется на туловище и конечности. Характерная бледность носогубного треугольника. Кожа на ощупь напоминает «наждачную бумагу»</p>	<p>1-2-й дни</p>	<p>Анемия. Головная боль. Язык сначала покрыт белым налетом, затем становится красным. На 2-й нед заболевания - шелушение</p>	<p>Скарлатина</p>
<p>Начинается с волосистой части головы, лицо, грудь, спина. Мелкопапулезная, затем везикулопапулезная. Все элементы могут быть одновременно</p>	<p>1-2-й дни</p>	<p>Зуд</p>	<p>Ветряная оспа</p>

Локализация и характер сыпи	День	Клиническая картина	Заболевание
	появления		
<p>Пятнисто-папулезная сыпь, преимущественно с локализацией на лице, шее, спине, ягодицах, конечностях. Сыпь быстро исчезает (симптом Форхгеймера)</p>	<p>1-2-й дни</p>	<p>Распространенная лимфаденопатия Артрит</p>	<p>Краснуха</p>
<p>Пятнисто-папулезная, слегка возвышающаяся. Сыпь распространяется вниз от линии роста волос на голове, далее на лицо, грудь, туловище, конечности</p>	<p>2-й день с подсыпаниями до 6-го дня</p>	<p>Пятна Бельско-го-Филатова-Коплика на слизистой оболочке щек. Конъюнктивит. Катаральные явления. Слабость</p>	<p>Корь</p>

<p>Мелко-папулезный (кореподобный) характер сыпи: мелкопятнистая, розеолезная, папулезная петехиальная. Элементы сыпи держатся 1-3 дня и бесследно исчезают.</p>	<p>3-5-й дни</p>	<p>Лимфаденопатия. Фарингит. Гепатоспленомегалия</p>	<p>Инфекционный мононуклеоз</p>
<p>Сыпь розеолезная, быстро переходящая в петехиальную. Пестрый характер подсыпаний – тип звездного неба». Начинается на боковых поверхностях туловища, затем на сгибаемых поверхностях конечностей, редко - на лице</p>	<p>5-й день</p>	<p>Интоксикация. Спленомегалия. «Кроличьи» глаза</p>	<p>Сыпной тиф</p>
<p>Розовые пятна и папулы диаметром 4 мм, бледнеющие при надавливании. В первую очередь появляющиеся на животе, груди</p>	<p>8-9-й дни</p>	<p>Головная боль. Миалгия. Боль в животе. Гепатоспленомегалия. Брадикардия. Бледность. Утолщенный, с налетом язык, ярко- красный по краям</p>	<p>Брюшной тиф. Паратиф</p>

Консультация специалиста в этих случаях является обязательной.

Также при осмотре имеет значение состояние глоточных миндалин.

Дифференциальная диагностика поражений миндалин у лихорадящих больных

Характер изменений миндалин	Диагноз	Проводимые мероприятия
Увеличены, гиперемированы, налетов нет	Катаральная ангина	Контроль несколько дней. Исключить лакунарную и фолликулярную ангину
Увеличены, гиперемированы, на их поверхности серо-белые пятнышки - набухшие фолликулы	Фолликулярная ангина. Аденовирусная инфекция (если сочетается с характерной зернистостью задней стенки глотки)	Консультация отоларинголога

<p>Увеличены, гиперемированы, в лакунах - налеты, легко снимаются шпателем</p>	<p>Лакунарная ангина</p>	<p>Консультация отоларинголога</p>
<p>Налеты беловатые, распространяющиеся на язычок, заднюю стенку глотки, трудно соскабливаются, после их удаления кровоточащие поверхности, неприятный сладковатый запах</p>	<p>Дифтерия</p>	<p>Мазок из зева на возбудителя. Госпитализация в инфекционное отделение лечебно-профилактического учреждения</p>

<p>На измененных миндалинах налеты, но легко снимаются</p>	<p>Скарлатина</p>	<p>Введение антитоксической противоскарлатинозной сыворотки. Антибиотикотерапия. Госпитализация в инфекционное отделение лечебно-профилактического учреждения</p>
<p>Увеличены, с желтоватым налетом</p>	<p>Инфекционный мононуклеоз</p>	<p>С конца I-й нед положительная реакция Пауля-Буннеля. Госпитализация в инфекционное отделение лечебно-профилактического учреждения</p>
<p>Изъязвления имеют грязный налет</p>	<p>Появление первичного аффекта при сифилисе</p>	<p>Консультация отоларинголога. Направление в кожно-венерологический диспансер. Мазок из зева. Кровь на RW</p>
<p>Изъязвления</p>	<p>Острый лейкоз</p>	<p>Обязательно клинический анализ крови</p>

При впервые выявленных изменениях миндалин обязательно исследование на бациллу Леффлера (мазок из носа и слизистой зева).

Суставы - распухание и болезненность (бурситы, артриты, остеомиелит).

Молочные железы - пальпаторное выявление опухоли, болезненности, выделений из сосков.

Легкие - выслушиваются влажные хрипы (возможны при пневмонии), ослабление дыхания (плеврит).

Сердце - шумы при аускультации (возможны бактериальный эндокардит, миокардит, миксома предсердия).

Живот - имеет значение выявление при пальпации увеличения органов брюшной полости, болезненности, обнаружение опухолевидных образований.

Урогенитальная зона: у женщин - патологические выщеления из шейки матки; у мужчин - выделения из уретры.

Прямая кишка - патологические примеси в стуле, дополнительные образования, наличие крови при пальцевом исследовании.

При неврологическом исследовании могут обнаруживаться признаки инфекции центральной нервной системы (ЦНС).

**Лабораторные и
инструментальные
исследования при
лихорадочных состояниях**

Лабораторные и инструментальные исследования при лихорадочных состояниях

Обязательные исследования	Дополнительные исследования		
Общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы	Серологические реакции на вирусные гепатиты	Рентгенография придаточных пазух носа	Биопсия кожи

Обязательные исследования	Дополнительные исследования		
Биохимические показатели функций печени и почек	Серологические реакции на инфекции, вызванные вирусом Эпштейн-Барра	Компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга	Биопсия печени
Посев крови (3-кратный)	Определение антинуклеарных антител (АНА)	Эхокардиография (ЭхоКГ)	Трепанобиопсия подвздошной кости

Обязательные исследования	Дополнительные исследования		
Серологические реакции на сифилис	Определение ревматоидного фактора, LE клеток, С-реактивного белка	Допплеровское исследование вен нижних конечностей	Биопсия лимфоузлов
Электрофорез сывороточных белков	Серологические реакции на инфекции, вызванные вирусом ЦМП	Вентиляционно-перфузионная сцинтиграфия легких	Люмбальная пункция

Обязательные исследования	Дополнительные исследования		
Внутрикожная проба Манту	Серологические реакции на инфекции, вызванные ВИЧ	Рентгеноконтрастное исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и ирригоскопия	Диагностическая лапароскопия
Флюорография органов грудной клетки Электрокардиограмма (ЭКГ) Общий анализ мочи Замораживание образца сыворотки	Серологические реакции Райта-Хеддльсона	КТ и МРТ брюшной полости и малого таза Экскреторная урография Обзорная рентгенография и сцинтиграфия костей	Исследование перикардального, плеврального, суставного выпота, асцитической жидкости

Лекарственная болезнь

Иногда синдром субфебрилитета связан с медикаментозным влиянием.

- *антимикробные препараты* (пенициллины, цефалоспорины, тетрациклины, сульфаниламиды, нитрофураны, изониазид, пиразинамид, амфотерицин-В, эритромицин, норфлоксацин);
- *сердечно-сосудистые препараты* (а-метилдопа, хинидин, прокаинамид, каптоприл, гепарин, нифедипин);

Лекарственная болезнь

- *желудочно-кишечные средства* (циметидин, слабительные, содержащие фенолфталеин);
- - *препараты, действующие на ЦНС* (фенобарбитал, карбамазепин, галоперидол);
- - *нестероидные противовоспалительные препараты* (ацетилсалициловая кислота, толметин);
- - *цитостатики* (блеомицин, аспаргиназа, прокарбазин);
- - *другие препараты* (антигистаминные, левамизол, йодистые и т.д.).

Лекарственная болезнь

- Интоксикация обычно не выражена.
- Характерна хорошая переносимость даже высокой лихорадки.
- На коже появляются аллергические высыпания.
- В общеклиническом анализе крови выявляются лейкоцитоз, эозинофилия, ускоренная СОЭ, в биохимическом - диспротеинемия.
- Наиболее убедительное доказательство лекарственного генеза лихорадки - быстрая (обычно до 48 ч) нормализация температуры тела после отмены препарата.

Конституциональный «привычный» субфебрилитет

Это тенденция к постоянному, обычно невысокому, субфебрилитету может быть наследственно обусловлена и наблюдается изредка у практически здоровых людей. Как правило, он регистрируется с детских лет.

У лиц с этим вариантом субфебрилитета отсутствуют какие-либо жалобы и изменения лабораторных показателей.

Лихорадящий больной - одна из трудных диагностических проблем в амбулаторной практике.

Наиболее важным практическим аспектом этой проблемы представляется решение о назначении антимикробной терапии в тех ситуациях, когда причина лихорадки при первичном обращении больного остается неясной.

С учетом того, что лихорадка имеет чаще всего вирусное происхождение, в амбулаторной практике необходимо воздерживаться от применения антипиретиков в первые дни заболевания, вплоть до оценки эволюции заболевания или выяснения этиологической причины, так как искусственным снижением температуры тела ингибируется целый ряд эволюционно закрепившихся механизмов компенсации повреждения организма, таких как фагоцитоз, синтез простагландинов, интерлейкинов, интерферона, угнетаются окислительные процессы, кровоток, тонус и активность скелетных мышц.

Лихорадка с температурой тела менее 38°С не требует лечения, кроме больных с высоким риском, тяжелой фоновой патологией или ее декомпенсацией:

- поражением сердечно-сосудистой системы;
- гиперпиретическими реакциями;
- лихорадкой у детей младшего возраста, склонных к развитию судорожного синдрома;
- отдельными клиническими случаями заболеваний, требующих специализированной оценки, например, при беременности в акушерской практике, при лечении бактериального шока.

Коррекция температурного режима требует от лечащего врача не шаблонного подхода, а гибкой врачебной тактики.

Методы лечения	Способ применения	Примечания
Парацетамол	650 мг каждые 3-4 ч	При печеночной недостаточности уменьшают дозу
Ацетилсалициловая кислота	650 мг каждые 3-4 ч	Противопоказан детям из-за опасности синдрома Рейе, может вызвать гастрит, кровоточивость
Ибупрофен	200 мг каждые 6 ч	Эффективен при лихорадке вследствие злокачественных образований, может вызвать гастрит, кровоточивость
Обтирание прохладной водой	По необходимости	Обтирание спиртом не имеет преимуществ перед обтиранием водой
Холодные обертывания	По необходимости при гиперпирексии	После снижения температуры тела до 39,5°C применяют обычные методы лечения. Может вызвать спазм сосудов кожи

Длительная лихорадка является показанием для госпитализации!

Место лечения больного зависит от наиболее вероятного диагноза!

Прогноз зависит от основного заболевания!

Спасибо за внимание!