

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ
МЕДИЦИНА



Консультант за 5 минут

Под редакцией
Ф.Дж. Домино



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»



2020

Дорогие коллеги!

Перед вами **настоящий шедевр**. «Консультант за 5 минут» — это адаптированный для российских читателей перевод **28-го издания** справочного руководства под редакцией доктора Фрэнка Домино, профессора кафедры семейной медицины Массачусетского университета. Издательство Wolters Kluwer выпустило первый вариант еще в 1994 г., и с тех пор книга **обновляется ежегодно**.

Вы спросите, почему шедевр? Ответим — в издании нашли гармоничное сочетание множество достоинств, которые делают его незаменимым помощником врача.

Первое — это издание **комплексное**. На **1120** страницах размещена информация о **545 самых распространенных** заболеваниях и состояниях, а **106 пошаговых алгоритмов** помогут принять решение о дифференциальном диагнозе и тактике лечения. По **QR-кодам** можно перейти к многочисленным справочно-информационным материалам, полезным для читателей.

Второе — представленная информация **надежна и современна**. Надежность определяется тем, что авторы использовали достоверные источники информации для выбора лечения, и большинство вмешательств помечено уровнем доказательности [А, В или С]. А год издания — **2020 г. и ежегодные обновления** говорят сами за себя.

Третье — пользоваться книгой **исключительно удобно**. Материал изложен **лаконично**, без «воды» и **четко структурирован**. Основные рубрики следующие: краткое описание, эпидемиология, этиология и патогенез, факторы риска, профилактика, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, наблюдение и маршрутизация пациентов, организационные меры, рекомендации для пациентов. Тщательно сформированный **поисковый аппарат** (предметный указатель) поможет быстро найти искомый диагноз, симптом, синдром.

Четвертое — **материал доработан к применению в Российской Федерации** с учетом принятых в нашей стране клинических рекомендаций и зарегистрированных лекарственных препаратов. Те российские рекомендации, которые сегодня не совпадают с таковыми американских коллег, выделены **серым фоном**, а незарегистрированные лекарства **подчеркнуты пунктиром**. Это позволит российским врачам **расширить представления** о современном доказательном лечении и, при не-

обходимости, принять более точные суждения о ведении пациентов.

В результате, пользуясь книгой, **за считанные минуты вы сможете получить емкие сведения**, которые позволят сориентироваться в диагнозе, необходимых диагностических исследованиях и тактике лечения. В условиях, когда у занятых врачей при осмотре пациента нет времени искать нужную информацию в более обширных руководствах, этот справочник **незаменим**.

Для того чтобы обеспечить все вышеперечисленные качества, над изданием трудилось огромное количество специалистов — **более 1500 авторов и редакторов**, известных специалистов с американской стороны, и **почти 50 медицинских редакторов** — с российской. А если вы ознакомитесь с предисловием главного редактора профессора Фрэнка Домино, то поймете, с какой любовью, преданностью врачебному делу и желанием помочь своим коллегам в лечении пациентов делалось это издание. И авторам это удалось: **28 изданий за 26 лет** может выдержать редкая книга.

Это отношение передалось и нашей команде — медицинской редакции Высшей школы организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ-КМК) и издательству «ГЭОТАР-Медиа». Мы сделали все возможное, чтобы сохранить замечательный дух этого руководства и по содержанию, и по оформлению. Книгу приятно листать и держать в руках, об этом позаботилась команда дизайнеров, редакторов и печатников. На следующих страницах вы сможете ознакомиться со структурой издания и инструкцией, как им пользоваться.

Нам даже немного жаль расставаться с работой над этой необыкновенной книгой, но ее ждет новая жизнь в руках российских врачей во благо наших пациентов. Мы уверены, вы заслуженно оцените это издание, и оно станет вашим верным помощником на долгие годы.

Будем благодарны за ваши отзывы и предложения, наш адрес **5MCC@vshouz.ru**.

Руководители проекта

О.В. Агафонова, канд. мед. наук

Н.Ф. Прохоренко, канд. экон. наук

Г.Э. Улумбекова, д-р мед. наук

Мы подготовили для вас описание особенностей структуры издания и содержания статей, что поможет быстро найти необходимый материал и правильно его интерпретировать.

1. Издание состоит из трех основных разделов: **статьи, алгоритмы и предметный указатель**. В первом разделе — **545 статей** по распространенным заболеваниям, синдромам, состояниям (например, «Болезнь Крона», «Протеинурия»), а также отдельным темам (например, «Здоровье путешественников», «Контрацепция»). Во втором — **106 графических алгоритмов**, которые дополняют статьи по дифференциальной диагностике и тактике лечения.

2. Необходимую информацию **можно найти** по содержанию или в предметном указателе, где представлены термины, их синонимы и различные варианты написания. Например, для статьи «Костохондрит» указаны синонимы «Болезнь Титце», «Синдром реберно-грудинный», «Хондродиния парастернальная», «Синдром хрящевых реберных соединений». Каждый термин снабжен указанием на первую страницу соответствующей статьи.

3. В статьях даны **перекрестные ссылки** на смежные темы и алгоритмы, что позволяет расширить представление читателя по изучаемому вопросу. Например, в статье «Головокружение» содержится рекомендация посмотреть статьи «Болезнь Меньера», «Доброкачественное позиционное пароксизмальное головокружение», «Синдром укачивания», а также алгоритм «Головокружения».

4. Многие ссылки дополнительно сопровождаются **QR-кодами**, по которым можно перейти к многочисленным справочно-информационным материалам, полезным для читателей (например, как это сделано в конце данной страницы). Это памятки для пациентов, шкалы оценки состояний, пояснения к данным лабораторных исследований. И хотя эти электронные материалы в основном представлены на английском языке, мы дополнили их и сопроводили необходимыми пояснениями. Для перехода по ссылке надо навести на QR-код камеру смартфона.

5. Большинство рекомендаций по лечению и диагностике даны **с указанием уровня доказательности** — А, В и С (они заключены в квадратные скобки). Подробно информация о доказательных подходах в медицине изложена в разделе «Доказательная медицина» на с. IX.

6. Распространенные **сокращения** и их расшифровка приведены в отдельном разделе на с. XLVIII (например, ОПН — острая почечная недостаточность, АДГ — антидиуретический

гормон), а сокращения, которые встречаются только в пределах одной статьи, — при первом упоминании в тексте.

7. **Адаптация**. Для удобства российских читателей мы **доработали** издание.

- Мы добавили текст из **российских клинических рекомендаций** в тех случаях, если их положения отличались или были шире, чем рекомендации авторов оригинала. Эти вставки выделены **серым фоном**.
- **Лекарственные препараты**: не зарегистрированные в РФ лекарственные препараты подчеркнуты пунктиром (например, меклизин, прохлорперазин), международные непатентованные наименования никак не выделены (например, ацикловир, бевацизумаб), торговые наименования приведены в кавычках (например, «Авастин»).
- **Единицы измерения**: наряду с принятыми единицами измерения в США (например, футы, градусы по Фаренгейту) мы указали единицы, принятые в РФ (сантиметры, градусы по Цельсию).
- **Сокращения**: использованы как принятые в РФ (например, ИБС, ОАК), так и часть широко распространенных в США (FDA, MPS, NNT), что может оказаться полезным при чтении иностранной литературы.

8. Мы приложили максимум усилий, чтобы сделать этот справочник максимально удобным для российских читателей, однако обращаем ваше внимание, что **это перевод издания**, которое выходит в США, поэтому в статьях встречаются американские эпидемиологические данные, телефоны административных служб, торговые наименования лекарственных препаратов, локальные расширения национальных кодов МКБ-10 (например, кода M77.42 «Метатарзалгия левой ноги» в РФ нет, есть лишь M77.4 «Метатарзалгия»).

9. **Статья по COVID-19**. В силу актуальности нами добавлена статья по эпидемиологии, профилактике, диагностике и лечению COVID-19, подготовленная коллективом медицинской редакции Высшей школы организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ-КМК). Представленные в ней материалы основаны на официальных методических рекомендациях, а также на данных авторитетных зарубежных источников. Это позволит читателю расширить представления о проблеме с учетом международного опыта.

С регулярными обновлениями этой статьи можно ознакомиться на сайте www.vshouz.ru по ссылке [https://www.vshouz.ru/docs/Koronavirusnaya-infekciya-\(VSHOUZ\).pdf](https://www.vshouz.ru/docs/Koronavirusnaya-infekciya-(VSHOUZ).pdf)



ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ

Абсансы — малые эпилептические припадки, которые представляют собой разновидность генерализованных немоторных судорожных приступов с кратковременным нарушением сознания.

Типы абсансов по классификации Международной лиги борьбы с эпилепсией (МЛБЭ, 2017).

- Типичные.
 - Характерны резкое начало и прекращение приступа, заторможенность поведения, отключение сознания и пустой взгляд (иногда с движениями век, открытием глаз); возможны также рефлексы орального автоматизма (например, чмоканье губами).
 - Частота: 3 Гц.
 - Продолжительность: 5–30 с.
 - Характерно немедленное возвращение к нормальному сознанию без ауры или послеприпадной фазы.
 - Могут быть следствием детской абсансной эпилепсии (ДАЭ), юношеской абсансной эпилепсии (ЮАЭ) и юношеской миоклонической эпилепсии (ЮМЭ).
- Атипичные.
 - Характерно менее резкое начало и прекращение приступа (в отличие от типичного абсанса), часто происходит с потерей мышечного тонуса или миоклоническими судорогами.
 - Частота: <2,5 Гц.
 - Продолжительность: 10–45 с.
 - Нарушение сознания часто неполное, с продолжающейся целенаправленной деятельностью, хотя и более медленной.
 - Иногда после припадка может возникать кратковременная спутанность сознания.
 - Могут развиваться при синдроме Леннокса–Гастро и синдроме Драве.
- Миоклонические.
 - Характерны резкое начало и прекращение приступа, фиксация взгляда; потеря сознания сопровождается постоянными ритмичными сокращениями мышц плеч, рук, ног, головы или лицевых мышц.
 - Частота: 2,5–4,5 Гц.
 - Продолжительность: 10–60 с.
 - Нарушение сознания варьирует от полной потери до его сохранения.
 - В результате могут развиваться неспособность к обучению и поведенческие проблемы.
- Миоклония век.
 - Характерны резкое начало и прекращение приступа, повторяющиеся ритмичные подергивания век с одновременной девиацией глазных яблок вверх и вздергиванием головы.
 - Частота: 4–6 Гц.
 - Продолжительность: <6 с.
 - Нарушение сознания часто неполное, восприятие в основном сохраняется.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- Заболеваемость: от 6 до 8 на 100 000 населения в год.
- Распространенность: от 5 до 50 на 100 000 населения.
- Преобладающий возраст начала заболевания: от 1 до 8 лет.
- Преобладающий пол: женский > мужской (2:1) с преобладанием мужчин в случае миоклонического абсанса.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

- Этиология преимущественно генетическая со сложным, многофакторным наследованием. Однако заболевание может быть вторичным по отношению к различным врожденным или приобретенным заболеваниям головного мозга, таким как гипоксически-ишемическое поражение мозга, травма, инфекция ЦНС, нарушения развития коры головного мозга или врожденные нарушения обмена веществ.
- Абсансы инициируются в таламусе: опосредованное воздействие γ -аминомасляной кислоты вызывает длительную гиперполяризацию и активирует кальциевые каналы Т-типа (низкопороговые), что приводит к непрерывной активации нейронов и вызывает малые припадки.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

- Конкордантность у монозиготных близнецов составляет 70–85%, патология на ЭЭГ выявляется у 82%.
- Конкордантность у родственников I степени родства — 33%.

- У 15–45% есть указание на эпилепсию в семейном анамнезе.
- Мутации рецепторов GABA-A/B, кальциевых или хлоридных каналов.
- Мутации гена *SLC2A1*, который кодирует глюкозный транспортер тип 1 (GLUT1).

ВНИМАНИЕ! Если судорожные приступы начались в возрасте <4 лет, то существует вероятность синдрома дефицита GLUT1.

АССОЦИИРОВАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И СОСТОЯНИЯ

- Проблемы с вниманием и визуально-пространственными навыками, вербальным обучением и памятью, мелкой моторикой; снижение языковых способностей.
- Повышенный риск возникновения поведенческих и психических сопутствующих заболеваний, включая СДВГ, тревожность, депрессию, социальную изоляцию и низкую самооценку.

ДИАГНОСТИКА

АНАМНЕЗ

- Необходимо собрать подробное описание приступов — информацию об активности в начале приступа, любых автоматизмах, длительности, частоте приступов, ауры или послеприпадного состояния, возрасте начала приступов, а также анамнез родов и развитие пациента.
- Учителя отмечают, что ребенок часто кажется мечтающим или «отключившимся».
- Ребенок может забывать часть разговора.
- Ребенок с нормальным IQ имеет низкую успеваемость в школе.

ВНИМАНИЕ! Приступы часто бывают настолько краткими, что могут оставаться незамеченными.

ФИЗИКАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

- Если у ребенка нет другой генетической или приобретенной аномалии, проводится неврологическое обследование. При обнаружении во время физического обследования отклонений от нормы рекомендовано дальнейшее диагностическое обследование (например, МРТ, метаболическое или генетическое обследование).
- Приступы могут быть вызваны гипервентиляцией.
 - Следует попросить ребенка:
 - в течение 3–5 мин дуть на вертушку или выполнить подобное упражнение, чтобы спровоцировать приступ;
 - глубоко дышать с закрытыми глазами и считать про себя. Пациент откроет глаза с началом приступа и перестанет считать.

ВНИМАНИЕ! Абсансы не связаны с чувствительностью к свету или другим световым раздражителям (например, стробоскопам).

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

- ЮАЭ.
- ЮМЭ.
- Синдром дефицита GLUT1.
- Сложные парциальные припадки.
- Психогенные неэпилептические припадки.
- СДВГ.
- Спутанность сознания и острые нарушения памяти.
- Различные виды мигрени.
- Паника/приступы тревоги.
- Приступ задержки дыхания.
- Неэпилептические приступы фиксации взгляда.
- Фебрильные судороги.
- Эпилептический статус.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ТЕСТЫ

Исследования первой линии

- Видео-ЭЭГ проводят в период сна и бодрствования с пробой гипервентиляции, приводящей к появлению спайк-волновых комплексов от 2,5 до 6,0 Гц в зависимости от типа абсансов [B].
- Визуализация используется для обследования детей с типичными абсансами, нормальными результатами неврологического обследования и ненарушенной когнитивной функцией. Если выполняется визуализация, то МРТ предпочтительнее КТ из-за более высокой чувствительности к анатомическим аномалиям [B].
- В настоящее время никакие данные лабораторных анализов не могут окончательно подтвердить или исключить диагноз абсанса. Тем не менее анализ на электролиты и креатинин, АСТ, АЛТ, ТТГ, ОАК и токсикологический

скрининг помогут исключить эндокринную, метаболическую, токсическую или инфекционную этиологию [C].

Исследования второй линии

- Тест на наркотики помогает исключить токсическую природу эпилептических припадков.
- Отслеживать химический состав крови, функцию печени, показатели крови и так далее в зависимости от схемы лекарственного лечения.

ЛЕЧЕНИЕ

ОБЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Необходимо информировать о мерах предосторожности не только каждого пациента с диагностированной эпилепсией или подозрением на нее, но и его родственников, которые должны быть знакомы с местным законодательством, касающимся вождения автомобиля людьми с эпилепсией. Пациентам следует воздерживаться от деятельности, которая может подвергнуть их риску в случае возникновения припадка (например, подъема на высоту, плавания без присмотра, езды на велосипеде по оживленным дорогам, вождения транспортного средства).

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ

Некоторые распространенные противосудорожные средства, включая карбамазепин, окскарбазепин, фенитоин, фенобарбитал, **тиагабин**, **вигабатрин**, прегабалин и габапентин, могут усугублять абсансы.

Первая линия терапии

- Этосуксимид блокирует кальциевые каналы Т-типа.
 - Характерны высокая эффективность [A], самое быстрое начало действия [B] и меньшее количество побочных эффектов, меньше негативное воздействие на внимание и скорость принятия решений по сравнению с вальпроевой кислотой [A], однако эффективен только в случае абсансов.
 - Побочные эффекты: рвота, диарея, дискомфорт в животе, икота, головная боль, вялость; апластическая анемия, кожные реакции, почечная и печеночная недостаточность.
 - Контролировать ОАК и биохимический анализ крови [C].
- Вальпроевая кислота имеет несколько механизмов воздействия.
 - Характерна высокая эффективность, но имеет наиболее высокий уровень побочных эффектов, включая ухудшение внимания и увеличение массы тела [A], приводящих к прекращению лечения.
 - Отличается широким спектром действия, так как эффективно борется с абсансами и сопутствующими типами приступов, такими как миоклонические и тонико-клонические судороги.
 - Побочные эффекты: тремор, сонливость, головокружение, увеличение массы тела, алоpecia, вялость, рвота; тератогенность, поведенческие и когнитивные нарушения, токсическое действие на печень, панкреатит.
 - Контролировать показатели биохимического анализа крови, в том числе — амилазу и липазу [C].
 - Существует риск снижения минеральной плотности костей, развития остеопороза и переломов.
- Вальпроаты: в дозе 10–15 мг/кг массы тела с постепенным повышением на 5–10 мг в нед. Средняя доза — 300 мг 3 раза в сутки, пролонгированные формы — по 500 мг 2 раза в сутки.
- Ламотриджин: по 25 мг 1 раз в сутки 1–2 нед, далее по 50 мг еще 3–4 нед.
- Топирамат по 25–50 мг/сут, через неделю дозу увеличивают на 25–50 мг, средняя терапевтическая доза — 200–400 мг.
- Леветирацетам.

Вторая линия терапии

- Ламотриджин влияет на натриевые каналы.
 - Помогает контролировать судороги, но может быть менее эффективным, чем этосуксимид или вальпроевая кислота [A].
 - Побочные эффекты: сыпь, двоение в глазах, головная боль, бессонница, головокружение, тошнота, рвота, диарея, синдром Стивенса–Джонсона (чаще при совместном применении с вальпроевой кислотой).

НАПРАВЛЕНИЕ НА КОНСУЛЬТАЦИЮ

В случае невозможности добиться контроля над судорогами в течение 1 года с помощью двух противо-

эпилептических препаратов (в виде монотерапии или комбинации нескольких препаратов) — направить пациента к неврологу для подтверждения диагноза судорожных приступов и/или классификации синдрома и при необходимости — хирургического лечения эпилепсии [В].

Особенности у детей

- Мальчикам в раннем возрасте при постановке диагноза для лечения болезни назначают два препарата.
- Назначить колекальциферол (стандартная доза — от 400 до 1000 МЕ/сут) детям, принимающим вальпроевую кислоту, так как одним из побочных эффектов является снижение минеральной плотности костей [А].
- Риск смерти от токсического действия вальпроевой кислоты на печень наиболее высок у детей <2 лет [С].

Особенности при беременности

- Противосудорожные препараты, особенно вальпроевая кислота, вызывают пороки развития плода.
- Прием вальпроевой кислоты женщинами детородного возраста, не предпринимаящими контрацептивные меры, противопоказан.
- Беременные с эпилепсией могут регистрироваться в Североамериканском реестре противозащитных препаратов для беременных: <http://www.aedpregnancyregistry.org>



Дополнительные методы лечения

Электростимуляция блуждающего нерва (VNS-терапия) может быть рассмотрена как вариант лечения абсансной эпилепсии, устойчивой к другим видам лечения [С].

Хирургические вмешательства

Хирургическое лечение абсансной эпилепсии включает удаление и резекцию тканей эпилептогенной зоны головного мозга в случае не поддающейся медикаментозному лечению.

Нетрадиционная и альтернативная медицина

Кетогенную диету следует рассматривать на ранней стадии, если медикаментозная терапия неэффективна [А].

Госпитализация и наблюдение в стационаре

- Редко требует госпитализации.
- Эпилептический статус требует стационарного лечения.
- Критерии для выписки:
 - купирование эпилептического статуса.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Амбулаторное ведение

Пациенты должны периодически обследоваться у невропатолога для наблюдения за переходом абсансной эпилепсии в другие типы судорог.

ПРОГНОЗ

- Пациенты, у которых перед лечением на ЭЭГ длительность самых коротких судорог >20 с, с большей вероятностью избавляются от приступов, независимо от проводимого лечения.
- Типичные абсансы обычно проходят самостоятельно к 12 годам или раньше.
- у <10% пациентов развивается эпилепсия с генерализованными тонико-клоническими судорогами.

Осложнения

- Причины обострения приступов: несоблюдение режима лечения, недосыпание, употребление веществ, снижающих судорожный порог [таких как алкоголь, кокаин, пенициллин в высоких дозах, изониазид в избыточной дозировке, нейролептики, бупропион («Веллбутрин»)].
- Согласно имеющимся данным, частота типичного абсанса — от 5,8 до 9,4%.

Источники

1. Uysal-Soyer Ö., Yalnizoglu D., Turanlı G. The classification and differential diagnosis of absence seizures with short-term video-EEG monitoring during childhood. *Turk J Pediatr.* 2012;54(1):7–14.
2. Nass R.D., Sassen R., Elger C.E. et al. The role of post-ictal laboratory blood analyses in the diagnosis and prognosis of seizures. *Seizure.* 2017;47:51–65.
3. Glauser T.A., Cnaan A., Shinnar S. et al.; for Childhood Absence Epilepsy Study Team. Ethosuximide, valproic acid and lamotrigine in childhood absence epilepsy: initial monotherapy outcomes at 12 months. *Epilepsia.* 2013;54(1):141–155.
4. Mohanraj R., Brodie M. Early predictors of outcome in newly diagnosed epilepsy. *Seizure.* 2013;22(5):333–344.
5. Posner E. Absence seizures in children. *Am Fam Physician.* 2015;91(2):114–115.
6. Crepeau A., Moseley B., Wirrell E. Specific safety and tolerability considerations in the use of anticonvulsant medications in children. *Drug Healthc Patient Saf.* 2012;4:39–54.
7. Arya R., Greiner H.M., Lewis A. et al. Vagus nerve stimulation for medically refractory absence epilepsy. *Seizure.* 2013;22(4):267–270.
8. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению психических расстройств при эпилепсии. Российское общество психиатров, 2013 г. <https://psychiatr.ru/download/1335?view=1&name=клинические+рекомендации+эпилепсия+последние.pdf>



ДРУГИЕ ПОЛЕЗНЫЕ ИСТОЧНИКИ

- Epilepsy Foundation: <https://www.epilepsy.com>



- Sarah Jayne Has Staring Moments: a fictional children's book for child absence seizure epilepsy, Kate Lambert.



КОД МКБ-10

- G40.4 Другие виды генерализованной эпилепсии и эпилептических синдромов.

ВАЖНО

- У детей с ДАЭ могут присутствовать сопутствующие когнитивные, поведенческие и психосоциальные расстройства. У этих детей наиболее важным показателем когнитивной дисфункции является дефицит внимания, который часто сопровождается плохой успеваемостью, тревогой, депрессией и расстройством поведения.
- Если родители не в состоянии определить причину отсутствующего взгляда у ребенка, следует предложить им произнести что-нибудь неожиданное или провоцирующее интерес, например слово «мороженое», в то время, когда у ребенка отсутствующий взгляд, чтобы привлечь его внимание (вместо того чтобы прозвонить имя ребенка).
- Этосуксимид и вальпроевая кислота — препараты первой линии при лечении абсансов.
- В случае невозможности добиться контроля над судорогами в течение по крайней мере 1 года с помощью двух противозащитных ЛС следует рассмотреть возможность направления к неврологу для подтверждения эпилепсии и/или для назначения дополнительного/альтернативного лечения, включая кетогенную диету, электростимуляцию блуждающего нерва и хирургическое вмешательство.
- Информирование каждого пациента о профилактических мерах.
- Пациентам следует вести дневник судорог, чтобы определить их тип и причину.
- План действий при судорогах: <https://www.epilepsy.com/learn/seizure-first-aid-and-safety/adapting-first-aid-plans/making-my-seizure-response-plan>



ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ

Синдром алкогольной абстиненции (САА) — спектр симптомов, возникающих в результате резкого прекращения или снижения потребления алкоголя, которое ранее было запойным или длительным. Симптомы обычно начинаются через 6–24 ч после последнего употребления.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- ~15 млн американцев соответствуют диагностическим критериям расстройства, связанного с употреблением алкоголя (PCUA). Около 50% человек с PCUA в течение жизни испытывали САА.
- ~8% госпитализированных пациентов подвержены риску САА.
- Более высокая распространенность — среди мужчин, белокожих, коренных американцев, молодых и не состоящих в браке взрослых и людей с более низким социально-экономическим статусом.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

- Потребление алкоголя усиливает действие ингибирующего нейротрансмиттера ГАМК. При хроническом употреблении алкоголя эта повторная стимуляция подавляет ингибирующее действие ГАМК.
- Одновременно прием алкоголя подавляет стимулирующее действие глутамата на ЦНС, при хроническом употреблении алкоголя повышается чувствительность NMDA-рецепторов глутамата.
- При внезапном прекращении приема алкоголя комбинированный эффект подавляющей тормозной нейротрансмиттерной системы (ГАМК-модулированной) и активированной возбуждающей нейротрансмиттерной системы (глутамат-модулированной) приводит к повышенной возбудимости мозга, когда он больше не подавляется алкоголем; с клинической точки зрения рассматривается как САА.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

Имеются некоторые доказательства генетической основы PCUA.

ФАКТОРЫ РИСКА

- Высокая толерантность к алкоголю, длительный прием, большие количества.
- Предыдущие эпизоды алкогольной абстиненции, детоксикации, судороги при синдроме отмены алкоголя и алкогольный делирий.
- Серьезные проблемы со здоровьем.
- Сопутствующее применение бензодиазепина.

Особенности у пожилых

Пожилые люди с PCUA более подвержены абстиненции, а хронические сопутствующие заболевания повышают риск развития осложнений; использование препаратов короткого действия для лечения является более предпочтительным.

Особенности при беременности

Для лечения острой алкогольной абстиненции обычно требуется госпитализация или детоксикация в условиях стационара.

ПРОФИЛАКТИКА

- Регулярный скрининг всех взрослых на злоупотребление алкоголем [B].
- Скрининг с использованием опросника CAGE или аналогичной анкеты.
 - Возникло ли у вас ощущение того, что вам следует сократить употребление спиртных напитков?
 - Вызывало ли у вас чувство раздражения, если кто-то из окружающих (друзья, родственники) говорил вам о необходимости сократить употребление спиртных напитков?
 - Испытывали ли вы чувство вины, связанное с употреблением спиртных напитков?
 - Возникло ли у вас желание принять спиртное, как только вы просыпались после имевшего места употребления алкогольных напитков?
- Полезно для выявления проблемного употребления алкоголя; положительный скрининг — ≥2 ответов «да».
- Скрининг-тест AUDIT-C из 3 вопросов.

АССОЦИИРОВАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И СОСТОЯНИЯ

- Общие симптомы: плохое питание, электролитные нарушения (гипонатриемия, гипомagnesемия, гипофосфатемия), дефицит тиамина, дегидратация.

- ЖКТ: гепатит, цирроз печени, варикозное расширение вен пищевода, кровотечение из ЖКТ.
- Гематологическая система: спленомегалия, тромбоцитопения, макроцитарная анемия.
- ССС: кардиомиопатия, гипертония, мерцательная аритмия, другие аритмии, инсульт.
- ЦНС: травма, эпилепсия, генерализованная атрофия, синдром Вернике–Корсакова.
- Периферическая нервная система: невропатия, миопатия.
- Дыхательная система: аспирационный пневмонит или пневмония, повышенный риск анаэробных инфекций.
- Психиатрия: депрессия, посттравматическое стрессовое расстройство, биполярное заболевание, психическое расстройство, связанное с употреблением ПАВ.

ДИАГНОСТИКА

- Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам подтверждает САА при наличии ≥2 следующих критериев в течение нескольких часов или нескольких дней после прекращения или уменьшения запойного и длительного приема алкоголя [C].
 - Гиперактивность вегетативной нервной системы (повышенная потливость, тахикардия).
 - Усиление тремора рук.
 - Бессонница.
 - Психомоторное возбуждение.
 - Тревожность.
 - Тошнота или рвота.
 - Генерализованные тонико-клонические судороги.
 - Временные зрительные, слуховые или тактильные галлюцинации или иллюзии.
- Критерии алкогольного делирия включают ≥2 критериев для САА и нарушения ориентации, памяти, внимания, осознанности, визуально-пространственных способностей или восприятия. Они должны вызывать клинически значимый дистресс или нарушение функционирования и не быть вторичными по отношению к основному состоянию здоровья или психическому расстройству.
- САА можно разделить на этапы в зависимости от времени появления и степени тяжести.
 - Незначительная абстиненция: начало через 6–8 ч после прекращения употребления.
 - Легкая тревожность, беспокойство и возбуждение.
 - Легкая тошнота/расстройство ЖКТ и снижение аппетита.
 - Нарушения сна.
 - Повышенная потливость.
 - Легкий тремор.
 - Пароксизмальная тахикардия и АГ.
 - Значительная абстиненция: начало через 24–72 ч после прекращения употребления.
 - Выраженное беспокойство и возбуждение.
 - Умеренная дрожь с нистагмом.
 - Повышенное потоотделение (диафорез).
 - Ночные кошмары.
 - Тошнота, рвота, диарея, анорексия.
 - Выраженная тахикардия и АГ.
 - Алкогольный галлюциноз (слуховой, тактильный или зрительный) может оказывать легкое путающее действие, но может вызвать дезориентацию.
 - Алкогольный делирий: начало через 72–96 ч после прекращения употребления.
 - Лихорадка.
 - Тяжелая АГ, тахикардия.
 - Бред.
 - Профузная потливость.
 - Выраженный тремор.
 - Постоянные галлюцинации.
 - Судороги, связанные с отменой алкоголя, — короткие генерализованные тонико-клонические приступы через 6–48 ч после последнего употребления алкоголя.
- **АНАМНЕЗ**
 - Основные сведения из анамнеза.
 - Продолжительность и количество употребления алкоголя, время с момента последнего употребления.
 - Предыдущие эпизоды/симптомы алкогольной абстиненции, предшествующие госпитализации по поводу абстиненции.

- Одновременное употребление ПАВ.
- Существующие медицинские и психиатрические состояния, предшествующая судорожная активность.
- Социальный анамнез: жизненная ситуация, социальная поддержка, стрессоры и триггеры.

ФИЗИКАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

- Включает оценку условий, которые могут осложнить или усугубить САА.
 - ССС: аритмии, ХСН, ИБС.
 - ЖКТ: кровотечение из ЖКТ, заболевания печени, панкреатит.
 - ЦНС: нарушение функции глазодвигательного нерва, атаксия, невропатия.
 - Психические симптомы: ориентация, память (может осложниться печеночной энцефалопатией).
 - Общие симптомы: тремор рук (6–8 в секунду), инфекции.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

- Кокаиновая интоксикация.
- Отмена опиоидов, марихуаны и амфетамина.
- Антихолинергическая лекарственная токсичность.
- Нейролептический злокачественный синдром.
- Бред.
- Печеночная недостаточность.
- Сепсис, инфекция ЦНС или кровотечение.
- Мания, психоз.
- Тиреотоксический криз.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ТЕСТЫ

- Начальные исследования (клинико-лабораторные).
- Уровень алкоголя в крови, анализ мочи на наркотические вещества.
- ОАК, основной метаболический профиль.
- Обследование ЦНС при изменении острого психического статуса.
- При первом приступе — полное неврологическое исследование, включая ЭЭГ, МРТ головного мозга, поясничную пункцию.
 - Прием (осмотр, консультация) у врача-психотерапевта.
 - Ежедневный осмотр врачом — психиатром-наркологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара.
 - Прием (тестирование, консультация) у медицинского психолога.

ЛЕЧЕНИЕ

ОБЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

- Цель в предотвращении и лечении симптомов абстиненции (судороги, алкогольный делирий, сердечно-сосудистые изменения). Назначают бензодиазепины, уменьшающие продолжительность симптомов и повышающие порог судорожной готовности мозга.
- Исключить другие медицинские и психические причины.
- Обеспечить тихую, охранительную среду.
- Пересмотренная оценка по шкале алкоголя (CIWA-Ar) полезна для определения дозировки ЛС и частоты оценки САА. Степень выраженности симптомов оценивается по шкале от 0 до 7, где 0 — отсутствие симптомов, а 7 — максимальный балл (кроме ориентации и помутнения восприятия, оценка по шкале от 0 до 4).
 - Тошнота и рвота.
 - Тактильные нарушения.
 - Тремор.
 - Слуховые расстройства.
 - Пароксизмальная потливость.
 - Зрительное расстройство.
 - Тревожность.
 - Головная боль или ощущение полноты в голове.
 - Возбуждение.
 - Ориентация и помутнение восприятия.
- Максимальная оценка по CIWA-Ar составляет 67.
 - Легкая абстиненция при оценке <8: скорее всего, разрешится без введения ЛС.
 - Умеренная абстиненция — 8–14: часто требуется лечение с помощью ЛС.
 - Тяжелая абстиненция — >15: связана с самым высоким риском судорог и развития алкогольного делирия.
- Решающее значение имеет частая повторная оценка по CIWA-Ar.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ

Первая линия терапии

- Монотерапия бензодиазепинами остается методом выбора, связана с меньшим количеством осложнений по сравнению с нейролептиками [А].
- Бензодиазепины.
 - ЛС с быстрым началом действия быстрее контролируют возбуждение [в/в диазепам («Валиум»)].
 - Пролонгированного действия [диазепам, хлордиазепоксид («Либриум»)] более эффективны для предотвращения эпилептических припадков и лечения делирия.
 - Короткого действия [лоразепам («Ативан»), оксазепам («Серакс»)] предпочтительны, когда длительная седация вызывает беспокойство (например, у пожилых пациентов или при наличии других серьезных сопутствующих заболеваний) и если тяжелая печеночная недостаточность может нарушать обмен веществ [А].
 - Дозы бензодиазепинов индивидуальны.
 - Используют схемы, определяемые по симптомам, или фиксированные схемы.
 - Схемы, определяемые по симптомам, требуют меньшего количества бензодиазепинов и снижают количество госпитализаций.
 - Фиксированные схемы применяют:
 - если медицинский персонал не обучен ведению схемы на основе симптомов;
 - при тяжелой ИБС;
 - в анамнезе судороги при абстиненции.
 - Схема, определяемая по симптомам: введение одного из следующих ЛС каждый час при оценке по CIWA-Ar ≥ 8 .
 - Хлордиазепоксид — 50–100 мг внутрь.
 - Диазепам — 10–20 мг внутрь.
 - Оксазепам — 30–60 мг внутрь.
 - Лоразепам — 2–4 мг внутрь.
 - Режим с фиксированным графиком: введение одного из следующих ЛС каждые 6 ч:
 - Хлордиазепоксид, в дозе 50 мг внутрь, разделенной на 4 приема, и затем по 25 мг внутрь в 8 приемов.
 - Диазепам — 10 мг внутрь в 4 приема, затем — 5 мг в 8 приемов.
 - Лоразепам — 2 мг внутрь в 4 приема, затем — 1 мг в 8 приемов.
 - Мониторинг и введение дополнительных бензодиазепинов при оценке по CIWA-Ar ≥ 8 .
 - Тиамин — 50–100 мг/сут в/в или в/м в течение минимум 3 сут [С].
 - Не вводить в/в декстрозу («Глюкозу») до введения тиамина, поскольку это может усугубить энцефалопатию Вернике и психоз Корсакова.

Вторая линия терапии

- Введение β -адреноблокаторов (атенолола или пропранолола) и α_2 -агонистов (клонидин) помогает в контроле за АД и тахикардией при использовании бензодиазепинов. Их не используют в качестве монотерапии из-за неспособности предотвратить алкогольный делирий и судороги; могут ухудшить основное состояние, бред.
- Карбамазепин: не рекомендован в качестве терапии первой линии, может снизить частоту приступов, но необходимы дополнительные исследования [С].
- Если у пациента наблюдаются сильное возбуждение и алкогольный галлюциноз, можно использовать антипсихотическое средство — галоперидол («Галдол»), но при этом необходимо тщательное наблюдение из-за снижения судорожного порога.
- Нейролептические ЛС не рекомендованы в качестве монотерапии из-за их связи с повышенной смертностью, большей продолжительностью делирия и осложнениями по сравнению с седативными ЛС [А].

Дополнительные методы лечения

При периферической невропатии и дисфункции мозжечка проводят оценку необходимости физиотерапии.

ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ И НАБЛЮДЕНИЕ В СТАЦИОНАРЕ

- Показания для госпитализации.
- Оценка по CIWA-Ar >15 или тяжелая абстиненция.
- Сопутствующее острое заболевание, требующее госпитализации.
- Лабораторные отклонения (электролитный дисбаланс).
- Недостаточная возможность наблюдения или отсутствие надежной социальной поддержки.
- Беременность.
- Тяжелые абстинентные симптомы в анамнезе.
- Судороги при абстиненции или алкогольный делирий в анамнезе.
- Сопутствующее психическое заболевание.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Амбулаторное ведение

- Лечение алкогольной абстиненции — только первый шаг в лечении пациента с основным заболеванием РСУА.
- Критерии для выписки.
 - Разработка плана привлечения пациента к дальнейшему лечению.
 - Переход к амбулаторному консультированию по вопросам употребления ПАВ, обращение в группы поддержки и/или лечебные учреждения.
 - Назначение доступного лекарственного лечения, например, акампролат («Кампрал»), налтрексон («Ревид», «Вивитрол») или дисульфирам («Антабус»).
- Акампролат (666 мг внутрь 3 раза в сутки): глутамат и модулятор ГАМК, предназначенный для уменьшения тяги к алкоголю.
 - Противопоказания: почечная недостаточность (клиренс креатинина <30 мл/мин).
- Налтрексон (50 мг/сут внутрь; 380 мг в/м каждые 4 нед): антагонист опиатных рецепторов, теоретически предназначенный для ослабления приятного воздействия алкоголя и уменьшения тяги к алкоголю. Лечение начинается после того, как пациент не принимает опиоиды в течение 7 дней.
 - Противопоказания: острый гепатит/печеночная недостаточность, сопутствующая опиоидная терапия.
- Дисульфирам (250 мг/сут внутрь): необратимо ингибирует альдегиддегидрогеназу, блокирует метаболизм алкоголя, приводит к накоплению ацетальдегида.
 - Вариант второй линии из-за ограниченных доказательств эффективности для профилактики рецидива.
 - Противопоказания: одновременный прием метронидазола и этанолсодержащих препаратов, психоз, тяжелое заболевание миокарда и окклюзия коронарной артерии.

Мониторинг пациента

Частое наблюдение для контроля за рецидивами.

Рекомендации пациенту

- Группа анонимных алкоголиков: <http://www.aa.org/>



- Восстановление SMART (тренинг по самостоятельному лечению и восстановлению): <http://www.smartrecovery.org/>



- Национальный институт по борьбе со злоупотреблением алкоголем и алкоголизмом: <http://www.niaaa.nih.gov/guide/>



ПРОГНОЗ

Смертность от тяжелой абстиненции (алкогольный делирий) составляет 1–5%.

ОСЛОЖНЕНИЯ

Чаще встречается у лиц, у которых были предшествующие эпизоды абстиненции или сопутствующие заболевания.

ИСТОЧНИКИ

1. Moyer V.A.; for the Preventive Services Task Force. Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2013;159(3):210–218.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington, V. A.: American Psychiatric Association; 2013.
3. Amato L., Minozzi S., Vecchi S. et al. Benzodiazepines for alcohol withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010; (3):CD005063.
4. Amato L, Minozzi S., Davoli M. Efficacy and safety of pharmacological interventions for the treatment of the alcohol withdrawal syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(6):CD008537.
5. Minozzi S., Amato L., Vecchi S. et al. Anticonvulsants for alcohol withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010; (3):CD005064.
6. Mayo-Smith M.F., Beecher L.H., Fischer T.L. et al.; for the Working Group on the Management of Alcohol Withdrawal Delirium, Practice Guidelines Committee, American Society of Addiction Medicine. Management of alcohol withdrawal delirium. An evidence-based practice guideline. *Arch Intern Med.* 2004;164(13):1405–1412.
7. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению абстинентного синдрома, 2014. Режим доступа: <https://minzdrav.gov-murman.ru/documents/poryadki-okazaniya-meditsinskoy-pomoshchi/1642.pdf>



ДРУГИЕ ПОЛЕЗНЫЕ ИСТОЧНИКИ

- Ricks J.I., Replogle W.H., Cook N.J. FPIN's clinical inquiries. Management of alcohol withdrawal syndrome. *Am Fam Physician.* 2010;82(4):344–347.
- Sarff M., Gold J.A. Alcohol withdrawal syndromes in the intensive care unit. *CritCareMed.* 2010;38(Suppl 9):S494–S501.

СМ. ТАКЖЕ

- Злоупотребление психоактивными веществами.

КОДЫ МКБ-10

- F10.239 Алкогольная зависимость с синдромом отмены, неуточненная.
- F10.230 Алкогольная зависимость с синдромом отмены, неосложненная.
- F10.231 Алкогольная зависимость с делирием при абстиненции.

ВАЖНО

- Любая доза бензодиазепинов подбирается индивидуально, должна быть достаточна для достижения и поддержания легкой сонливости (например, сон, но легко пробуждаемый) и осторожно уменьшена даже после разрешения САА, чтобы предотвратить синдром отмены бензодиазепинов.
- Вводить тиамин до получения пациентом глюкозы, чтобы не усугубить энцефалопатию Вернике.
- Избегать введения диазепам и лоразепам в/м из-за неустойчивого всасывания.
- Лечение САА — первый шаг в лечении РСУА. Необходимо убедиться, что у пациента есть возможность амбулаторного наблюдения для продолжения лечения.

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ

Абсцесс молочной железы — локализованное скопление инфицированной жидкости в паренхиме молочной железы.

- Всегда вторичная патология.
- Может сопровождаться лактацией или формированием свища, вызванного плоскоклеточным новообразованием или окклюзией протока.
- Поражаемые системы и органы: кожа, иммунная.
- Синонимы: абсцесс молочной железы, периферический абсцесс молочной железы, субареолярный абсцесс, послеродовой абсцесс.

ОСОБЕННОСТИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Заболевание чаще всего ассоциировано с послеродовой лактацией.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- Преимущественно репродуктивный возраст и перименопаузальный период.
 - Послеродовой абсцесс: лактационный.
 - Субареолярный абсцесс: в период от перименопаузы до постменопаузы.
- Преобладающий пол: женский.
- Более высокий уровень заболеваемости среди представительниц афроамериканской расы, страдающих СД, курящих.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ

- У 0,4–11,0% кормящих; по данным Американской академии педиатрии, секции грудного вскармливания (США) — у 3%.
- Чаще наблюдается в течение 6 нед после родов и во время отлучения от груди.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

- Послеродовые абсцессы:
 - недостаточное лечение мастита;
 - лактостаз;
 - закупорка млечного протока, вызывающая застой, приводящий к размножению микроорганизмов и образованию вторичных абсцессов.
- Субареолярный абсцесс: ассоциирован с плоскоклеточной метоплазией эпителия млечного протока, кераиновыми пробками, эктазией протока, образованием фистулы.
- Микробиология.
 - Наиболее распространенным возбудителем является *Staphylococcus aureus*.
 - Менее распространенные возбудители:
 - *Streptococcus pyogenes*, *Escherichia coli*, *Bacteroides*;
 - *Corynebacterium*;
 - *Pseudomonas*;
 - *Proteus*.
 - Метициллинорезистентный *S. aureus* (MRSA) является распространенным возбудителем.

ФАКТОРЫ РИСКА

- Возраст роженицы >30 лет.
- Первые роды.
- Гестационный возраст >41 нед.
- Послеродовой мастит.
 - ~11% случаев прогрессируют до абсцесса.
- Развивается чаще всего вследствие неадекватной терапии.
 - Факторы риска (причины застоя):
 - нечастые или пропущенные кормления;
 - недостаточная сила захвата соска ребенком;
 - повреждение или раздражение соска;
 - неправильное применение молокоотсоса;
 - заболевание матери или ребенка;
 - быстрое отнятие от груди, закупоривание протока;
 - работа матери вне дома;
 - проблемы грудного вскармливания, выявленные консультантом в больнице.
- Общие факторы риска:
 - курение;
 - СД;
 - ожирение;
 - РА.
- Факторы риска, связанные с медицинской помощью:
 - ГК;
 - силиконовый или парафиновый имплантат;
 - секторальная резекция с лучевой терапией;
 - неадекватная антибиотикотерапия при лечении мастита;

- местные противогрибковые препараты для лечения мастита.
- Втяжение соска.
- Пирсинг соска (мастит, субареолярный абсцесс).
- Большая частота рецидивирования в случае полимикробного абсцесса.

ПРОФИЛАКТИКА

- Частое опорожнение молочной железы при кормлении и/или сцеживании для предотвращения мастита.
- Раннее лечение мастита с помощью сцеживания молока, антибиотикотерапии и применения компрессов.
- Отказ от курения.

АССОЦИИРОВАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И СОСТОЯНИЯ

Лактация, отлучение от груди.

ДИАГНОСТИКА

АНАМНЕЗ

- Болезненное опухолевидное образование молочной железы, обычно одностороннее.
- Грудное вскармливание, отлучение от груди, возвращение к работе.
- Период пери- или постменопаузы.
- Общая слабость (обычно менее выраженная, чем при мастите).
- Ограниченное покраснение, отек и боль.
- Лихорадка, тошнота, рвота.
- Самопроизвольное отделяемое из соска.
- Перенесенная инфекция молочной железы.

СД.

ФИЗИКАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

- Лихорадка, тахикардия (присутствуют не всегда).
- Покраснение кожи над абсцессом.
- Пальпаторная болезненность, флюктуация.
- Уплотнение.
- Локальный отек.
- Истечение гноя, изъязвления кожи.
- Втяжение соска и/или кожи.
- Регионарная лимфаденопатия.
- Послеродовые абсцессы, как правило, периферические; нелактационные абсцессы чаще встречаются в пери- или субареолярной области.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

- Нагрубание молочных желез.
- Закупоривание протока молочной железы.
- Галактоцеле (иногда обозначаемое как «молочное озеро»).
- Фиброзно-кистозное поражение молочных желез.
- Жировой некроз.
- Туберкулез (может быть ассоциирован с ВИЧ-инфекцией).
- Саркоидоз, гранулематозный мастит.
- Сифилис.
- Реакции на инородные тела (например, на силикон и парафин).
- Эктазия протока молочной железы.
- Злокачественное новообразование (воспалительный или первичный плоскоклеточный очаг).

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ТЕСТЫ

- УЗИ, помогает выявить скопление жидкости.
- ОАК (лейкоцитоз), повышение СОЭ.
- Посев сцеженного грудного молока или инфицированного аспирата для определения бактериальной культуры и ее чувствительности к антибиотикам (обычно *Staphylococcus* или *Streptococcus*).
- MRSA является частым возбудителем как лактационного, так и нелактационного абсцесса.
- Другие бактерии.
 - Нелактационный абсцесс и рецидивирующие абсцессы ассоциированы с анаэробными бактериями.
 - Реже высеваются *E. coli*, протей или смешанная бактериальная инфекция.
- Маммография — для исключения опухоли (обычно не требуется при остром течении).

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ДРУГИЕ ПРОЦЕДУРЫ

Игольная аспирация для взятия посева (не исключает неопластический процесс), цитологическое исследование (особенно у нелактацирующих пациенток).

ЛЕЧЕНИЕ

ОБЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

- Холодные и/или теплые компрессы для обезболивания.

- Следует продолжать кормление грудью или сцеживание молока для поддержания оттока из пораженной молочной железы.
- Лечение антибиотиками без дренирования послеродового абсцесса неэффективно.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ

Тактика основывается на сочетании антибиотикотерапии и дренирования абсцесса.

ПЕРВАЯ ЛИНИЯ ТЕРАПИИ

- НПВС для обезболивания и в качестве жаропонижающих.
- Эмпирическое назначение антибиотикотерапии, спектр действия которой включает внебольничный MRSA.
- Противопоказания: аллергия на антибиотики.
- Антибиотикотерапия: на основании результатов посева и определения чувствительности к антибиотикам.
- Оптимальная антибиотикотерапия первой линии по поводу мастита — диклоксациллин по 500 мг 4 раза в сутки или цефалоспорины I поколения, клиндамицин в случае аллергии на пенициллин.
- Нетяжелая инфекция.
 - Сульфаметоксазол + триметоприм — внутрь по 1–2 таблетки 10–14 дней.
 - Клиндамицин — по 300–450 мг внутрь 4 раза в сутки при аллергии на пенициллин или при наличии анаэробных возбудителей [С].
- При тяжелых инфекциях может потребоваться применение ванкомицина в стационарных условиях [С].
 - Доза — 30 мг/кг в сутки в/в (суточная доза вводится в два приема до получения результатов посева).
- Даптомицин (альтернатива ванкомицину) — по 4 мг/кг 1 раз в сутки (амбулаторно), что позволяет кормящим матерям часто кормить и сцеживать молоко в домашних условиях [С].

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Дренировать все абсцессы на фоне лечения антибиотиками.

- Игольная аспирация под УЗ-контролем (или без него) для абсцессов размером <3 см (могут потребоваться последовательные аспирации).
- Рассмотреть возможность установки чрескожного катетера под УЗ-контролем, если размер абсцесса превышает 3 см.
- Рекомендуется вскрытие и дренирование, если размер абсцесса превышает 5 см, а также при его рецидивировании или хроническом течении.
- Необходима биопсия всех непослеродовых абсцессов для исключения злокачественного процесса, удаления всех свищевых ходов у нелактацирующих пациенток.

НЕТРАДИЦИОННАЯ И АЛЬТЕРНАТИВНАЯ МЕДИЦИНА

- Добавки с лецитином.
- Иголкальвание может помочь с застоем в молочных железах и предотвратить абсцесс молочной железы.
- Лимфатический массаж груди может облегчить застой.

ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ И НАБЛЮДЕНИЕ В СТАЦИОНАРЕ

- Амбулаторное лечение, если только пациентка не страдает иммунодефицитом, септическим процессом или не нуждается в антибиотикотерапии в условиях стационара.
- Стационарный молокоотсос должен быть доступен пациенткам с момента поступления.

РЕКОМЕНДАЦИИ

АМБУЛАТОРНОЕ ВЕДЕНИЕ

Мониторинг пациента

Убедитесь в полном разрешении процесса для исключения злокачественных новообразований.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТУ

- Уход за раной, покой, сцеживание грудного молока.
- Продолжить грудное вскармливание или сцеживание (если грудное вскармливание невозможно из-за расположения абсцессов), чтобы предотвратить застой.

ПРОГНОЗ

- Заживление дренированных абсцессов занимает 8–10 дней.
- Субареолярные абсцессы часто рецидивируют даже после их вскрытия и дренирования с применением антибиотиков, может потребоваться хирургическое удаление протоков.

ОСЛОЖНЕНИЯ

- ♦ Свищ: фистула молочных протоков или молочной железы.
- ♦ Неблагоприятный косметический исход.
- ♦ Досрочное прекращение грудного вскармливания.

ИСТОЧНИКИ

1. Lam E., Chan T., Wiseman S.M. Breast abscess: evidence based management recommendations. *Expert Rev Anti Infect Ther.* 2014;12(7):753–762.
2. Amir L.; for Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #4: mastitis, revised March 2014. *Breastfeed Med.* 2014;9(5):239–243.
3. Irusen H., Rohwer A.C., Steyn D.W. et al. Treatments for breast abscesses in breastfeeding women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(8):CD010490.
4. Branch-Elliman W., Golen T.H., Gold H.S. et al. Risk factors for *Staphylococcus aureus* postpartum breast abscess. *Clin Infect Dis.* 2012;54(1):71–77.
5. Jari I., Naum A.G., Ursaru M. et al. Breast infections: diagnosis with ultrasound and mammography. *Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi.* 2015;119(2):419–424.

6. Stevens D.L., Bisno A.L., Chambers H.F. et al.; for Infectious Diseases Society of America. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis.* 2014;59(2):e10–e52.

ДРУГИЕ ПОЛЕЗНЫЕ ИСТОЧНИКИ

- ♦ Chandika A.B., Gakwaya A.M., Kiguli-Malwadde E. et al. Ultrasound guided needle aspiration versus surgical drainage in the management of breast abscesses: a Ugandan experience. *BMC Res Notes.* 2012;5:12.

**КОДЫ МКБ-10**

- ♦ N61 Воспалительные болезни молочной железы.
- ♦ O91.13 Абсцесс молочной железы на фоне лактации.
- ♦ O91.12 Абсцесс молочной железы в послеродовом периоде.

ВАЖНО

- ♦ ~0,4–11,0% случаев послеродового мастита прогрессируют до абсцесса (чаще всего из-за недостаточной терапии мастита).

- ♦ Факторы риска возникновения мастита обусловлены застоем молока (плохое отхождение молока, редкое кормление, пропуск кормления, отлучение от груди).
- ♦ При абсцессах, не связанных с лактацией, следует назначить антибиотики, действующие на анаэробные бактерии, а также исключить наличие злокачественных новообразований.
- ♦ Наилучшим вариантом лечения большинства абсцессов молочной железы является сочетание применения антибиотиков и игольной аспирации.
- ♦ Игольная аспирация абсцесса молочной железы под УЗ-контролем предпочтительнее вскрытия и дренирования в большинстве случаев из-за лучшего косметического эффекта и более быстрого выздоровления.
- ♦ Опорожнять молочную железу (кормление, отсасывание или сцеживание грудного молока) при инфекциях, связанных с кормлением грудью.

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие к изданию на русском языке	V	Болезнь Лайма	99
Как пользоваться книгой	VI	Болезнь легионеров	101
Участники издания	VII	Болезнь Осгуда–Шлаттера (апофизит бугристости большеберцовой кости)	103
Предисловие к изданию на английском языке	VIII	Болезнь Паркинсона	105
Доказательная медицина	IX	Болезнь периферических артерий	107
Посвящение	XII	Болезнь тепловая: тепловое истощение и тепловой удар	109
Слова благодарности	XII	Болезнь фон Виллебранда	111
Авторы	XIII	Боль в колене	113
Список сокращений	XLVIII	Боль в нижней части спины	115
Клиническая медицина. Статьи	1	Боль в плече	117
Абсансы	3	Боль невропатическая	119
Абстиненция алкогольная	5	Боль хроническая	121
Абсцесс молочной железы	7	Бородавки	123
Адгезивный капсулит (синдром «замороженного плеча»)	9	Бронхиолит	125
Аденоз вагинальный	11	Бронхит острый	127
Аденома гипофиза	13	Бронхоэктазия	129
Аденомиоз	15	Брюшной тиф	131
Акне обыкновенные	17	Булимия нервная	133
Акне розацеа	19	Бурсит большого бугра бедренной кости (болевого синдром большого вертела)	135
Аллергия пищевая	21	Бурсит «гусиной лапки» (синдром «гусиной лапки»)	137
Алопеция	23	Вагинизм/диспареуния	138
Алопеция телогеновая	25	Вагинит и вагиноз	140
Аменорея	27	Вальгусная деформация I пальца стопы	142
Ангионевротический отек	29	Варикозное расширение вен	144
Аневризма брюшного отдела аорты	31	Варикозное расширение вен пищевода	147
Анемия апластическая	33	Васкулиты	149
Анемия железодефицитная	35	Ведение беременности	151
Анемия серповидноклеточная	38	Ветряная оспа	154
Анемия хронических заболеваний	40	Витаминов дефицит	156
Антифосфолипидный синдром	42	Витилиго	158
Аппендицит острый	44	ВИЧ/СПИД (ВИЧ-инфекция)	160
Артериальная гипертензия, вторичная и резистентная	46	Внешние причины заболеваемости и насилие	163
Артрит псориатический	48	Воспалительные заболевания органов малого таза	165
Артрит реактивный (синдром Рейтера)	50	Вросший ноготь на ноге	167
Артрит ревматоидный	52	Вульвовагинит в пубертатном возрасте	169
Артрит септический	54	Вульвовагинит и недостаток эстрогена	171
Артрит юношеский (ювенильный) идиопатический	56	Вульводиния	173
Астма бронхиальная	58	Высотная болезнь (высотная гипоксия)	175
Асцит	60	Галакторея	177
Ателектаз	62	Гастрит	179
Ацидоз почечный тубулярный	64	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	181
Бабезиоз	66	Гематурия	183
Бактериурия бессимптомная	68	Геморрой	186
Баланопостит, фимоз и парафимоз	70	Гемофилия	188
Бездомность	72	Гемохроматоз наследственный	190
Беременность внематочная (эктопическая)	74	Гепарин-индуцированная тромбоцитопения	192
Бесплодие	76	Гепатит А	194
Бешенство	78	Гепатит В	196
Биполярное аффективное расстройство I типа	80	Гепатит С вирусный	198
Биполярное аффективное расстройство II типа	83	Герпес генитальный	200
Болезнь Альцхаймера	86	Герпес опоясывающий (<i>herpes zoster</i> , опоясывающий лишай)	202
Болезнь Венсана	89	Герпес простой	204
Болезнь Грейвса (тиреотоксикоз, базедова болезнь)	91	Герпетические инфекции глаз	206
Болезнь дивертикулярная	93	Гигантоклеточный артериит	208
Болезнь Крона	95	Гидраденит гнойный	210
Болезнь Кушинга и синдром Кушинга	97		

Гидронефроз	212	Диабетический кетоацидоз	336
Гидроцеле	214	Диарея острая	338
Гидроцефалия нормального давления	216	Диарея хроническая	340
Гингивит	218	Дисгидроз	343
Гинекомастия	220	Дисменорея	345
Гиперкалиемия	222	Диспареуния	347
Гипернатриемия	224	Диспепсия функциональная	349
Гиперпаратиреоз	226	Дисплазия шейки матки и аномальные результаты мазка по Папаниколау	351
Гиперпролактинемия	228	Дисфагия	353
Гиперспленизм	230	Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава	355
Гипертензия легочная артериальная	232	Дисфункция евстахиевой трубы	357
Гипертензия портальная	234	Диффузные интерстициальные заболевания легких	359
Гипертензия эссенциальная	236	Доброкачественная гиперплазия предстательной железы	361
Гипертиреоз	239	Домашнее насилие	363
Гипертриглицеридемия	241	Жестокое обращение с детьми	365
Гиперхолестеринемия	243	Жестокое обращение с пожилыми	367
Гиперчувствительность каротидного синуса	245	Запор	369
Гипогликемия диабетическая	247	Здоровье геев	371
Гипогликемия недиабетическая	249	Здоровье лесбиянок	373
Гипокалиемия	251	Здоровье трансгендеров	375
Гипонатриемия	253	Злокачественные новообразования яичек	377
Гипопаратиреоз	255	Злоупотребление лекарственными средствами	379
Гипотермия	257	Злоупотребление психоактивными веществами	381
Гипотиреоз	259	Зуд вульвы	383
Гирсутизм	261	Зуд заднего прохода	384
Глаукома закрытоугольная	263	Икота	386
Глаукома открытоугольная	265	Импетиго	388
Гломерулонефрит острый	267	Инсомния	390
Гломерулонефрит постинфекционный	269	Инсульт, острое нарушение мозгового кровообращения	392
Головная боль кластерная	271	Интерстициальный нефрит	394
Головная боль мигрень	273	Инфекции кожи, вызванные метициллинорезистентным золотистым стафилококком	397
Головокружение	275	Инфекции одонтогенные	399
Головокружение доброкачественное позиционное пароксизмальное	279	Инфекционный моноклеоз	401
Гранулема кольцевидная	281	Инфекция вирусная респираторно-синцитиальная	403
Гранулема пиогенная	283	Инфекция гонококковая	405
Грипп	284	Инфекция мочевыводящих путей у женщин	407
Грудное вскармливание	286	Инфекция мочевыводящих путей у мужчин	409
Грыжа	289	Инфекция <i>Clostridium difficile</i>	411
Дегидратация	291	Истинная полицитемия	413
Декубитальная язва (пролежни)	293	Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия напряжения стабильная	415
Делирий	295	Кандидоз кожи и слизистых оболочек	417
Деменция	297	Кардиомиопатия	419
Деменция сосудистая	300	Кардиомиопатия транзиторная стрессовая	421
Депрессия	302	Карцинома протоковая <i>in situ</i>	423
Депрессия подростковая	304	Катаракта	425
Депрессия послеродовая	306	Кашель хронический	427
Депрессия у пожилых	308	Кератоакантома	429
Депрессия фармакорезистентная	310	Кератоз актинический	431
Дерматит атопический	312	Киста подколенной ямки (киста Бейкера)	433
Дерматит герпетиформный	314	Клопы постельные	434
Дерматит застойный	316	Когнитивное расстройство легкое	435
Дерматит контактный	318	Кожная аутосенсibilизация	437
Дерматит пеленочный	320	Кожные реакции на прием лекарственных средств	438
Дерматит себорейный	322	Коклюш	440
Детский церебральный паралич	324	Колит ишемический	442
Дефект межжелудочковой перегородки	326	Колит язвенный	444
Дефект межпредсердной перегородки	328		
Дефицит витамина D	330		
Дефицит тестостерона	332		
Диабетическая ретинопатия	334		

Комплементарная и альтернативная медицина	446	Нарколепсия	585
Консультирование перед путешествиями	448	Нарушение толерантности к глюкозе	587
Контагиозный моллюск	450	Нарушения эякуляции	589
Контрактура Дюпюитрена	452	Неалкогольная жировая болезнь печени	591
Контрацепция	454	Невралгия тройничного нерва	593
Конъюнктивит острый	456	Неврит зрительного нерва	595
COVID-19, коронавирусная инфекция, вызванная SARS-CoV-2	458	Неврома Мортона (межпальцевая неврома)	597
Корь	467	Невусы диспластические (атипичные родимые пятна)	599
Костохондрит (болезнь Титце)	469	Недержание кала	601
Крапивница	470	Недержание мочи у женщин	603
Краснуха	472	Недержание мочи у мужчин	605
Крипторхизм	474	Недостаток витамина В ₁₂	607
Кровотечение вагинальное во время беременности	476	Недостаточность протеина С	609
Кровотечение носовое	478	Недостаточность протеина S	611
Круп (ларинготрахеобронхит)	480	Нейропатия периферическая	613
Лабиринтит	482	Нейрофиброматоз	615
Ларингит	484	Непереносимость лактозы	618
Латентная туберкулезная инфекция	486	Нервная анорексия	620
Легочное сердце	488	Нефрит волчаночный	622
Лейкоз острый лимфобластный	490	Нефротический синдром	624
Лейкоз острый миелоидный	493	Никотиновая зависимость	626
Лейкоз хронический лимфоцитарный	495	Обморок	629
Лейкоз хронический миелоидный	497	Обморок вазовагальный (рефлекторный)	631
Лейкоплакия полости рта	499	Обсессивно-компульсивный синдром	633
Лимфангит	501	Ожирение	635
Лимфедема	503	Ожог глаз химический	637
Лимфома Ходжкина	505	Ожоги	639
Лихорадка неясного генеза	508	Онихомикоз	641
Лихорадка пятнистая Скалистых гор	510	Опухоли легких злокачественные первичные	643
Лихорадка ревматическая	512	Опухоль Вильмса	646
Лишай красный плоский	514	Опущение матки и тазовых органов	649
Лишай простой хронический	516	Остеоартрит (остеоартроз)	651
Лямблиоз	518	Остеомиелит	654
Макулодистрофия (возрастная макулярная дегенерация)	520	Остеопороз и остеопения	656
Малярия	522	Остроконечные кондиломы	659
Марижуана медицинская	524	Острый коронарный синдром без подъема ST	661
Мастит	526	Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST	663
Мастоидит	528	Отит наружный	665
Медицинская помощь пожилым	530	Отит средний, острый	667
Мезотелиома	533	Отит средний, экссудативный	669
Меланома кожи	535	Отморожение	671
Менингит бактериальный	539	Отравление ацетаминофеном (парацетамолом)	673
Менингит вирусный	543	Отравление свинцом	675
Менингококковая инфекция	546	Отравление угарным газом	677
Менопауза	548	Отслойка сетчатки	679
Меноррагия (тяжелое менструальное кровотечение)	550	Отсутствие прибавки массы тела	681
Метаболический синдром	552	Паллиативная помощь	683
Метатарзалгия	554	Панкреатит острый	684
Миастения гравис	556	Паралич Белла	687
Миелодиспластический синдром	558	Парвовирус В19	689
Миелолиферативные заболевания	560	Паронихия	691
Микоз стоп	562	Паротит острый и хронический	693
Микозы	564	Паротит эпидемический	695
Миома матки	566	Пателлофemorальный болевой синдром	697
Митральный стеноз	568	Патологическое (дисфункциональное) маточное кровотечение	698
Младенческая колика	570	Педикулез	700
Многоформная эритема	572	Перекут яйца	702
Множественная миелома	574	Перелом голеностопного сустава	703
Мозоли и оmozолелости	577	Перелом стрессовый	705
Молоткообразная деформация пальцев стопы	579	Перикардит	707
Муковисцидоз (кистозный фиброз)	581	Перитонит	709
Мышечные дистрофии	583	Пиелонефрит	711

Пилоростеноз	713	Расстройства судорожные	837
Пищевод Барретта	715	Расстройство игровое	839
Планирование медицинской помощи	717	Расстройство личности	840
Плевральный выпот (синдром плеврального выпота)	719	Расстройство личности пограничное	842
Пневмонит гиперчувствительный (аллергический)	721	Расстройство паническое	845
Пневмония бактериальная	723	Расстройство посттравматическое стрессовое	847
Пневмония микоплазменная	725	Расстройство соматоформное (соматизация)	849
Пневмония пневмоцистная	727	Растяжение связок голеностопного сустава	851
Поведенческие проблемы детей	729	Растяжение связок и мышц	853
Подагра	731	Рвота беременных чрезмерная (тяжелая)	855
Подошвенный фасцит	733	Регургитация митральная	857
Полиартериит узелковый	735	Резус-несовместимость	859
Поликистозная болезнь почек	737	Респираторный дистресс-синдром новорожденных	861
Полимиалгия ревматическая	739	Респираторный дистресс-синдром острый	862
Полимиозит и дерматомиозит	741	Ринит аллергический	864
Полинейропатия диабетическая	744	Рожистое воспаление	866
Полипы носа	746	Розеола	868
Полипы толстой кишки	747	Сальмонеллез	870
Посткоммоционный синдром (травматическое повреждение головного мозга легкой степени)	749	Самопроизвольный выкидыш (ранняя потеря беременности)	872
Посттравматический синдром после изнасилования	751	Саркоидоз	875
Почечная недостаточность острая	753	Сахарный диабет 1-го типа	877
Предменструальный синдром и предменструальное дисфорическое расстройство	755	Сахарный диабет 2-го типа	879
Предоперационная оценка пациента	757	Себорейный кератоз	881
Преждевременные роды	759	Сезонное аффективное расстройство	883
Пресбиакузис	761	Сексуальная дисфункция у женщин	885
Презеклампсия и эклампсия (токсикоз беременных)	763	Сердечная недостаточность, острая декомпенсация	887
Приапизм	766	Серотониновый синдром	889
Пролапс митрального клапана	768	Сиаладенит. Камни слюнных желез	891
Простатит	770	Синдром беспокойных ног	893
Протеинурия	772	Синдром верхней апертуры грудной клетки	895
Протромбин 20210 (мутация гена)	774	Синдром Гийена–Барре	897
Псевдоподагра	776	Синдром Дауна	899
Псевдофолликулит	778	Синдром дефицита внимания и гиперактивности у взрослых	901
Психоз	780	Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей	903
Психотерапия и консультирование	783	Синдром Жильбера	905
Псориаз	785	Синдром зависимости от алкоголя	906
Пурпура Шенлейна–Геноха	787	Синдром запястного канала	909
Рабдомиолиз	789	Синдром Золлингера–Эллисона	911
Рабдомиосаркома	791	Синдром Кавасаки	913
Разноцветный лишай	793	Синдром комплексной регионарной боли	915
Разрыв кисты яичника	795	Синдром неадекватной секреции антидиуретического гормона	917
Рак базальноклеточный	797	Синдром обструктивного апноэ во сне	919
Рак влагалища	799	Синдром периодических движений конечностями	921
Рак вульвы	801	Синдром поликистоза яичников	923
Рак кожи плоскоклеточный (плоскоклеточная карцинома)	803	Синдром раздраженного кишечника	925
Рак молочной железы	805	Синдром Рейно	927
Рак мочевого пузыря	808	Синдром соударения ротаторной манжеты плеча (импинджмент-синдром плеча)	929
Рак поджелудочной железы	810	Синдром Туретта	931
Рак предстательной железы	813	Синдром удлиненного интервала Q–T	933
Рак толстой кишки	815	Синдром укачивания	935
Рак шейки матки	818	Синдром Хорнера	937
Рак щитовидной железы	820	Синдром хронической усталости	939
Рак эндометрия и саркома матки	822	Синдром Шегрена	941
Рак яичников	824	Синдром щелкающего пальца (стенозирующий тендосиновит пальца)	943
Рассеянный склероз	827	Синусит	944
Расстройства аутистического спектра	829	Системная красная волчанка	946
Расстройства обоняния и вкуса	831	Сифилис	949
Расстройства, связанные с употреблением марихуаны (каннабиса)	833	Скарлатина	951
Расстройства сна при сменном графике работы	835	Склерит	953
		Склеродермия	955

Спондилит анкилозирующий	957	Цирроз печени	1083
Ссадина и изъязвление роговицы	959	Цистит интерстициальный	1085
Стеноз аортального клапана	961	Черепно-мозговая травма	1087
Стеноз позвоночного канала	963	Чесотка	1089
Стеноз сонной артерии	965	Шизофрения	1091
Стоматит афтозный	967	Эндокардит инфекционный	1094
Стоматит энтеровирусный везикулярный	969	Эндомиоз	1096
Стресс-синдром большеберцовый медиальный	970	Эндометрит и другие инфекции послеродового периода	1098
Субконъюнктивальное кровоизлияние	972	Энкопрез	1100
Судороги фебрильные	973	Энтеробиоз	1102
Суицид	975	Энурез	1103
Сыпной тиф	977	Энцефалопатия печеночная	1105
Талассемия	979	Эпидидимит	1107
Теносиновит (синдром де Кервена)	981	Эпикондилит	1109
Тиннитус	983	Эпилептические припадки фокальные	1111
Тиреоидит	985	Эписклерит	1113
Токсикоинфекция пищевая	987	Эпителиальный копчиковый ход (пилонидальная болезнь)	1114
Токсоплазмоз	989	Эректильная дисфункция	1115
Травма мениска	992	Эритема узловатая	1117
Транзиторная ишемическая атака	994	Язвенная болезнь	1119
Трахеит бактериальный	996	Язвы при венозной недостаточности	1121
Тревожное расстройство генерализованное	998	Ячмень (гордеолум)	1123
Тремор эссенциальный	1000		
Трещина заднего прохода	1002	Диагностика и лечение. Алгоритмы	A-1
Триада спортсменов	1004	Азотемия и уремия	A-3
Трихомоиаз	1006	Акне	A-4
Тромбоз (тромбофлебит) глубоких вен	1008	Алкогольная абстиненция. Лечение	A-5
Тромботическая микроангиопатия	1010	Аменорея вторичная	A-6
Тромбофилия и состояния гиперкоагуляции	1012	Анемия	A-7
Тромбофлебит поверхностный	1014	Анемия серповидноклеточная острая. Диагностика и лечение	A-8
Тромбоцитопения иммунная	1016	Артериальная гипотензия	A-10
Тромбоземболия легочной артерии	1018	Атаксия	A-11
Туберкулез	1020	Ацидоз	A-12
Тугоухость (потеря слуха)	1022	Бесплодие	A-13
Туннельный синдром тарзальный (предплюсневый).	1024	Болезнь Паркинсона. Лечение	A-14
Увеит	1026	Боль в верхних отделах живота	A-15
Укусы животных и человека	1029	Боль в груди. Острый коронарный синдром	A-16
Укусы и укушения членистоногими	1031	Боль в животе хроническая	A-17
Умственная отсталость (интеллектуальная несостоятельность)	1033	Боль в колене	A-18
Употребление табака и курение	1035	Боль в нижних отделах живота	A-19
Уретрит	1038	Боль в области таза	A-20
Уролитоиз	1040	Боль в плече. Лечение	A-21
Усыновление иностранных детей	1043	Боль в пояснице хроническая	A-22
Утопление несмертельное	1045	Боль хроническая и скованность в суставах	A-23
Фактор V Лейдена	1047	Боль хроническая. Диагностика	A-24
Фарингит	1049	Бронхиальная астма у детей. Обострение	A-25
Фибрилляция и трепетание предсердий	1051	Бронхиальная астма. Стартовая терапия	A-26
Фиброз легких	1053	Бронхиальная астма. Поддерживающая терапия	A-27
Фиброзно-кистозные изменения молочных желез	1055	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Диагностика и лечение	A-28
Фибромиалгия	1057	Гематурия	A-29
Флегмона	1059	Гепатомегалия	A-30
Флегмона глазницы	1061	Гиперкалиемия	A-31
Флегмона периорбитальная	1063	Гиперкальциемия	A-32
Фолликулит	1065	Гиперлипидемия	A-33
Фурункулез	1067	Гипернатриемия	A-34
Хламидийная инфекция (передаваемая половым путем)	1069	Гипертриглицеридемия	A-35
Хлыстовая травма шейного отдела позвоночника	1071	Гипоальбуминемия	A-36
Холелитиаз	1073	Гипогликемия	A-37
Хроническая болезнь почек	1075	Гипокалиемия	A-38
Хроническая обструктивная болезнь легких и эмфизема	1077	Гипокальциемия	A-39
Хроническая сердечная недостаточность	1079	Гипонатриемия	A-40
Целиакия	1081		

Головная боль хроническая	A-41	Повышение АСТ	A-80
Головокружение	A-42	Повышение лактатдегидрогеназы	A-81
Делирий	A-43	Повышение щелочной фосфатазы	A-82
Деменция	A-44	Половое созревание раннее	A-83
Депрессия. Эпизод большого депрессивного расстройства	A-45	Предоперационная оценка пациента некардиологического профиля	A-84
Дефицит витамина D	A-46	Протеинурия	A-85
Диабетический кетоацидоз. Лечение	A-47	Сахарный диабет 2-го типа. Лечение	A-86
Диарея хроническая	A-48	Синдром красного глаза	A-87
Диспепсия	A-49	Синкопе	A-88
Дисфагия	A-50	Снижение массы тела непреднамеренное	A-89
Желтуха и гипербилирубинемия	A-51	Сотрясение головного мозга. Диагностика спортивной травмы	A-90
Жестокое обращение с ребенком	A-52	Судороги впервые возникшие	A-91
Запор. Диагностика и лечение (взрослые)	A-53	Суицид. Оценка риска	A-92
Запор. Лечение (дети)	A-54	Сыпь	A-93
Изменения ногтей	A-55	Тахикардия	A-95
Контрацепция	A-56	Тиннитус (шум в ушах)	A-96
Кровотечение вагинальное патологическое	A-58	Транзиторная ишемическая атака и транзиторный неврологический дефицит	A-97
Кровотечение из верхних отделов ЖКТ. Гематемезис	A-59	Тремор	A-98
Кровотечение из прямой кишки. Гематохезия	A-60	Тромбоз глубоких вен. Диагностика	A-99
Лейкоцитоз	A-61	Тромбоз глубоких вен. Лечение	A-100
Лимфаденопатия	A-62	Тромбоцитопения	A-101
Лимфопения (лимфоцитопения)	A-63	Тромбоэмболия легочной артерии. Диагностика	A-102
Лихорадка в первые 3 мес жизни	A-64	Тромбоэмболия легочной артерии. Лечение	A-103
Лихорадка неясного генеза	A-65	Утомляемость	A-104
Мазок Папаниколау у женщин в возрасте 21–24 лет	A-66	Хлыстовая травма шеи	A-105
Мазок Папаниколау у небеременных женщин в возрасте 25 лет и старше	A-67	Хроническая обструктивная болезнь легких. Диагностика и лечение	A-107
Менопауза. Диагностика и лечение	A-68	Хроническая сердечная недостаточность. Дифференциальная диагностика	A-109
Мигрень. Лечение	A-70	Цирроз печени	A-110
Молочная железа. Пальпируемое образование	A-71	Шумы в сердце	A-111
Нарушения походки	A-72	Экзантемы у детей. Диагностика	A-112
Нарушения сердечного ритма (аритмии)	A-73	Эритроцитоз	A-113
Нейтропения	A-74	Язвы половых органов	A-114
Обезвоживание (дети)	A-75		
Отравление ЛС	A-76	Предметный указатель	У-1
Отравление ЛС. Лечение	A-77		
Отравление парацетамолом. Лечение	A-78		
Отравление салицилатами. Лечение	A-79		