

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие.....	6
Участники издания.....	7
Список сокращений и условных обозначений.....	9
Клинические рекомендации и доказательная медицина.....	11
Глава 1. Тактика врача-терапевта участкового при оказании медицинской помощи по поводу заболевания.....	13
1.1. Анемия желездефицитная.....	13
1.2. Анемия хронических заболеваний.....	13
1.3. Анемия, обусловленная дефицитом В ₁₂	14
1.4. Артериальная гипертензия.....	20
1.5. Бронхиальная астма.....	43
1.6. Внебольничная пневмония.....	61
1.7. Грипп.....	68
1.8. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.....	77
1.9. Дислипидемия.....	83
1.10. Инфекция мочевыводящих путей: пиелонефрит, цистит, бессимптомная бактериурия.....	90
1.11. Ишемическая болезнь сердца (хронический коронарный синдром).....	98
1.12. Новая коронавирусная инфекция (COVID-19).....	113
1.13. Ожирение.....	129
1.14. Остеоартроз.....	146
1.15. Остеопороз.....	153
1.16. Острая неспецифическая боль в нижней части спины.....	153
1.17. Острый тонзиллофарингит.....	164
1.18. Предиабет.....	172
1.19. Ревматоидный артрит.....	180
1.20. Сахарный диабет.....	188
1.21. Синдром раздраженного кишечника.....	200
1.22. Функциональная диспепсия.....	208
1.23. Хроническая болезнь почек.....	215
1.24. Хроническая обструктивная болезнь легких.....	223
1.25. Хроническая сердечная недостаточность.....	236
1.26. Язвенная болезнь.....	246
Глава 2. Тактика врача-терапевта участкового при оказании медицинской помощи при неотложных состояниях.....	254
2.1. Неотложная помощь при анафилактическом шоке.....	254
2.2. Неотложная помощь при ангионевротическом отеке.....	256
2.3. Неотложная помощь при гипертоническом кризе.....	259
2.4. Неотложная помощь при желудочно-кишечном кровотечении.....	267
2.5. Неотложная помощь при кардиогенном шоке.....	269
2.6. Неотложная помощь при отеке легких.....	273
2.7. Неотложная помощь при остром коронарном синдроме.....	275
2.8. Неотложная помощь при почечной колике.....	286
2.9. Неотложная помощь при приступе бронхиальной астмы.....	289
Глава 3. Тактика врача-терапевта участкового для раннего выявления онкологической патологии.....	291
Список литературы.....	296
Справочник лекарственных средств.....	296

ТАКТИКА ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА УЧАСТКОВОГО ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ

1.1. АНЕМИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ



1.2. АНЕМИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ



1.3. АНЕМИЯ, ОБУСЛОВЛЕННАЯ ДЕФИЦИТОМ В₁₂

В₁₂-дефицитная анемия (В₁₂-анемия) — заболевание, возникновение которого связано с дефицитом витамина В₁₂ в организме вследствие нарушения его поступления, усвоения, характеризующееся макроцитозом и гиперхромной анемией. Запасы витамина в организме взрослого человека (главным образом в печени) велики — около 5 мг, и если учесть, что суточная потеря витамина составляет 5 мкг, то полное истощение запасов при отсутствии поступления (нарушение всасывания, при вегетарианской диете) наступает только через 3–5 лет. В₁₂-анемия характеризуется развитием мегалобластного эритропоэза, внутрикостномозговым разрушением эритрокариоцитов, снижением количества эритроцитов и гемоглобина в периферической крови, лейкопенией, нейтропенией и тромбоцитопенией, а также поражением нервной системы по типу фуникулярного миелоза.

КОДЫ ПО МКБ-10, КЛАССИФИКАЦИЯ



ПРИМЕРЫ ДИАГНОЗОВ

- Дивертикулез толстого кишечника. В₁₂-дефицитная анемия средней степени тяжести.
- Дифиллоботриоз. В₁₂-дефицитная анемия в стадии ремиссии.
- В₁₂-дефицитная анемия (болезнь Аддисона–Бирмера) в стадии обострения. Фуникулярный миелоз.



ДИАГНОСТИКА

Критерии диагностики	Комментарии
1. Рекомендованы сбор анамнеза и оценка клинических данных (С)	
1.1. Поражение крови	Слабость, быстрая утомляемость, одышка. Апатия. Сердцебиение. Умеренная желтуха за счет непрямого билирубина
1.2. Поражение желудочно-кишечного тракта	Анорексия. Глоссит. «Лакированный» язык. Симптомы атрофического гастрита

Критерии диагностики	Комментарии
1.3. Поражение нервной системы	Атаксия. Парестезия. Гипорефлексия, рефлекс Бабинского. Нарушение функции тазовых органов. В тяжелых случаях — клонус и кома
2. Рекомендовано лабораторное обследование (5С)	
2.1. Общий анализ крови	Hb: женщины — менее 120 г/л, мужчины — менее 130 г/л; цветовой показатель более 1,01–1,02. Эритроциты — макроцитоз в сочетании с анизоцитозом, пойкилоцитозом, кольца Кебота, тельца Жолли. MCV более 95 фл. MCH — 33–38 пг и более. Ретикулоциты менее 0,5%, тромбоцитопения и лейкопения. Гиперсегментация нейтрофилов (более 5% нейтрофилов с 5 сегментами или любое количество нейтрофилов с 6 и более сегментами подтверждает диагноз)
2.2. Биохимический анализ крови	Увеличение активности лактатдегидрогеназы. Повышение уровня непрямого билирубина. Сывороточное железо и ферритин в норме или повышены
2.3. Специфические тесты	Снижение уровня витамина В ₁₂ менее 1400 пг/мл. Повышение уровня метилмалоновой кислоты (норма 70–279 нмоль/л). Повышение уровня гомоцистеина (норма 5–15 мкмоль/л). Нормальный уровень фолиевой кислоты в сыворотке крови (более 5 нг/мл)
3. Дополнительные инструментальные исследования	
	

ОРИЕНТИРОВОЧНЫЕ СРОКИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЗАКОННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ

(D51.0) средняя степень — 30–40 дней; тяжелая степень — 45–60 дней.

КРИТЕРИИ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ

Исчезновение клинико-лабораторных проявлений заболевания под влиянием лечения витамином В₁₂ с достижением клинико-гематологической ремиссии.



ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

При легкой и средней степени тяжести при отсутствии критических состояний рекомендуется амбулаторное лечение.

Показания для госпитализации (плановой, неотложной и экстренной)	Ориентировочные действия врача
<ul style="list-style-type: none"> • Анемия средней степени тяжести и тяжелая анемия. • Отсутствие положительной динамики от терапии витамином В₁₂ 	Плановая госпитализация
<ul style="list-style-type: none"> • Анемия тяжелой степени. • Уровень Hb менее 50 г/л (2В). • Выраженная тахикардия, тахипноэ (2В). • Тяжелые инфекции 	Плановая госпитализация в профильное отделение для проведения гемотрансфузий



РЕАБИЛИТАЦИЯ

Специфических реабилитационных мероприятий в отношении пациентов с витамин-В₁₂-анемией нет.



ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ



ФАРМАКОТЕРАПИЯ

Препараты выбора	Особенности применения
1. Заместительная терапия препаратами витамина В₁₂ (1А)*	
1.1. Цианокобаламин 	100, 200 или 500 мкг в 1 мл внутримышечно или подкожно
1.2. Аденозилкобаламин [®]	100, 500, 1000 мкг
1.3. Оксикобаламин [®]	200–500 мкг
Не рекомендуется пациентам с подозрением на В ₁₂ -дефицитную анемию начинать лечение витамином В ₁₂ до взятия крови для проведения лабораторных исследований, необходимых для верификации дефицита витамина В ₁₂ (5С)	

Препараты выбора	Особенности применения
2. Этапы терапии	
2.1. Насыщение (4–6 нед)	В/м или п/к по 200–400 мкг ежедневно; при миелозе насыщающая доза 500–1000 мкг в сутки
2.2. Закрепляющая терапия	500 мкг 1 раз в неделю 6 мес
2.3. Поддерживающая терапия	Проводится пожизненно по нескольким схемам (выборочно): <ul style="list-style-type: none"> – 1 инъекция каждый месяц по 500 мкг; – по 500 мкг 2 раза в месяц с 2-месячным перерывом в течение года; – 2 раза в год в течение 2 нед по 500 мкг в/м ежедневно
<p><i>Уровень гемоглобина и эритроцитов начинает увеличиваться через 2 нед и нормализуется между 4-й и 6-й неделями лечения в зависимости от выраженности дефицита.</i></p> <p><i>Уровень гемоглобина нарастает медленнее, могут развиваться гипохромия и микроцитоз эритроцитов.</i></p> <p><i>Содержание ретикулоцитов начинает увеличиваться на 2–4-й день и становится максимальным на 8–9-й день, к 14-му дню нормализуется (4D).</i></p> <p><i>Одновременно повышается количество лейкоцитов и тромбоцитов.</i></p> <p><i>Гиперсегментация ядер нейтрофилов сохраняется до 10–14-го дня от начала лечения</i></p>	

РЕКОМЕНДАЦИИ ОБРАЗА ЖИЗНИ В ПЕРИОД ЗАБОЛЕВАНИЯ

- Полноценная и сбалансированная диета с включением продуктов животного происхождения.
- Диета с большим содержанием витаминов группы В [проросшее зерно пшеницы, овес, орехи (грецкий, фундук, миндаль), абрикосы, шиповник, морковь, шпинат, яичный желток, сыр, молоко].
- Рекомендуется исключить охлаждение, курение, в том числе пассивное, контакт с химическими и другими факторами, провоцирующими сосудистый спазм в быту и на производстве.



ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ТЕРАПИИ

Приверженность к терапии — соответствие поведения пациента рекомендациям врача, включая прием препаратов.

ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- В₁₂-дефицитная анемия при своевременной диагностике, выявлении причин возникновения, правильном лечении корректируется в 100% случаев.
- «Обострения» В₁₂-дефицитной анемии свидетельствуют о неустранимой причине заболевания или о прекращении приема препаратов витамина В₁₂.

КАЧЕСТВО ТЕРАПИИ

- Терапия соответствует национальным клиническим рекомендациям по лечению анемии.
- Несоблюдение врачебных назначений, *например, отказ или прерывание лечения из-за ухудшения самочувствия, побочных эффектов, неприятного вкуса или запаха препаратов*, затягивает сроки выздоровления и повышает вероятность развития тяжелых и опасных для жизни осложнений.

ЦЕЛЬ ТЕРАПИИ — ЛИКВИДАЦИЯ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА В₁₂

- Полноценная диета (например, ежедневное употребление 100–200 мг красного мяса в сутки) препятствует прогрессированию дефицита железа, но не может устранить уже имеющуюся анемию и, соответственно, повысить уровень гемоглобина в организме.
- В проведенных исследованиях доказана высокая эффективность терапии В₁₂-дефицитной анемии препаратами витамина В₁₂.

ЦЕЛЬ ТЕРАПИИ — УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

- Препараты витамина В₁₂ назначаются пожизненно, доза зависит от степени тяжести анемии.
- Нормализация концентрации гемоглобина не является основанием для прекращения терапии, но может быть снижением дозы до поддерживающей, пожизненно.
- Важно неукоснительно соблюдать рекомендуемые врачом дозы, частоту, сроки, длительность и условия приема (введения) препарата.

ПРИМЕНЯЕМЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

- Все назначенные лекарственные препараты разрешены к медицинскому применению в Российской Федерации.
- При назначении лечения врач учитывает эффективность препарата и возможные побочные эффекты, в данном случае потенциальная польза лечения превышает вероятность развития побочных эффектов.
- Соблюдайте правила приема лекарственных препаратов.
- Не допускайте самолечения.



- **Развернутые речевые модули формирования приверженности к терапии.**



РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ



В качестве вторичной профилактики целесообразно проводить профилактику рецидивов заболевания, которая заключается в постоянной диспансеризации, включающей в себя контроль за состоянием больных, показателями гемограммы и парентеральным введением витамина В₁₂ 500 мкг/сут 5–15 инъекций препарата на курс ежегодно пациентам из группы риска (пациенты с синдромом мальабсорбции, с резекцией желудка и кишечника в анамнезе, находящиеся на программном гемодиализе)



Первичная профилактика заключается в рациональном питании, своевременной диагностике и лечении глистных инвазий, контроль гемограммы (ОАК) при состояниях, способных привести к дефициту витамина В₁₂ (например, после резекции кишечника, субтотальной резекции желудка)

1.4. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

Шкала оценки классов рекомендаций Европейского общества кардиологов (ЕОК).

Класс рекомендаций ЕОК	Определение	Предлагаемая формулировка
I	Доказано или общепризнанно, что диагностическая процедура, вмешательство лечение являются эффективными и полезными	Рекомендовано/показано
II	Противоречивые данные и /или мнения об эффективности, пользе диагностической процедуры, вмешательства, лечения	Целесообразно применять
Ila	Большинство данных/мнений в пользу эффективности диагностической процедуры, вмешательства, лечения	Целесообразно применять
Ilb	Эффективность/польза диагностической процедуры, вмешательства, лечения установлены менее убедительно	Можно применять
III	Данные или единое мнение, что диагностическая процедура, вмешательство, лечение бесполезны/неэффективны, а в ряде случаев могут приносить вред	Не рекомендуется применять

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) ЕОК.

УДД ЕОК	
A	Данные многочисленных рандомизированных клинических исследований или метаанализов
B	Данные получены по результатам одного рандомизированного клинического исследования или крупных нерандомизированных исследований
C	Согласованное мнение экспертов или результаты небольших исследований, ретроспективных исследований, регистров

Шкала оценки УДД для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств).

УДД	
Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 103н «Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации» (зарегистрирован 08.05.2019 № 54588)	
1	Систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением метаанализа
2	Отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований с применением метаанализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследование «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Шкала оценки УДД для методов диагностики (диагностических вмешательств).

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением метаанализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением метаанализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода, или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств).

УУР	Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 103н «Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации» (зарегистрирован 08.05.2019 № 54588)
А	Сильная рекомендация [все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными]
В	Условная рекомендация [не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными]
С	Слабая рекомендация [отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество, и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)]

Артериальная гипертензия (АГ) — синдром повышения систолического артериального давления (САД) ≥ 140 мм рт.ст. и/или диастолического АД (ДАД) ≥ 90 мм рт.ст. при офисном измерении АД. Термин «гипертоническая болезнь», предложенный Г.Ф. Лангом в 1948 г., соответствует термину «эссенциальная гипертензия», используемому за рубежом. Гипертоническая болезнь — хронически протекающее заболевание, при котором повышение АД не связано с выявлением явных причин, приводящих к развитию вторичных форм АГ.

Диагноз АГ следует основывать:

- на повторных офисных измерениях АД;
- при логистической и экономической целесообразности — на данных амбулаторного суточного мониторирования АД (СМАД) или домашнего мониторирования АД (ДМАД).

КОДЫ ПО МКБ-10. КЛАССИФИКАЦИЯ



ПРИМЕРЫ ДИАГНОЗОВ

Гипертоническая болезнь (ГБ) I стадии. Степень АГ 1. Дислипидемия. Риск 2 (средний). Целевое АД <130/<80 мм рт.ст.

ГБ II стадии. Неконтролируемая АГ. Нарушенная гликемия натощак. Гиперлипидемия. Риск 3 (высокий) Целевое АД <130/<80 мм рт.ст.

ГБ II стадии. Неконтролируемая АГ. Дислипидемия. Ожирение II степени. Нарушенная толерантность к глюкозе. ГЛЖ. Альбуминурия высокой степени. Риск 4 (очень высокий). Целевое АД 130–139/<80 мм рт.ст.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС). Стенокардия напряжения III функционального класса (ФК). Постинфарктный кардиосклероз (2010 г.). ГБ III стадии. Неконтролируемая АГ. Риск 4 (очень высокий). Целевое АД <130/<80 мм рт.ст.

ГБ III стадии. Контролируемая АГ. Ожирение I степени. Сахарный диабет (СД) 2-го типа, целевой уровень гликированного гемоглобина $\leq 7,5\%$. Хроническая болезнь почек (ХБП). С4 стадии, альбуминурия А2. Риск 4 (очень высокий). Целевое АД 130–139/<мм рт.ст.

ФОРМУЛИРОВКА ДИАГНОЗА АГ



КЛАССИФИКАЦИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, ИЗМЕРЕННОГО В МЕДИЦИНСКОМ ОУЩРЕЖДЕНИИ, И ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНЕЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

АГ классифицируют по степени, которая определяется уровнем АД у нелеченых пациентов. Категорию АД определяют по результатам его трехкратного измерения в положении пациента сидя. Используют средние значения САД и ДАД, определенные при двух последних измерениях. Изолированная систолическая гипертензия классифицируется на степени 1, 2 или 3 в зависимости от значения САД. Если значения САД и ДАД попадают в разные категории, то степень АГ оценивается по более высокой категории.

Категория	САД (мм рт.ст.)		ДАД (мм рт.ст.)
Оптимальное	<120	и	<80
Нормальное	120–129	и/или	80–84
Высокое нормальное	130–139	и/или	85–89