

ОГЛАВЛЕНИЕ

Коллектив авторов	23
Предисловие	27
Список сокращений и условных обозначений	31

Глава 1. Организация первичной медико-санитарной помощи взрослому населению (О.М. Драпкина, Е.Н. Паровичникова, И.Л. Давыдкин, О.Т. Ким, О.В. Лазарева, И.А. Золотовская, А.В. Дзюбайло, Е.А. Макарова)	36
1.1. Стратегическое направление развития системы здравоохранения ...	39
1.2. Особенности организации амбулаторной помощи пациентам с заболеваниями системы крови	40
1.3. Эффективный внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности	45
1.4. Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, «Бережливая поликлиника»	49
1.5. Правила организации деятельности поликлиники	52
1.6. Льготное лекарственное обеспечение	55
1.7. Порядок проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения	55
1.8. Организация диспансерного наблюдения за пациентами с хроническими заболеваниями	65
1.9. Медицинская экспертиза	67
1.9.1. Экспертиза временной нетрудоспособности	67
1.9.2. Медико-социальная экспертиза	69
1.9.3. Военно-врачебная экспертиза	70
Список литературы	71
Контрольные вопросы	71

Глава 2. Доказательная медицина — ведущий инструмент современного образования в здравоохранении и фармации (Г.П. Котельников, А.С. Шпигель)	73
2.1. Оценка качества клинической информации и ее интерпретация ...	75
2.2. Современные методические требования к публикациям	77
2.3. Параметры для представления эффекта вмешательства	78
2.4. Необходимость соблюдения стандартов описания структуры и представления результатов исследования	91
2.5. Классификация вмешательств	94
Список литературы	99
Контрольные вопросы	100

Глава 3. Клиническое мышление и доказательная медицина. Основы принятия решений в медицине (Е.В. Мензул, О.А. Рубаненко)	101
3.1. Введение в проблему принятия решений в медицине	101
3.2. Понятие о клиническом мышлении	105
3.3. Этапы становления и методы формирования клинического мышления	106
3.3.1. Метод ветвей и границ. Блок-схемы алгоритмов	107
3.3.2. Этапы становления клинического мышления	109

3.4. Системы поддержки принятия врачебных решений и искусственный интеллект	115
Вызовы и перспективы	117
Список литературы	119
Контрольные вопросы	119
Глава 4. Амбулаторная кардиология (Ю.В. Шукин, И.Л. Давыдкин, Д.В. Дупляков, Т.В. Павлова, И.А. Золотовская, А.О. Рубаненко, В.А. Дьячков, О.А. Рубаненко, О.А. Германова)	121
4.1. Основные практические навыки	121
4.2. Стабильная стенокардия	124
4.2.1. Эпидемиология	124
4.2.2. Этиология	125
4.2.3. Патогенез	126
4.2.4. Классификация	126
4.2.5. Клиническая картина	127
4.2.6. Оценка предгестовой вероятности ишемической болезни сердца	128
4.2.7. Диагностика	129
4.2.8. Лечение	136
4.2.9. Профилактика и реабилитация	142
Требования к режиму труда, отдыха, реабилитации	142
Психологическая реабилитация	142
Противопоказанные условия труда	143
Сексуальный аспект реабилитации	143
4.2.10. Исходы заболевания и осложнения	143
4.2.11. Диспансерное наблюдение	144
4.2.12. Прогноз	144
4.2.13. Экспертиза нетрудоспособности	144
4.3. Острый коронарный синдром	144
4.3.1. Эпидемиология	145
4.3.2. Этиология	145
4.3.3. Патогенез	145
4.3.4. Классификация	146
4.3.5. Клиническая картина	147
4.3.6. Диагностика	148
Методы диагностики	148
Электрокардиография	148
Лабораторные тесты	151
Эхокардиография	152
Реперфузионная терапия	153
Тяжесть острой сердечной недостаточности	155
Дифференциальная диагностика	156
Примеры формулировки окончательного диагноза	157
4.3.7. Лечение	159
Немедикаментозное лечение	159
Медикаментозная терапия на догоспитальном этапе	159

4.3.8. Иходы заболевания	160
4.4. Хроническая сердечная недостаточность	162
4.4.1. Эпидемиология	162
4.4.2. Этиология	162
4.4.3. Патогенез	163
4.4.4. Классификация	163
Примеры формулировки диагноза	164
4.4.5. Диагностика	166
Лабораторные диагностические исследования	167
Трансторакальная эхокардиография	168
Эхокардиография чреспищеводная	170
Эхокардиография с физической/фармакологической нагрузкой	170
Прицельная рентгенография органов грудной клетки	170
Коронарография	170
Радионуклидная диагностика	171
Компьютерно-томографическая коронарография	171
Магнитно-резонансная томография сердца и магистральных сосудов	171
Катетеризация правых отделов сердца	171
Нагрузочные тесты	172
Тест с 6-минутной ходьбой	172
Кардиопульмональное нагрузочное тестирование	172
Эндомиокардиальная биопсия	172
Дифференциальная диагностика	173
4.4.6. Лечение	173
Немедикаментозное лечение	174
Режим физической активности, труда и отдыха	174
Психологическая и медико-социальная реабилитация	175
Медикаментозное лечение	175
Лечение хронической сердечной недостаточности с умеренно сниженной фракцией выброса, направленное на уменьшение симптомов, улучшение течения и прогноза заболевания	181
Лечение хронической сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса, направленное на уменьшение симптомов, улучшение течения и прогноза заболевания	181
Показания к госпитализации пациентов с хронической сердечной недостаточностью	181
Показания к выписке пациента из медицинской организации (стационара)	182
4.4.7. Профилактика	182
4.4.8. Реабилитация	182
4.4.9. Диспансерное наблюдение	183
4.4.10. Прогноз	184
4.4.11. Экспертиза нетрудоспособности	185

4.5. Фибрилляция предсердий	185
4.5.1. Эпидемиология	185
4.5.2. Этиология	185
4.5.3. Патогенез	186
4.5.4. Классификация	186
4.5.5. Клиническая картина	187
4.5.6. Диагностика	188
Дифференциальная диагностика	191
Пример формулировки диагноза	191
4.5.7. Лечение	192
Профилактика тромбоэмболий	193
4.5.8. Исходы заболевания и осложнения	198
4.5.9. Скрининг и профилактика	199
4.5.10. Экспертиза нетрудоспособности	200
4.5.11. Диспансеризация	200
Основные аспекты ведения пациентов с трепетанием предсердий	202
4.6. Гипертоническая болезнь	205
4.6.1. Эпидемиология	206
4.6.2. Этиология	206
4.6.3. Патогенез	207
4.6.4. Клиническая картина	207
4.6.5. Диагностика	210
Дифференциальная диагностика	214
Рабочая классификация и формулировка диагноза	222
Пример формулировки диагноза	225
4.6.6. Лечение	226
Немедикаментозное лечение	226
Медикаментозное лечение	228
4.6.7. Исходы заболевания и осложнения	234
4.6.8. Экспертиза нетрудоспособности	237
4.6.9. Диспансеризация	237
Список литературы	237
Контрольные вопросы	239
Глава 5. Амбулаторная пульмонология (В.И. Купаев, Ю.В. Богданова)	240
5.1. Физикальное обследование пациента с патологией органов дыхания	240
5.2. Принципы систематизации доказательности и убедительности клинических рекомендаций в пульмонологии	242
5.3. Диагностика и лечение бронхиальной астмы на амбулаторном этапе	242
5.3.1. Эпидемиология	244
5.3.2. Этиология и патогенез	244
5.3.3. Классификация	245
Примеры формулировок диагноза	248

5.3.4. Критерии диагностики бронхиальной астмы	248
Дифференциальная диагностика	249
5.3.5. Лечение	250
Особенности ведения бронхиальной астмы при беременности	256
Обострение бронхиальной астмы	256
Требования к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации	257
Требования к диетическим назначениям и ограничениям	257
5.3.6. Исходы бронхиальной астмы	257
5.4. Хроническая обструктивная болезнь легких	259
5.4.1. Эпидемиология	259
5.4.2. Этиология и патогенез	259
5.4.3. Классификация	260
Пример формулировки диагноза	261
5.4.4. Критерии диагностики	261
Дыхательная недостаточность у пациента с хронической обструктивной болезнью легких	261
Дифференциальная диагностика	264
5.4.5. Лечение	265
Лечение обострений	268
Требования к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации	270
Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам	270
Требования к диетическим назначениям и ограничениям	271
5.4.6. Возможные исходы	271
5.5. Внебольничная пневмония	271
5.5.1. Эпидемиология	271
5.5.2. Этиология и патогенез	272
5.5.3. Классификация	273
5.5.4. Критерии постановки диагноза	274
Дифференциальная диагностика	276
5.5.5. Показания для госпитализации	276
5.5.6. Лечение	277
Требования к диетическим назначениям и ограничениям	279
Требования к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации	279
5.5.7. Возможные исходы	279
5.6. Острый бронхит	279
5.6.1. Эпидемиология	279
5.6.2. Этиология и патогенез	280
5.6.3. Критерии постановки диагноза	280
Дифференциальная диагностика	281
5.6.4. Лечение	281
Требования к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации	284

5.6.5. Возможные исходы с учетом каждого этапа диагностики и лечения	284
Список литературы	284
Контрольные вопросы	285
Глава 6. Амбулаторная гастроэнтерология (А.М. Осадчук, С.П. Кривова, Т.А. Гриценко, Р.К. Хайретдинов)	286
6.1. Физические методы исследования органов пищеварительной системы.	286
6.2. Принципы систематизации доказательности и убедительности клинических рекомендаций в гастроэнтерологии	289
6.3. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	292
6.3.1. Эпидемиология.	292
6.3.2. Этиология	292
6.3.3. Патогенез.	293
6.3.4. Классификация.	293
6.3.5. Клиническая картина	294
6.3.6. Диагностика	295
Алгоритмы постановки диагноза	296
Дифференциальная диагностика.	297
Примеры формулировки диагноза.	301
6.3.7. Лечение	301
Немедикаментозное лечение	301
Медикаментозное лечение	302
Хирургическое лечение	303
Особенности лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у беременных	303
Показания для госпитализации	303
6.3.8. Вторичная профилактика	303
Требования к режиму труда.	305
6.3.9. Динамическое наблюдение.	305
6.3.10. Прогноз	306
6.3.11. Экспертиза временной нетрудоспособности.	306
6.4. Функциональная диспепсия	306
6.4.1. Классификация.	307
6.4.2. Эпидемиология.	307
6.4.3. Этиология и патогенез.	307
6.4.4. Клиническая картина	308
6.4.5. Диагностика	309
Дифференциальная диагностика.	310
Примерная формулировка диагноза	311
6.4.6. Лечение	311
Особенности лечения функциональной диспепсии у беременных	313
6.4.7. Динамическое наблюдение.	313
6.4.8. Прогноз	313
6.5. Хронический гастрит	313

6.5.1. Эпидемиология	314
6.5.2. Классификация	314
6.5.3. Этиология и патогенез	315
6.5.4. Клиническая картина	316
6.5.5. Диагностика	316
Дифференциальная диагностика при хроническом гастрите	317
Пример формулировки диагноза	318
6.5.6. Лечение	318
Немедикаментозное лечение	318
Медикаментозное лечение	319
Особенности лечения хронического гастрита у беременных	321
Показания для госпитализации	321
6.5.7. Динамическое наблюдение	321
6.5.8. Прогноз	321
6.5.9. Экспертиза временной нетрудоспособности	322
6.6. Язвенная болезнь	322
6.6.1. Эпидемиология	322
6.6.2. Классификация	323
6.6.3. Этиология	323
6.6.4. Патогенез	325
6.6.5. Клиническая картина	326
Осложнения	328
6.6.6. Диагностика	332
Дифференциальная диагностика	332
Пример формулировки диагноза	338
6.6.7. Лечение	338
Немедикаментозное лечение. Диетические рекомендации	338
Медикаментозное лечение	338
Особенности лечения язвенной болезни при беременности	340
Динамическое наблюдение	341
6.6.8. Прогноз	341
6.6.9. Экспертиза временной нетрудоспособности	341
6.7. Хронический панкреатит	341
6.7.1. Эпидемиология	341
6.7.2. Этиология	342
6.7.3. Патогенез	343
6.7.4. Классификация	343
6.7.5. Клиническая картина	344
Осложнения хронического панкреатита	346
6.7.6. Диагностика	349
Инструментальные методы исследования	350
Дифференциальная диагностика	352
Синдром Золлингера—Эллисона	352
Пример формулировки диагноза	354
6.7.7. Лечение	354
Диетические рекомендации	354
Медикаментозное лечение	355

Показания к госпитализации	357
Динамическое наблюдение	357
6.7.8. Прогноз	357
6.7.9. Экспертиза временной нетрудоспособности.	357
6.8. Синдром раздраженного кишечника.	358
6.8.1. Эпидемиология.	358
6.8.2. Этиология	358
6.8.3. Патогенез.	359
6.8.4. Классификация.	360
6.8.5. Клиническая картина	361
6.8.6. Диагностика	361
Дифференциальная диагностика	366
Пример формулировки диагноза	372
6.8.7. Лечение	372
Диетические рекомендации	373
Медикаментозное лечение	373
Требования к режиму труда.	374
Реабилитация.	374
Показания к госпитализации	375
Динамическое наблюдение.	375
6.8.8. Прогноз	375
6.8.9. Экспертиза временной нетрудоспособности.	375
6.9. Функциональный запор.	375
6.9.1. Эпидемиология.	376
6.9.2. Этиология	376
6.9.3. Патогенез.	376
6.9.4. Классификация.	377
6.9.5. Клиническая картина	377
6.9.6. Диагностика	377
Дифференциальная диагностика	379
Примеры формулировки диагноза.	380
6.9.7. Лечение	380
Хирургическое лечение	381
Показания к госпитализации	381
Динамическое наблюдение	381
6.9.8. Прогноз	381
6.9.9. Экспертиза трудоспособности	381
6.10. Неалкогольная жировая болезнь печени	382
6.10.1. Эпидемиология.	382
6.10.2. Этиология	382
6.10.3. Патогенез.	383
6.10.4. Классификация.	383
6.10.5. Клиническая картина	383
6.10.6. Диагностика	384
Дифференциальная диагностика	386
Пример формулировки диагноза	387
6.10.7. Лечение	387

Немедикаментозная терапия	387
Медикаментозная терапия	388
Хирургические вмешательства	389
Показания к госпитализации	390
Динамическое наблюдение	390
6.10.8. Профилактика	390
6.10.9. Прогноз	390
6.10.10. Экспертиза нетрудоспособности	390
6.11. Цирроз печени	390
6.11.1. Эпидемиология	391
6.11.2. Этиология	391
6.11.3. Патогенез	391
6.11.4. Классификация	392
6.11.5. Клиническая картина	392
6.11.6. Диагностика	393
Дифференциальная диагностика	395
Пример формулировки диагноза	396
6.11.7. Лечение	396
Немедикаментозная терапия	396
Медикаментозная терапия	396
Хирургические вмешательства	398
Показания к госпитализации	398
Динамическое наблюдение	399
6.11.8. Профилактика	399
6.11.9. Прогноз	400
6.11.10. Экспертиза нетрудоспособности	400
Список литературы	400
Контрольные вопросы	402
Глава 7. Амбулаторная нефрология	
(Л.А. Рогозина, А.В. Колсанов, Ю.А. Гергель)	403
7.1. Физикальное обследование пациента с патологией мочевыделительной системы	403
7.1.1. Пальпация почек в положении лежа	403
7.1.2. Пальпация почек в вертикальном положении	404
7.2. Принципы систематизации доказательности и убедительности клинических рекомендаций в нефрологии	404
7.3. Хроническая болезнь почек	405
7.3.1. Классификация	407
7.3.2. Диагностика	408
Расчет скорости клубочковой фильтрации	408
Обследование пациентов с хронической болезнью почек	412
Лабораторная диагностика	417
7.3.3. Клинический план действий при хронической болезни почек	418
Тактика врача на различных стадиях хронической болезни почек	420

Нефропротективные подходы в питании больных с хронической болезнью почек	423
Коррекция артериальной гипертензии у больных с хронической болезнью почек	423
Ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2-го типа в нефропротективной стратегии	427
Оценка и коррекция нарушений липидного обмена у больных с хронической болезнью почек	428
Анемия и ее коррекция у больных с хронической болезнью почек	429
Коррекция нарушений минерального обмена и кислотно-основного состояния при хронической болезни почек	431
Диспансеризация больных с хронической болезнью почек	431
7.3.4. Профилактика	433
7.3.5. Прогноз	434
7.4. Хронический пиелонефрит	434
7.4.1. Эпидемиология	434
7.4.2. Классификация	435
7.4.3. Этиология и патогенез пиелонефрита	437
7.4.4. Диагностика хронического пиелонефрита	438
Лабораторная диагностика хронического пиелонефрита	439
Фаза обострения	439
Инструментальная диагностика хронического пиелонефрита	441
Дифференциальный диагноз	442
Пример формулировки диагноза	445
7.4.5. Лечение	445
Лечение обострения хронического пиелонефрита	445
Диспансерное наблюдение и реабилитация	448
7.4.6. Исходы заболевания и осложнения	448
7.4.7. Прогноз и экспертиза трудоспособности	448
7.4.8. Бессимптомная бактериурия	448
7.5. Хронический гломерулонефрит	450
7.5.1. Эпидемиология	450
7.5.2. Классификация гломерулонефритов	451
Клиническая классификация	451
Классификация хронического гломерулонефрита	451
Морфологическая классификация гломерулонефрита	452
Невоспалительные гломерулопатии	452
Пролиферативные формы гломерулонефритов	456
Наследственные аномалии базальной мембраны	457
7.5.3. Этиология и патогенез гломерулонефрита	457
7.5.4. Клиническая картина	458
Характеристика клинических форм хронического гломерулонефрита	459

7.5.5. Диагностика	459
Дифференциальная диагностика хронического гломерулонефрита	460
Пример формулировки диагноза	460
7.5.6. Лечение	460
Немедикаментозные мероприятия	460
Диетические рекомендации	460
Медикаментозная терапия	461
Санаторно-курортное лечение	461
Диспансерное наблюдение	461
7.5.7. Прогноз	461
7.5.8. Экспертиза трудоспособности	461
7.6. Заместительная почечная терапия	462
7.6.1. Трансплантация почки	462
7.6.2. Диализ	464
Гемодиализ	465
Перитонеальный диализ	466
7.6.3. Исход заболевания и осложнения	466
7.6.4. Экспертиза нетрудоспособности	467
7.6.5. Диспансерное наблюдение	467
7.7. Заболевания почек и медикаменты	467
Список литературы	468
Контрольные вопросы	474

Глава 8. Амбулаторная ревматология

(И.Л. Давыдкин, Т.Ю. Степанова, С.П. Кривова, Е.С. Фатенкова)	475
8.1. Этапы диагностики больного с суставным синдромом	475
8.2. Принципы систематизации силы доказательности и рекомендаций в ревматологии	478
8.3. Ревматоидный артрит	479
8.3.1. Эпидемиология	480
8.3.2. Этиология	480
8.3.3. Патогенез	480
8.3.4. Классификация	481
8.3.5. Клиническая картина	483
8.3.6. Диагностика	484
Дифференциальная диагностика	485
Рекомендации Европейской антиревматической лиги по алгоритму ведения больных ранним артритом (диагностика)	487
Примеры формулировки диагноза	487
8.3.7. Лечение ревматоидного артрита	487
Санаторно-курортное лечение	491
Диспансерное наблюдение	491
Экспертиза трудоспособности	492
8.4. Системная красная волчанка	492
8.4.1. Эпидемиология	492

8.4.2. Этиология	492
8.4.3. Патогенез	492
8.4.4. Классификация.	493
Активность системной красной волчанки	494
8.4.5. Клиническая картина	495
8.4.6. Диагностика	495
Пример формулировки диагноза	496
Дифференциальная диагностика	496
8.4.7. Лечение	496
8.5. Системная склеродермия	498
8.5.1. Эпидемиология.	498
8.5.2. Этиология	498
8.5.3. Патогенез.	498
8.5.4. Классификация.	499
8.5.5. Диагностика	503
8.5.6. Лечение	503
8.6. Системные васкулиты	504
8.6.1. Классификация.	504
Системные васкулиты, ассоциированные с антинейтрофильными цитоплазматическими антителами	506
8.6.2. Лечение системных васкулитов	507
8.7. Идиопатические воспалительные миопатии	507
8.8. Псориатический артрит.	509
8.8.1. Эпидемиология.	509
8.8.2. Патогенез.	509
8.8.3. Клиническая картина	510
8.8.4. Диагностика	511
Критерии псориатического артрита	511
Скрининг и ранняя диагностика	512
Дифференциальная диагностика	512
Госпитализация.	512
Пример формулировки диагноза	513
8.8.5. Лечение	513
Требования к режиму труда, отдыха и реабилитации.	515
Экспертиза нетрудоспособности	515
Тактика ведения в зависимости от исходов заболевания.	515
Меры по профилактике заболевания	515
8.9. Анкилозирующий спондилит	516
8.9.1. Эпидемиология.	516
8.9.2. Патогенез.	516
8.9.3. Классификация.	516
8.9.4. Клиническая картина	517
8.9.5. Диагностика	518
8.9.6. Лечение	520
Немедикаментозное лечение	521
8.9.7. Требования к режиму труда, отдыха и реабилитации	522
8.9.8. Экспертиза нетрудоспособности.	522

8.9.9. Исходы заболевания	522
8.10. Реактивные артриты	522
8.10.1. Эпидемиология	522
8.10.2. Этиология	523
8.10.3. Патогенез	523
8.10.4. Клиническая картина	523
8.10.5. Диагностика	524
Дифференциальная диагностика	524
Формулировка диагноза	525
8.10.6. Лечение	525
8.10.7. Требования к режиму труда, отдыха и реабилитации	527
8.10.8. Экспертиза нетрудоспособности	527
8.10.9. Исходы заболевания	527
8.11. Подагра	527
8.11.1. Эпидемиология	527
8.11.2. Этиология	528
8.11.3. Патогенез	528
8.11.4. Классификация	529
8.11.5. Клиническая картина	529
8.11.6. Диагностика	531
Критерии диагноза	531
Дифференциальная диагностика	533
Примеры формулировки диагноза	534
Показания к госпитализации	534
Показания к консультации ревматолога	534
8.11.7. Лечение	534
Требования к режиму труда, лечения и реабилитации	536
Требования к диетическим рекомендациям	536
8.11.8. Исходы заболевания	537
Экспертиза трудоспособности	537
8.12. Остеоартрит	537
8.12.1. Эпидемиология	538
8.12.2. Патогенез	538
8.12.3. Классификация	539
8.12.4. Клиническая картина	540
8.12.5. Диагностика	540
Особенности отдельных форм остеоартрита	541
Дифференциальная диагностика	541
Примеры формулировки диагноза	542
8.12.6. Лечение	542
Медикаментозное лечение	542
Хирургическое лечение	545
Восстановительная терапия	545
Требования к диетическим назначениям и ограничениям	546
Диспансерное наблюдение в поликлинике	546
8.12.7. Исходы заболевания	546
8.12.8. Осложнения	546

8.12.9. Экспертиза нетрудоспособности	546
Список литературы	547
Контрольные вопросы	547
Глава 9. Амбулаторная гематология (И.Л. Давыдкин, Г.И. Давыдкин, О.Е. Данилова, У.Л. Джулакян, Т.А. Гриценко, Г.Р. Гиматдинова, Д.А. Кудлай, И.В. Куртов, С.П. Кривова, А.В. Лучкин, Т.П. Миронова, Е.Н. Паровичникова, Р.В. Пономарев, Т.Ю. Степанова, О.В. Тюмина, Р.К. Хайретдинов)	549
9.1. Принципы систематизации силы доказательности и рекомендаций в гематологии	549
9.2. Анемии	549
9.2.1. Общие понятия	549
Классификация	549
Алгоритм диагностического поиска у больных с анемическим синдромом на этапе первичной медико-санитарной помощи	551
9.2.2. Железодефицитная анемия	552
Эпидемиология	552
Этиология	552
Патогенез	552
Клиническая картина	553
Диагностика	553
План обследования больных с железодефицитной анемией	554
Дифференциальная диагностика и обоснование дополнительных исследований	555
Лечение	556
Экспертиза нетрудоспособности	558
Прогноз	558
9.2.3. Витамин-В ₁₂ -дефицитная анемия	559
Эпидемиология	559
Этиология	559
Патогенез	559
Клиническая картина	560
Диагностика	560
Лечение	561
Экспертиза нетрудоспособности	562
Прогноз	562
9.2.4. Наследственная сфероцитарная анемия	563
Эпидемиология	563
Этиология	563
Патогенез	563
Клиническая картина	563
Диагностика	564
Лечение	565
Экспертиза нетрудоспособности	566
Прогноз	566

9.2.5. Аутоиммунная гемолитическая анемия	566
Эпидемиология	566
Этиология	566
Патогенез	567
Клиническая картина	567
Диагностика	568
Лечение	571
Экспертиза нетрудоспособности	574
Прогноз	574
9.2.6. Апластическая анемия	574
Эпидемиология	574
Этиология	574
Патогенез	575
Классификация	575
Клиническая картина	575
Диагностика	576
Лечение	580
Экспертиза нетрудоспособности	582
Прогноз	582
9.2.7. Анемия хронических заболеваний	582
Эпидемиология	582
Этиология	582
Патогенез	582
Клиническая картина	584
Диагностика	584
Лечение	585
Экспертиза нетрудоспособности	586
Прогноз	586
9.3. Геморрагические заболевания	586
9.3.1. Первичная иммунная тромбоцитопения	586
Эпидемиология	587
Этиология и патогенез	587
Клиническая картина	587
Осложнения	587
Классификация	588
Диагностика	588
Лечение	589
Показания к госпитализации	591
Экспертиза нетрудоспособности	591
Прогноз	591
9.3.2. Болезнь Виллебранда	591
Эпидемиология	592
Этиология и патогенез	592
Клиническая картина	592
Диагностика	593
Лечение	593
Экспертиза нетрудоспособности	595
Прогноз	595

9.3.3. Гемофилия	595
Эпидемиология	595
Этиология и патогенез	595
Клиническая картина	596
Осложнения и сопутствующие заболевания	597
Диагностика гемофилии	597
Лечение больных гемофилией	598
Профилактика геморрагий при гемофилии	600
Ингибиторная гемофилия (Диагностика. Лечение. Профилактика)	600
Экспертиза нетрудоспособности	601
Прогноз	601
9.4. Гемобласты	602
9.4.1. Этиология	602
9.4.2. Патогенез	603
9.5. Острые лейкозы	604
9.5.1. Классификация	609
9.5.2. Диагностика	613
Показания для госпитализации	614
9.5.3. Лечение	614
9.5.4. Прогноз	615
9.5.5. Диспансерное наблюдение	615
9.5.6. Экспертиза нетрудоспособности	616
9.6. Хронические лейкозы	616
9.6.1. Хронические миелопролиферативные новообразования	616
Определение миелопролиферативных новообразований	616
9.6.2. Хронический миелолейкоз (хронический миелоидный лейкоз), <i>BCR-ABL1</i> -позитивный (Ph-позитивный; Ph ⁺)	617
Эпидемиология	618
Клиническая картина	618
Классификация	619
Диагностика	619
Лечение	621
Прогноз	622
Экспертиза нетрудоспособности	622
9.6.3. Первичный миелофиброз	622
Клиническая и лабораторная картина первичного миелофиброза	622
Диагностика	625
Лечение	626
9.6.4. Истинная полицитемия и эссенциальная тромбоцитемия	629
Эпидемиология	629
Клиническая картина	629
Диагностика	631

Лечение.	632
Прогноз.	634
Экспертиза нетрудоспособности	635
9.7. Лимфопролиферативные заболевания	635
9.7.1. Хронический лимфолейкоз	637
Эпидемиология	637
Клиническая картина.	637
Классификация	638
Диагностика.	638
Лечение.	640
Прогноз.	641
Экспертиза нетрудоспособности	641
9.7.2. Лимфома Ходжкина	641
Эпидемиология	641
Клиническая картина.	641
Классификация	642
Стадирование	642
Диагностика.	643
Лечение.	644
Экспертиза нетрудоспособности	644
9.7.3. Неходжкинские лимфомы.	644
Эпидемиология	644
Клиническая картина.	644
Классификация	645
Стадирование	645
Диагностика.	645
Лечение.	646
Экспертиза нетрудоспособности	646
9.7.4. Множественная миелома	646
Эпидемиология	646
Клиническая картина.	647
Диагностика.	648
Классификация	648
Диагностика.	649
Лечение.	650
Экспертиза нетрудоспособности	651
9.8. Лейкемоидные реакции	652
9.9. Кардиоваскулярная токсичность	654
9.9.1. Современное представление о кардиоваскулярной токсичности.	654
Этиология кардиоваскулярной токсичности.	655
Механизмы реализации кардиоваскулярной токсичности	657
Классификация кардиоваскулярной токсичности	658
9.9.2. Возможности диагностики кардиоваскулярной токсичности.	660
9.9.3. Возможности терапии кардиоваскулярной токсичности.	666

9.10. CAR-T-клеточная терапия	667
9.10.1. Клинические испытания первого поколения CAR-T-препаратов	667
9.10.2. Молекулярно-биологические основы CAR-T-терапии	668
9.10.3. Одобренные препараты CAR-T-клеточной терапии	668
Список литературы	669
Контрольные вопросы	670
Глава 10. Ожирение и метаболический синдром (Е.А. Лебедева)	671
10.1. Ожирение	671
10.1.1. Эпидемиология	671
10.1.2. Этиология и патогенез	672
10.1.3. Классификация	673
10.2. Метаболический синдром	674
10.2.1. Этиология и патогенез	674
10.2.2. Диагностика	678
10.2.3. Лечение	684
Диетотерапия и изменение образа жизни	684
Медикаментозное лечение ожирения	686
Лечение больных ожирением и нарушением дыхания во время сна	691
Хирургическое лечение ожирения	692
Литература	696
Контрольные вопросы	696
Глава 11. Диагностика и лечение заболеваний, вызванных вирусом иммунодефицита человека, в стадии вторичных проявлений (Д.Ю. Константинов, Р.К. Хайретдинов, Т.Ю. Степанова, В.П. Кузьмин)	697
11.1. Эпидемиология	697
11.2. Этиология	698
11.3. Российская классификация инфекции, вызванной вирусом иммунодефицита человека	698
11.4. Диагностика	700
Установление факта инфицирования ВИЧ	700
Клинические аспекты дифференциальной диагностики ВИЧ-инфекции	704
Обоснование и формулировка клинического диагноза ВИЧ-инфекции	706
Примеры формулировки диагноза	706
11.5. Диспансеризация и лечение пациентов с ВИЧ-инфекцией	706
Список литературы	709
Контрольные вопросы	709
Глава 12. Особенности ведения пожилого пациента на поликлиническом этапе (С.В. Булгакова, Е.В. Тренева, Д.П. Курмаев)	711
12.1. Особенности обслуживания гериатрического пациента. Гериатрический пациент в поликлинике	712
12.1.1. Основные положения гериатрии	712

12.2. Симптомы и синдромы в гериатрии	721
12.2.1. Старческая астения	721
Эпидемиология	721
Этиология и патогенез	722
Клиническая картина	722
Диагностика и классификация синдрома старческой астении	722
Лечение	725
Медицинская реабилитация пациентов со старческой астений	725
Профилактика и диспансерное наблюдение	726
12.2.2. Недостаточность питания	726
Эпидемиология	726
Этиология и патогенез заболевания	727
Клиническая картина заболевания	727
Диагностика заболевания	728
Лечение	728
Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации	730
12.2.3. Саркопения	730
Мальнутриция	731
Роль полиморбидной патологии в патогенезе саркопии	732
Роль физической активности в патогенезе саркопии	732
Клиническая картина	732
Диагностика саркопии	733
Профилактика и лечение	735
12.2.4. Нарушения водно-электролитного баланса	735
Возрастные изменения в регулировании водно-электролитного баланса	735
Гиповолемия	735
Гипонатриемия	736
Гипернатриемия	736
Гипокалиемия	737
Гиперкалиемия	738
12.2.5. Гипертермия и гипотермия	738
Гипотермия	740
12.2.6. Обморок	741
Диагностика	742
Лечение	743
12.2.7. Падения и нарушения походки	743
Этиология	744
Диагностика	745
Лечение	746
12.2.8. Нарушения поведения	746
Способствующие факторы	747
Лечение	747

12.2.9. Нарушения сна	748
Бессонница	748
Специфические расстройства сна	749
Синдром беспокойных ног	750
Синдром периодического движения конечностями.	750
Синдром сонного апноэ	750
Бессонница, связанная с медицинскими проблемами.	750
Использование снотворных препаратов в пожилом возрасте.	751
12.2.10. Хронический болевой синдром	751
Этиология.	751
Эпидемиология.	752
Патогенез	752
Клиническая картина.	753
Диагностика.	753
Лечение.	753
12.3. Определение целей гериатрической помощи	754
Список литературы	757
Контрольные вопросы	758
Предметный указатель	759

ПРЕДИСЛОВИЕ

Современная образовательная доктрина Российской Федерации рассматривает образование как одну из сфер национальной безопасности, приоритет государственной политики, основу социально-экономического и духовного развития нашего общества.

На сегодняшний день ближайший вектор развития образования и здравоохранения в России отражен в Указе Президента Российской Федерации от 28.02.2024 № 145 «О Стратегии научно-технологического развития Российской Федерации» и в соответствующих национальных проектах, утвержденных Президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам. В документах подчеркивается, что в современном обществе для подготовки высококвалифицированных и образованных кадров необходимы системный подход к повышению качества подготовки специалистов, внедрение адаптивных, практико-ориентированных и эффективных образовательных технологий, направленных на обеспечение здоровьесбережения населения и активное долголетие.

Конечной целью функционирования современного медицинского образовательного процесса является формирование у обучающихся профессионального клинического мышления в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования и квалификационными требованиями, что позволит готовить для практического здравоохранения компетентных специалистов.

В связи с этим основными задачами современного этапа совершенствования российского профессионального образования являются обеспечение его доступности, эффективности, высокого качества, удовлетворения современных потребностей развития личности, общества и государства. Философия непрерывного образования, то есть обучение не на всю жизнь, а в течение всей жизни человека, является современной доминирующей парадигмой цивилизованных сообществ. Главные условия для решения этих задач — комплексность, непрерывность, межпредметная интеграция, информатизация образовательного процесса. Именно такой подход поможет медицинским вузам страны в оптимизации подготовки обучающихся и успешной интеграции российского медицинского образования в международные системы.

Настоящее — третье (переработанное и дополненное) издание учебника посвящено одному из самых обширных разделов практического здравоохранения — амбулаторно-поликлинической помощи, охватывающей все разделы терапии до и после госпитального этапа лечения. Возможности амбулаторно-поликлинической помощи в настоящее время продолжают расширяться.

Пациент во многих случаях может получить квалифицированную помощь на амбулаторном этапе, без стационарного обследования и лечения. Однако следует признать, что некоторые специалисты, особенно молодые врачи, даже в самых оснащенных лечебно-профилактических учреждениях могут испытывать затруднения при принятии клинических решений. Существенно уменьшить частоту подобных случаев, особенно среди врачей первичного

звена здравоохранения, может системный подход к совершенствованию их обучения (как на до-, так и на последипломном этапе) путем увеличения времени для усвоения практических навыков и умений и внедрения современных образовательных технологий для формирования у обучающихся конструктивного клинического мышления как залога успешной профессиональной деятельности.

В данном учебнике представлены с позиции доказательной медицины пути реализации потребностей современного медицинского образования в России.

В коллектив авторов вошли доктора и кандидаты медицинских наук, ведущие специалисты национальных медицинских исследовательских центров, преподаватели различных кафедр Самарского государственного медицинского университета, отметившего в 2024 г. свой 105-летний юбилей, а также представители практического здравоохранения с многолетним опытом организации и осуществления амбулаторно-поликлинической помощи, преподавания поликлинической терапии на завершающем курсе лечебного факультета.

В настоящем издании учебника в 12 тематических главах с подразделами (каждая глава завершается списком литературы и контрольными вопросами) в соответствии с современными клиническими рекомендациями представлена информация по основным группам заболеваний органов кровообращения, дыхательной и пищеварительной систем, заболеваний крови, патологии системы гемостаза, почек, суставов и соединительной ткани. Впервые приводится перечень основных практических навыков с их описанием, необходимых студентам для подготовки к итоговой государственной аттестации и аккредитации, а также ординаторам и врачам первичного звена здравоохранения. Большое внимание уделяется вопросам формирования клинического мышления. Издание дополнено данными, касающимися особенностей организации первичной медицинской помощи населению, особенно пожилого и старческого возраста. Подробно рассмотрены современные подходы к диспансеризации населения, ведению различных видов медицинской документации, внедрению новых высокотехнологичных методов диагностики и лечения в терапевтической практике. Дается представление о принципах деятельности «бережливой» поликлиники. Особенность учебника — следование национальным и международным профессиональным стандартам, в соответствии с которыми представлены обязательные и дополнительные медицинские услуги.

Учебник предназначен для студентов старших курсов медицинских вузов и подготовлен в соответствии с требованиями действующего федерального государственного образовательного стандарта высшего образования специалиста по специальности 31.05.01 «Лечебное дело» и рабочими программами дисциплин «Госпитальная терапия», «Поликлиническое дело, основные принципы первичной медико-санитарной помощи», «Доказательная медицина», утвержденными ЦКМС ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Учебник направлен на формирование следующих компетенций в соответствии с рабочими программами дисциплин.

- ▶ УК-1. Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий.
- ▶ ОПК-1. Способен реализовывать моральные и правовые нормы, этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности.
- ▶ ОПК-2. Способен проводить и осуществлять контроль эффективности мероприятий по профилактике инфекционных и неинфекционных заболеваний у населения, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.
- ▶ ОПК-5. Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач.
- ▶ ОПК-6. Способен организовывать уход за больными, оказывать первичную медико-санитарную помощь, обеспечивать организацию работы и принятие профессиональных решений при неотложных состояниях на догоспитальном этапе, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения.
- ▶ ОПК-7. Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности.
- ▶ ОПК-8. Способен реализовывать и осуществлять контроль эффективности медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и реабилитации инвалида, проводить оценку способности пациента осуществлять трудовую деятельность.
- ▶ ПК-1. Способность и готовность оценить состояние пациента, распознавать синдромы, представляющие угрозу жизни пациента, включая состояния клинической смерти [остановка жизненно важных функций организма человека — кровообращения и (или) дыхания]; состояния, возникающие при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента, требующие оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной форме.
- ▶ ПК-2. Способность и готовность к проведению обследования пациента с целью установления диагноза.
- ▶ ПК-4. Способность и готовность составлять план лечения заболевания, назначать медикаментозные препараты, медицинские изделия, лечебное питание, немедикаментозное лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с последующей оценкой эффективности и безопасности.
- ▶ ПК-5. Способность и готовность к реализации и контролю эффективности медицинской реабилитации пациента, в том числе индивидуальных программ реабилитации, назначать санаторно-курортное лечение, оценивать возможности пациента осуществлять трудовую деятельность.
- ▶ ПК-6. Способность проводить медицинские осмотры, диспансеризацию населения и назначать профилактические мероприятия с учетом факторов риска; разрабатывать и реализовывать программы здорового образа жизни.

- ▶ ПК-8. Способность и готовность проводить противоэпидемические мероприятия и оказывать медицинскую помощь при чрезвычайных ситуациях, в том числе принимать участие в медицинской эвакуации.
 - ▶ ПК-10. Способность и готовность к оценке качества оказания медицинской помощи с использованием медико-статистических показателей на основе доказательной медицины, а также к анализу и публичному представлению медицинской информации на основе доказательной медицины.
- Авторы будут признательны читателям за конструктивные предложения.

Глава 5

АМБУЛАТОРНАЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

В.И. Купаев, Ю.В. Богданова

5.1. ФИЗИКАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА С ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Голосовое дрожание — пальпируемая вибрация грудной клетки, обусловленная проведением голоса. При этом пациент громко произносит слова, которые содержат букву «р». Голосовое дрожание сравнивают в симметричных участках по передней, боковым и задней поверхностям грудной клетки.

- ▶ Спереди исследование начинают на симметричных участках справа налево в надключичных ямках, затем в подключичных областях, по срединно-ключичным линиям во втором межреберье и в ямке Моренгейма.
- ▶ По боковым поверхностям голосовое дрожание исследуют сначала в подмышечных впадинах, затем ниже границы подмышечной впадины по межреберьям, по средним подмышечным линиям (2—3 позиции).
- ▶ Сзади голосовое дрожание определяют в надлопаточных ямках, затем в «тревожной зоне» (посередине линии, расположенной между внутренним углом лопатки и остистым отростком VII шейного позвонка, перпендикулярно ей), далее — в верхнем, среднем и нижнем межлопаточных пространствах и завершают в подлопаточных областях по ходу межреберий (две позиции).

Голосовое дрожание у детей и женщин слабее, чем у мужчин. Кроме того, в правой верхней части грудной клетки голосовое дрожание выражено сильнее из-за широкого и короткого главного бронха, а в нижних отделах слева — слабее.

Сравнительная перкуссия легких. Цель сравнительной перкуссии — выявление патологического очага в легких или плевральной полости путем сравнения перкуторного звука в симметричных участках грудной клетки.

- ▶ *Перкуссия по передней поверхности* грудной клетки. При проведении перкуссии исследователь располагается справа от пациента, руки которого опущены вниз; перкуссию проводят справа налево.

1-е положение — надключичные ямки. Удар наносят по концевой фаланге плессиметра, располагающегося по срединно-ключичной линии, параллельно ключице.

2-е положение. Удар наносят непосредственно по ключице.

3-е положение — подключичные ямки. Удар наносят по концевой фаланге плессиметра, располагающегося параллельно ключице по срединно-ключичным линиям.

4-е положение. Удар наносят по средней фаланге плессиметра, располагающегося во втором межреберье по срединно-ключичным линиям.

5-е положение. Удар наносят по концевой фаланге плессиметра, располагающегося в ямке Моренгейма и составляющего тупой угол с ключицей.

- *Перкуссия по боковым поверхностям* грудной клетки. Исследователь располагается спереди от пациента, руки пациента подняты за голову. Перкуссию проводят в четырех положениях справа налево.

1-е положение. Удар наносят с обеих сторон по плотно прижатой концевой фаланге плессиметра, располагающегося вертикально глубоко в подмышечной ямке.

2-е положение. Удар наносят по средней фаланге плессиметра, расположенного в нижней части ямки по средней подмышечной линии по ходу межреберий.

3-е и 4-е положения расположены на одно межреберье ниже предыдущего. Удар наносят по средней фаланге плессиметра.

- *Перкуссия по задней поверхности* грудной клетки. Исследователь располагается сзади и слева от пациента. Положение пациента: скрещенные на груди руки и небольшой наклон головы кпереди. Перкуссию проводят слева направо.

1-е положение. Удар наносят по ногтевой или средней фаланге плессиметра, расположенного в надлопаточной ямке, параллельно гребню лопатки.

2-е положение. Удар наносят по средней фаланге плессиметра, расположенного в «тревожной зоне» (такое название связано с частой локализацией туберкулезного процесса) посередине и перпендикулярно линии, соединяющей внутренний верхний угол лопатки и остистый отросток VII шейного позвонка.

3, 4 и 5-е положения находятся на уровне верхних, средних и нижних частей межлопаточного пространства. Удар наносят по средней фаланге плессиметра, располагающегося вертикально.

6-е и 7-е положения. Удар наносят по средней фаланге плессиметра, который располагается в 2 межреберьях ниже углов лопаток.

В норме над легкими при сравнительной перкуссии определяется ясный легочный тон. Однако в некоторых случаях возможны физиологические изменения перкуторного звука.

Аускультация легких. Начинают сравнительную аускультацию справа налево с верхушек легких, выслушивая последовательно переднюю, боковые и заднюю поверхности грудной клетки.

Аускультацию спереди проводят в надключичных ямках, затем на уровне первого и второго межреберий по срединно-ключичной линии. При аускультации в боковых отделах фонендоскоп размещают в глубине подмышечных ямок; затем фонендоскоп последовательно помещают

на симметричные участки боковой поверхности грудной клетки в точках сравнительной перкуссии, опускаясь постепенно до нижней границы легких.

При проведении аускультации сзади фонендоскоп последовательно помещают в симметричные точки на уровне надлопаточных ямок, далее — в «тревожной зоне», затем — в верхнее, среднее и нижнее межлопаточное пространство и подлопаточные области на уровне 7, 8 и 10-го межреберий.

По завершении аускультации оценивают результаты исследования:

- ▶ какой (или какие) основной дыхательный шум (шумы) выслушивается (выслушиваются) во всех точках аускультации;
- ▶ одинаков ли основной дыхательный шум в симметричных точках;
- ▶ выслушивается ли какой-либо побочный дыхательный шум (шумы) с определением его (их) локализации.

5.2. ПРИНЦИПЫ СИСТЕМАТИЗАЦИИ ДОКАЗАТЕЛЬНОСТИ И УБЕДИТЕЛЬНОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

В современной пульмонологии используют шкалы определения УУР и УДД (табл. 5.1 и 5.2).

Таблица 5.1. Шкала определения уровня убедительности рекомендаций для лечебных, профилактических и реабилитационных вмешательств

Уровень	Расшифровка
А	Однозначная (сильная) рекомендация — все исследования высокого или удовлетворительного качества, их выводы по интересующим исходам являются согласованными
В	Неоднозначная (условная) рекомендация — не все исследования высокого или удовлетворительного методологического качества и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными
С	Низкая (слабая) рекомендация — отсутствие доказательств надлежащего качества — все исследования низкого методологического качества, их выводы по интересующим вопросам не являются согласованными

5.3. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

БА — гетерогенное заболевание, обычно сопровождающееся хроническим воспалением дыхательных путей, которое характеризуется повторными эпизодами свистящего дыхания, одышки, стеснения в груди и кашлем, варьируемыми по продолжительности и интенсивности, совместно с ограничением скорости воздушного потока.

Код по МКБ-10

J45 Бронхиальная астма.

Таблица 5.2. Комбинация уровня достоверности доказательств и уровня убедительности рекомендаций для лечебных, профилактических и реабилитационных вмешательств

УДД	Критерии определения УУР	Итоговый УУР
1 — наиболее достоверные доказательства, систематические обзоры РКИ с применением метаанализа	Одновременное выполнение 2 условий: • все исследования высокого или удовлетворительного методологического качества; • выводы исследований по интересующим исходам являются согласованными*	А
	Выполнение хотя бы одного из условий: • не все исследования высокого или удовлетворительного методологического качества; • выводы исследований по интересующим вопросам не являются согласованными*	В
	Выполнение хотя бы одного из условий: • все исследования низкого методологического качества; • выводы исследований по интересующим вопросам не являются согласованными*	С
2 — отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна (помимо РКИ) с применением метаанализа	Одновременное выполнение 2 условий: • все исследования высокого или удовлетворительного качества; • выводы исследований по интересующим исходам являются согласованными*	А
	Выполнение хотя бы одного из условий: • не все исследования высокого или удовлетворительного качества; • выводы исследований по интересующим исходам не являются согласованными*	В
	Выполнение хотя бы одного из условий: • все исследования низкого методологического качества; • выводы исследований по интересующим исходам не являются согласованными*	С
3 — нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования	Одновременное выполнение 2 условий: • все исследования высокого или удовлетворительного методологического качества; • выводы исследований по интересующим исходам являются согласованными*	А
	Выполнение хотя бы одного из условий: • не все исследования высокого или удовлетворительного методологического качества; • выводы исследований по интересующим вопросам не являются согласованными*	В
	Выполнение хотя бы одного из условий: • все исследования низкого методологического качества; • выводы исследований по интересующим исходам не являются согласованными*	С
4 — несравнительные исследования, описание клинического случая или случаев		С
5 — наименее достоверные доказательства, имеется лишь обоснование механизма действия (доклинические исследования) или мнение экспертов		С

Примечание. * Если оценивают одно контролируемое исследование, данное условие не учитывают.

5.3.1. Эпидемиология

БА — одно из наиболее распространенных заболеваний. В мире и в России БА страдает более 5% населения. Однако, по данным официальной статистики, этот показатель в несколько раз меньше и колеблется в зависимости от района. Так, например, в Самаре он составляет 0,69–2,79%. Это свидетельствует о том, что примерно половина больных БА не наблюдаются у терапевта или врача общей практики и, соответственно, не получают адекватного лечения.

5.3.2. Этиология и патогенез

Возникновение БА обусловлено взаимодействием внутренних и внешних факторов. К внутренним факторам относят генетическую предрасположенность к атопии и бронхиальной гиперреактивности, а также ожирение, к внешним факторам — различные аллергены, профессиональную сенсибилизацию, респираторную инфекцию, а также загрязнение окружающего воздуха и курение.

БА у детей и взрослых, как правило, обнаруживает связь с атопией, которая определяется как выработка чрезмерного количества иммуноглобулина Е (IgE), предназначенного для связывания аллергенов из окружающей среды. Возникновение аллергической сенсибилизации и возможность перехода ее в воспаление с появлением обструкции происходит под действием многих факторов в ранний период жизни, включая вдыхание табачного дыма, вирусные респираторные инфекции, частый и неконтролируемый прием антибиотиков, контакт с домашней пылью, аллергенами насекомых, животных, пыльцы растений, плесени. К распространенным астматическим триггерам относят также определенные продукты питания, химические раздражители, физическую нагрузку, сильные эмоциональные потрясения. Все эти триггеры относят к *модифицируемым независимым факторам риска* обострения БА.

Современная трактовка БА предполагает персистирующий характер воспаления вне зависимости от степени тяжести заболевания. В воспалительном процессе участвуют эозинофилы, тучные клетки, лимфоциты, дендритные клетки, макрофаги, нейтрофилы, эпителиальные клетки. Основными клетками управления воспалительной реакцией путем высвобождения цитокинов считают Т-лимфоциты. Th2-лимфоциты (Т-хелперы) высвобождают специфические цитокины интерлейкин-4 (ИЛ-4), ИЛ-5, ИЛ-9, ИЛ-13, которые стимулируют выработку IgE В-лимфоцитами и увеличивают число эозинофилов в дыхательных путях. В усилении воспаления при БА также участвуют фактор некроза опухоли α (ФНО α), ИЛ-1 β и гранулоцитарно-макрофагальный колониестимулирующий фактор. При поздней БА возрастает роль иммунного ответа, регулируемого Th17-лимфоцитами, что усиливает роль нейтрофилов в развитии воспаления, а не эозинофилов.

В воспалении принимают участие более 100 различных медиаторов: хемокины, привлекающие клетки воспаления в дыхательные пути, гистамин, цистеиновые лейкотриены, простагландин D2.

Результатом воспаления становится структурное изменение дыхательных путей, называемое ремоделированием. Чем тяжелее БА протекает у больного, тем выраженнее у него будут эти структурные изменения, тем хуже будет обратимость бронхиальной обструкции.

5.3.3. Классификация

БА классифицируют на основе:

- ▶ этиологии;
- ▶ тяжести течения;
- ▶ уровня достижения контроля над ее симптомами.

По этиологии БА чаще бывает аллергической (атопической) и значительно реже — неаллергической природы. Этиологическая классификация не может быть полной из-за наличия пациентов, у которых не выявлены причинные факторы окружающей среды, но это обязательно должно быть частью начальной оценки заболевания, так как предоставляет возможность проведения элиминационных мероприятий при лечении больных.

В последние годы обращают большое внимание на выделение различных фенотипов БА как способности организма гетерогенно отвечать на воздействие внешних и внутренних факторов. Выделяют следующие **фенотипы БА**:

- ▶ аллергическую;
- ▶ неаллергическую;
- ▶ у больных с ожирением;
- ▶ с поздним началом;
- ▶ с фиксированной обструкцией дыхательных путей.

Среди больных БА преобладают пациенты с аллергическим фенотипом заболевания. Главная отличительная особенность этих пациентов — начало заболевания еще в детском возрасте на фоне эозинофильного воспаления дыхательных путей.

Неаллергическая БА имеет фенотип с поздним началом, на фоне ожирения, чаще возникает у взрослых после 40 лет. Здесь определяющим становится нейтрофильное воспаление.

Классификация БА **по степени тяжести** не потеряла своего значения, так как определяет тактику ведения больного, особенно при первом визите к врачу. При последующих визитах оценивают объем проводимой терапии, необходимой для достижения контроля над течением заболевания.

По тяжести состояния пациента перед началом лечения выделяют 4 степени БА:

- ▶ интермиттирующую;
- ▶ легкую персистирующую;
- ▶ персистирующую средней степени тяжести;
- ▶ тяжелую персистирующую.

Такой тип классификации БА позволяет следовать в лечении принципам «ступенчатого подхода», при котором уровень терапии повышают в зависимости от степени тяжести заболевания (**табл. 5.3**).