

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ  
МЕДИЦИНА



# Консультант за 5 минут

Под редакцией  
Ф.Дж. Домино



Москва  
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА  
«ГЭОТАР-Медиа»



2020

### *Дорогие коллеги!*

**П**еред 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

**М**ы 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](http://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  $\gamma$ -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, ауре или послеприпадочном состоянии, 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 предпринявшими контрацептивные меры, противопоказан.
- Беременные с эпилепсией могут регистрироваться в Североамериканском реестре противосудорожных 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 противосудорожных 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  $\geq 8$ .
    - 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  $\geq 8$ .
  - 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  $\beta$ -адреноблокаторов (атенолола или пропранолола) и  $\alpha_2$ -агонистов (клонидин) помогает в контроле за АГ 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

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

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 <sub>12</sub>	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	Перекрыт яичка	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
Полимиялгия 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
Пресбиакюзис . . . . .	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	Эндометриит 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	<b>Диагностика и лечение. Алгоритмы . . . . .</b>	<b>A-1</b>
Триада спортсменов . . . . .	1004	Азотемия и уремия . . . . .	A-3
Трихомоназ . . . . .	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 ужаления 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
Уролитиаз . . . . .	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		

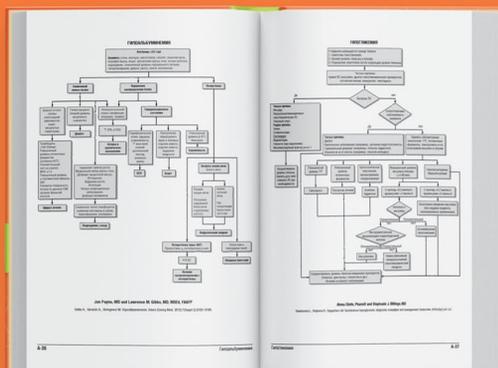
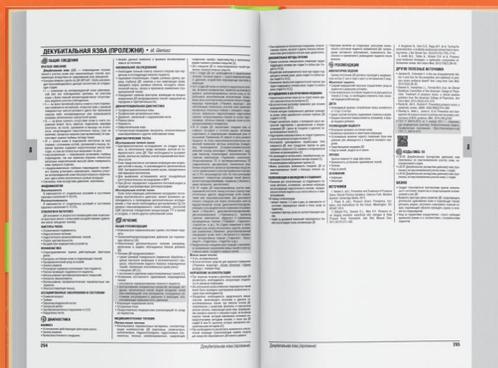
Головная боль хроническая . . . . .	A-41	Повышение АСТ . . . . .	A-80
Головокружение . . . . .	A-42	Повышение лактатдегидрогеназы . . . . .	A-81
Делирий . . . . .	A-43	Повышение щелочной фосфатазы . . . . .	A-82
Деменция . . . . .	A-44	Половое созревание раннее . . . . .	A-83
Депрессия. Эпизод большого 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	<b>Предметный указатель . . . . .</b>	<b>У-1</b>
Отравление ЛС. Лечение . . . . .	A-77		
Отравление парацетамолом. Лечение . . . . .	A-78		
Отравление салицилатами. Лечение . . . . .	A-79		

## 5 НЕОСПОРИМЫХ ДОСТОИНСТВ «КОНСУЛЬТАНТА ЗА 5 МИНУТ»

- **Надежность** — разделы по диагностике и лечению основаны на доказательной медицине и дополнены российскими клиническими рекомендациями. Книга создана опытнейшими специалистами из многих стран — более 1500 авторов; русскоязычное издание — 50 медицинских редакторов.
- **Современность** — учтены данные 2020 г., всегда актуальные справочные материалы, доступные по QR-кодам.
- **Комплексность** — 545 статей по наиболее распространенным заболеваниям, синдромам и состояниям, 106 пошаговых алгоритмов диагностики и лечения.
- **Лаконичность и системность** — каждая статья изложена емко, по четким рубрикам: *краткое описание, эпидемиология, этиология и патогенез, факторы риска, профилактика, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, наблюдение и маршрутизация пациентов, организационные меры, рекомендации для пациентов.*
- **Быстрота поиска** — алфавитный порядок статей, обширный поисковый аппарат, перекрестные ссылки.

Мировой бестселлер «КОНСУЛЬТАНТ ЗА 5 МИНУТ» в вихре рабочих будней станет Вашим верным, быстрым и удобным помощником!

[www.5MCC.vshouz.ru](http://www.5MCC.vshouz.ru)



# #musthave

рекомендовано каждому врачу



ISBN 978-5-9704-5777-1



9 785970 457771 >



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА  
«ГЭОТАР-Медиа»

[www.geotar.ru](http://www.geotar.ru)  
[www.medknigaservis.ru](http://www.medknigaservis.ru)



ВШОУЗ-КМК

[www.vshouz.ru](http://www.vshouz.ru)

Original English edition  
published by Wolters Kluwer



Wolters Kluwer