

# ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие.....	4
Участники издания.....	5
Список сокращений и условных обозначений.....	7
Клинические рекомендации и доказательная медицина.....	10
<b>Глава 1. Тактика врача-терапевта участкового при оказании медицинской помощи по поводу заболевания.....</b>	<b>12</b>
1.1. Анемия железодефицитная @+.....	12
1.2. Анемия хронических заболеваний @+.....	12
1.3. Анемия, обусловленная дефицитом витамина В <sub>12</sub> .....	13
1.4. Артериальная гипертензия.....	19
1.5. Бронхиальная астма.....	41
1.6. Внебольничная пневмония.....	59
1.7. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.....	66
1.8. Грипп.....	72
1.9. Дислипидемия.....	82
1.10. Инфекция мочевыводящих путей: пиелонефрит, цистит, бессимптомная бактериурия.....	89
1.11. Ишемическая болезнь сердца (хронический коронарный синдром).....	97
1.12. Ожирение.....	112
1.13. Остеоартроз.....	119
1.14. Остеопороз @+.....	127
1.15. Острая неспецифическая боль в нижней части спины.....	127
1.16. Острый тонзиллофарингит.....	138
1.17. Предиабет.....	146
1.18. Ревматоидный артрит.....	154
1.19. Сахарный диабет.....	162
1.20. Синдром раздраженного кишечника.....	175
1.21. Функциональная диспепсия.....	183
1.22. Хроническая болезнь почек.....	190
1.23. Хроническая обструктивная болезнь легких.....	199
1.24. Хроническая сердечная недостаточность.....	212
1.25. Язвенная болезнь.....	223
<b>Глава 2. Тактика врача-терапевта участкового при оказании медицинской помощи при неотложных состояниях.....</b>	<b>231</b>
2.1. Неотложная помощь при анафилактическом шоке.....	231
2.2. Неотложная помощь при ангионевротическом отеке.....	233
2.3. Неотложная помощь при гипертоническом кризе.....	236
2.4. Неотложная помощь при желудочно-кишечном кровотечении.....	244
2.5. Неотложная помощь при кардиогенном шоке.....	246
2.6. Неотложная помощь при отеке легких.....	250
2.7. Неотложная помощь при остром коронарном синдроме.....	252
2.8. Неотложная помощь при почечной колике.....	263
2.9. Неотложная помощь при приступе бронхиальной астмы.....	266
<b>Глава 3. Тактика врача-терапевта участкового при оказании медицинской помощи при старческой астении.....</b>	<b>268</b>
<b>Глава 4. Тактика врача-терапевта участкового для раннего выявления онкологической патологии.....</b>	<b>281</b>
<b>Глава 5. Вакцинопрофилактика респираторных инфекций групп риска.....</b>	<b>289</b>
Список литературы @+.....	291
Справочник лекарственных средств.....	291

## ТАКТИКА ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА УЧАСТКОВОГО ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ

### 2.1. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ

**Анафилактический шок** — острая тяжелая системная угрожающая жизни реакция гиперчувствительности, сопровождающаяся выраженными нарушениями гемодинамики (снижение систолического АД менее 90 мм рт.ст., или на 30% исходного уровня), приводящими к недостаточности кровообращения и гипоксии жизненно важных органов.

Клиническая картина	Неотложная помощь
<ul style="list-style-type: none"> <li>• При лечении анафилактического шока скорость оказания помощи является <b>критическим фактором</b>.</li> <li>• Препарат выбора — раствор <b>эпинефрина</b> 0,1%, все остальные лекарственные средства и лечебные мероприятия рассматриваются как вспомогательная терапия (<b>3А</b>).</li> <li>• Обязательно ведение письменного протокола по оказанию первой медицинской помощи при анафилактическом шоке.</li> </ul>	
<p>Ведущий симптом — снижение АД на 30% исходного уровня!                      Жалобы пациента (при сохраненном сознании) на беспокойство, чувство страха, тревогу, озноб, слабость, головокружение, онемение языка, пальцев, шум в ушах, ухудшение зрения, тошноту, схваткообразные боли в животе. Нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы: резкое снижение АД, развитие острой СН, нарушения ритма.                      Нарушения со стороны дыхательной системы: одышка, бронхоспазм, гиперсекреция слизи, отек дыхательных путей (возможно развитие асфиксии при отеке гортани), ринит.                      Нарушение мозгового кровообращения, судороги.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Прекратите поступление</b> предполагаемого аллергена (не позднее 30 с от момента установления диагноза). В случае введения лекарственного средства или ужаления в конечность выше места введения наложите венозный жгут для уменьшения поступления препарата в системный кровоток. Приложите лед к месту инъекции лекарственным средством.</li> <li>2. <b>Оцените</b> кровообращение, дыхание, проходимость дыхательных путей, сознание, состояние кожи и массу тела пациента.  <i>Немедленно начните выполнять пункты 4, 5, 6.</i></li> <li>3. <b>Срочно вызовите</b> реанимационную бригаду (если это возможно) или специализированную бригаду скорой медицинской помощи (если вы вне медицинского учреждения).</li> <li>4. <b>Введите</b> 0,1% раствор <b>эпинефрина</b> 0,3–0,5 мл в/м в середину переднелатеральной поверхности бедра (не позднее 3 мин от момента установления диагноза). При необходимости введение эпинефрина повторите через 5–15 мин.</li> </ol>

Клиническая картина	Неотложная помощь
<p>Нарушения в других органах и системах: рвота, непроизвольная дефекация, мочеиспускание, метроррагия.</p> <p>Состояние кожных покровов и слизистых: уртикарные высыпания, ангиоотеки, гиперемия, кожный зуд, на более поздних стадиях — бледность, холодный пот, цианоз губ</p>	<p>5. <b>Сразу после введения эпинефрина уложите больного</b> на спину под углом 45° с приподнятым по отношению к голове тазом, поверните его голову в сторону, удалите зубные протезы, выдвиньте нижнюю челюсть для предупреждения западения языка, асфиксии и предотвращения аспирации рвотными массами (не позднее 1 мин от момента установления диагноза).</p> <p><b>Нельзя поднимать пациента</b> или переводить его в положение сидя, так как после введения эпинефрина это в течение нескольких секунд может привести к фатальному исходу.</p> <p>6. <b>Обеспечьте</b> поступление больному свежего воздуха или ингалируйте кислород (6–8 л/мин).</p> <p>7. <b>Наладьте внутривенный доступ — установите периферический катетер</b> (не позднее 10 мин от момента установления диагноза). Если препарат вводился внутривенно, то сохраните доступ. Вводите 1–2 л 0,9% раствора натрия хлорида (то есть для взрослого 5–10 мл/кг в первые 5–10 мин).</p> <p>8. <b>Будьте всегда готовы</b> к проведению сердечно-легочной реанимации. Взрослым компрессию грудной клетки (непрямой массаж сердца) необходимо проводить с частотой 100–120 в минуту на глубину 5–6 см; детям — 100 в минуту на глубину 5 см (младенцам — 4 см). Соотношение вдохов с компрессией грудной клетки — 2:30.</p> <p>9. При отеке глотки и гортани интубируйте трахею. В случае невозможности или затруднений при интубации выполните коникотомию.</p> <p>10. <b>Проводите мониторинг</b> АД, пульса, ЧДД каждые 2–5 мин, контроль уровня оксигенации.</p> <p>11. <b>Транспортируйте</b> больного в отделение реанимации.</p> <p>12. При <b>резистентности к адреномиметикам</b> (у больных, получавших БАБ) рассмотрите возможность введения глюкагона в дозе 1–5 мг в/в в течение 5 мин, затем в титруемой дозе 5–15 мкг/мин в зависимости от ответа на проводимую терапию. Пациент при этом должен лежать на боку, чтобы при возникновении рвоты не было аспирации.</p> <p><b>Препараты вспомогательной терапии (5С)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Системные глюкокортикоиды в/м, в/в (ввести не позднее 5 мин от момента установления диагноза):       <ul style="list-style-type: none"> <li>– преднизолон из расчета 2–3 мг/кг (в тяжелых случаях более высокие дозы);</li> <li>– гидрокортизон 100–300 мг;</li> <li>– дексаметазон (8–32 мг).</li> </ul> </li> <li>• Бронхолитики короткого действия показаны при сохраняющемся бронхоспазме, несмотря на введение эпинефрина:       <ul style="list-style-type: none"> <li>– через небулайзер раствор сальбутамола 1 мг/1 мл в дозе 2,5–5,0 мл.</li> </ul> </li> <li>• Блокаторы H<sub>1</sub>-гистаминовых рецепторов вводятся только на фоне полной стабилизации гемодинамики и при наличии показаний:       <ul style="list-style-type: none"> <li>– клемастин 0,1% — 2 мл (2 мг) в/м;</li> <li>– хлоропирамин 2% — 1 мл (20 мг) в/м;</li> <li>– дифенгидрамин 25–50 мг в/м</li> </ul> </li> </ul>

## 2.2. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АНГИОНЕВРОТИЧЕСКОМ ОТЕКЕ

Синонимы: отек Квинке, ангионевротический отек.

**Ангионевротический отек** — наследственное или приобретенное заболевание, для которого характерно появление отека глубоких слоев кожи, подкожно-жировой клетчатки, а также слизистых оболочек различных органов и систем (дыхательной, пищеварительной, мочевыделительной и др.), исчезающего в большинстве случаев в период до 72 ч.

Клиническая картина	Неотложная помощь
<p><b>Ангионевротический отек без нарушения в системе комплемента</b></p> <p><b>Причины</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Гиперчувствительность к лекарственным препаратам, пищевым продуктам, укусам и ужалениям насекомых.</li> <li>2. Прием иАПФ.</li> <li>3. Инфекционные, аутоиммунные заболевания.</li> </ol> <p><b>Клиническая картина</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. В 50% случаев ангионевротический отек сопровождается крапивницей.</li> <li>2. Отек горячий, гиперемированный, редко развивается быстро, не бывает фатальным.</li> <li>3. Симптомы могут сохраняться от нескольких часов до суток.</li> <li>4. Как правило, отмечается хороший эффект от введения системных глюкокортикоидов, антигистаминных средств.</li> <li>5. Отек может быть признаком анафилактической реакции (при сочетании с резким снижением АД, крапивницей, бронхоспазмом, болями в животе, дефекацией, мочеиспусканием)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Устраните</b> причины или факторы, провоцирующие развитие заболевания, если они определены.</li> <li>2. <b>Измерьте</b> ЧДД, АД.</li> <li>3. <b>Начните</b> терапию. <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Блокаторы H<sub>1</sub>-рецепторов</b> (при нетяжелых ангионевротических отеках — перорально препараты II поколения, при тяжелых ангионевротических отеках — парентерально препараты I поколения): <ul style="list-style-type: none"> <li>– блокаторы H<sub>1</sub>-рецепторов I поколения: <ul style="list-style-type: none"> <li>• хлоропирамин 20–40 мг (2% раствор 1–2 мл);</li> <li>• клемастин 1–2 мг (0,1% раствор 1–2 мл);</li> <li>• дифенгидрамин 20–50 мг (1% раствор 2–5 мл);</li> </ul> </li> <li>– блокаторы H<sub>1</sub>-рецепторов II поколения: <ul style="list-style-type: none"> <li>• лоратадин 10 мг/сут;</li> <li>• цетиризин 10 мг/сут;</li> <li>• эбастин 10–20 мг/сут;</li> <li>• рупатадин 10 мг/сут;</li> <li>• дезлоратадин 5 мг/сут;</li> <li>• левоцетиризин 5 мг/сут;</li> <li>• фексофенадин 120–180 мг/сут.</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• <b>Системные глюкокортикоиды</b> (при неэффективности блокаторов H<sub>1</sub>-рецепторов) в/м, в/в: <ul style="list-style-type: none"> <li>– преднизолон из расчета 1–2 мг/кг (в тяжелых случаях — более высокие дозы);</li> <li>– гидрокортизон 200–400 мг;</li> <li>– дексаметазон (4–12 мг).</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>4. <b>При отеке в области головы и шеи:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• эпинефрин 0,1% раствор 0,3–0,5 в/м в середину переднелатеральной поверхности бедра;</li> <li>• блокаторы H<sub>1</sub>-рецепторов I поколения парентерально;</li> <li>• системные глюкокортикоиды парентерально;</li> <li>• контроль функции дыхания и кровообращения;</li> <li>• при ангионевротическом отеке в области гортани необходимо сохранить проходимость дыхательных путей и по показаниям провести экстренную интубацию или трахеостомию;</li> </ul> </li> </ol>

Клиническая картина	Неотложная помощь
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• госпитализировать больного в ЛОР- или реанимационное отделение. В том случае, когда ангиоотек является симптомом анафилаксии, показана неотложная терапия, описанная в разделе «Анафилактический шок».</li> </ul> <p><b>5. Госпитализация больного.</b> <b>Показания</b> — серьезные, угрожающие жизни осложнения ангионевротического отека:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– асфиксия — отек языка, верхних дыхательных путей;</li> <li>– острый живот.</li> </ul> <p><b>6. Отсутствие ответа или недостаточный эффект амбулаторного лечения.</b> Больного с отеком гортани госпитализируют в оториноларингологическое или реанимационное отделение с последующей консультацией врача аллерголога-иммунолога после стабилизации состояния</p>
<p><b>Ангионевротический отек, связанный с патологией системы комплемента (наследственный, приобретенный)</b></p> <p><b>Причины</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Наследственный дефицит C<sub>1</sub>-ингибитора.</li> <li>2. Приобретенный дефицит C<sub>1</sub>-ингибитора при аутоиммунных, онкологических (в том числе лимфопролиферативных) и инфекционных заболеваниях.</li> </ol> <p><b>Особенности анамнеза и клинической картины</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Семейный анамнез отеков различной локализации при наследственном ангионевротическом отеке.</li> <li>2. Связь отеков с механическим воздействием.</li> <li>3. Отеки плотные, безболезненные, незудящие, локализующиеся практически на любых участках тела: верхних и нижних конечностях (руках, стопах, бедрах и др.), лице (веках, губах), полости рта (языке, мягком нёбе), туловище, гениталиях, а также в подслизистом слое верхних дыхательных путей и ЖКТ.</li> <li>4. Отсутствует крапивница.</li> <li>5. Для изолированных ангиоотечков характерна медленная динамика симптомов: отеки достаточно медленно нарастают в течение 12–36 ч и разрешаются в течение</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Пациентам с ангионевротическим отеком в области гортани</b> рекомендуется обеспечить проходимость дыхательных путей, при необходимости оправдано раннее наложение коникотомии/трахеостомии, интубации.</li> <li>2. <b>Медикаментозная терапия</b>, рекомендованная для купирования приступов наследственного ангионевротического отека (тяжелых, жизнеугрожаемых): <ul style="list-style-type: none"> <li>– икатибант п/к 3 мл (30 мг), медленно в течение 30 с. В случае недостаточной эффективности или рецидива — повторно в дозе 30 мг через 6 ч, третья доза препарата может быть введена еще через 6 ч, максимальная суточная доза препарата — 90 мг (3 инъекции);</li> <li>– концентрат ингибитора C1-эстеразы человека: доза 20 МЕ на 1 кг массы тела, в/в медленно со скоростью 4 мл/мин;</li> <li>– свежая или свежемороженая нативная плазма в объеме 250–300 мл в/в (при недоступности икатибанта и концентрата ингибитора C1-эстеразы человека);</li> <li>– антифибринолитики: ε-аминокапроновая кислота в/в капельно 150–200 мл 5% раствора;</li> <li>– системные глюкокортикоиды вводятся при отсутствии достоверных данных о наличии ангионевротического отека, связанного с патологией системы комплемента (преднизолон 1–2 мг/кг, дексаметазон 8–12 мг, гидрокортизон 200–400 мг парентерально).</li> </ul> </li> <li>3. Необходима <b>госпитализация</b> больного с тяжелыми жизнеугрожающими отеками верхних дыхательных путей в ЛОР- или реанимационное отделение.</li> </ol>

Клиническая картина	Неотложная помощь
<p>2–5 дней, а абдоминальные симптомы исчезают в течение 12–24 ч.</p> <p>6. Пациенты указывают на неэффективность глюкокортикоидов и антигистаминных препаратов</p>	<p>4. У пациентов с III типом наследственного ангионевротического отека, не отвечающих на терапию ингибитором C1-эстеразы человека и антифибринолитическими препаратами, <b>необходимы поддержание</b> проходимости дыхательных путей, объема циркулирующей крови (симптоматическая терапия) и отмена приема эстрогенов.</p> <p><b>Алгоритм оказания экстренной помощи при развитии ангиотека в зависимости от локализации при наследственном ангионевротическом отеке</b></p> <p>1. Отеки любой локализации, кроме головы, шеи и брюшной полости (без отмены препаратов базисной терапии или увеличения дозы препаратов базисной терапии):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– аминокaproновая кислота;</li> <li>– икатибант.</li> </ul> <p>Ангионевротический отек легкой степени не требует экстренного лечения.</p> <p>2. Отеки в области головы и шеи, абдоминальный синдром:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– икатибант;</li> <li>– концентрат ингибитора C1-эстеразы человека;</li> <li>– свежезамороженная плазма</li> </ul>