

РОССИЙСКОЕ НАУЧНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ
ОБЩЕСТВО ТЕРАПЕВТОВ
РЕКОМЕНДУЕТ



ТАКТИКА ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА УЧАСТКОВОГО

ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО

2-е издание, переработанное и дополненное

Под редакцией
академика РАН А.И. Мартынова



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2023

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие.....	4
Участники издания.....	5
Список сокращений и условных обозначений.....	7
Клинические рекомендации и доказательная медицина.....	9
Глава 1. Тактика врача-терапевта участкового при оказании медицинской помощи по поводу заболевания.....	11
1.1. Анемия железодефицитная.....	11
1.2. Анемия хронических заболеваний.....	11
1.3. Анемия, обусловленная дефицитом В ₁₂	12
1.4. Артериальная гипертензия.....	18
1.5. Бронхиальная астма.....	41
1.6. Внебольничная пневмония.....	59
1.7. Грипп.....	66
1.8. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.....	75
1.9. Дислипидемия.....	81
1.10. Инфекция мочевыводящих путей: пиелонефрит, цистит, бессимптомная бактериурия.....	88
1.11. Ишемическая болезнь сердца (хронический коронарный синдром).....	96
1.12. Новая коронавирусная инфекция (COVID-19).....	111
1.13. Ожирение.....	127
1.14. Остеоартроз.....	144
1.15. Остеопороз.....	151
1.16. Острая неспецифическая боль в нижней части спины.....	151
1.17. Острый тонзиллофарингит.....	162
1.18. Предиабет.....	171
1.19. Ревматоидный артрит.....	179
1.20. Сахарный диабет.....	187
1.21. Синдром раздраженного кишечника.....	199
1.22. Функциональная диспепсия.....	207
1.23. Хроническая болезнь почек.....	214
1.24. Хроническая обструктивная болезнь легких.....	222
1.25. Хроническая сердечная недостаточность.....	235
1.26. Язвенная болезнь.....	245
Глава 2. Тактика врача-терапевта участкового при оказании медицинской помощи при неотложных состояниях.....	253
2.1. Неотложная помощь при анафилактическом шоке.....	253
2.2. Неотложная помощь при ангионевротическом отеке.....	255
2.3. Неотложная помощь при гипертоническом кризе.....	258
2.4. Неотложная помощь при желудочно-кишечном кровотечении.....	266
2.5. Неотложная помощь при кардиогенном шоке.....	268
2.6. Неотложная помощь при отеке легких.....	272
2.7. Неотложная помощь при остром коронарном синдроме.....	274
2.8. Неотложная помощь при почечной колике.....	285
2.9. Неотложная помощь при приступе бронхиальной астмы.....	288
Глава 3. Тактика врача-терапевта участкового для раннего выявления онкологической патологии.....	290
Список литературы.....	295
Справочник лекарственных средств.....	295

Глава 1

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

1.1. АНЕМИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ



1.2. АНЕМИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ



1.3. АНЕМИЯ, ОБУСЛОВЛЕННАЯ ДЕФИЦИТОМ В₁₂

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

КОДЫ ПО МКБ-10, КЛАССИФИКАЦИЯ



ПРИМЕРЫ ДИАГНОЗОВ

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



ДИАГНОСТИКА

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

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

ОРИЕНТИРОВОЧНЫЕ СРОКИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЗАКОННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ

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

КРИТЕРИИ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ

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



ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

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

Показания для госпитализации (плановой, неотложной и экстренной)	Ориентировочные действия врача
- Анемия средней степени тяжести и тяжелая анемия. - Отсутствие положительной динамики от терапии витамином В₁₂	Плановая госпитализация
- Анемия тяжелой степени. - Уровень Hb менее 50 г/л (2В). - Выраженная тахикардия, тахипноэ (2В). - Тяжелые инфекции	Плановая госпитализация в профильное отделение для проведения гемо-трансфузий



РЕАБИЛИТАЦИЯ

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



ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ



ФАРМАКОТЕРАПИЯ

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

Препараты выбора	Особенности применения
2. Этапы терапии	
2.1. Насыщение (4–6 нед)	В/м или п/к по 200–400 мкг ежедневно; при миелозе насыщающая доза 500–1000 мкг в сутки
2.2. Закрепляющая терапия	500 мкг 1 раз в неделю 6 мес
2.3. Поддерживающая терапия	Проводится пожизненно по нескольким схемам (выборочно): – 1 инъекция каждый месяц по 500 мкг; – по 500 мкг 2 раза в месяц с 2-месячным перерывом в течение года; – 2 раза в год в течение 2 нед по 500 мкг в/м ежедневно
<i>Уровень гемоглобина и эритроцитов начинает увеличиваться через 2 нед и нормализуется между 4-й и 6-й неделями лечения в зависимости от выраженности дефицита.</i> <i>Уровень гемоглобина нарастает медленнее, могут развиваться гипохромия и микроцитоз эритроцитов.</i> <i>Содержание ретикулоцитов начинает увеличиваться на 2–4-й день и становится максимальным на 8–9-й день, к 14-му дню нормализуется (4D).</i> <i>Одновременно повышается количество лейкоцитов и тромбоцитов.</i> <i>Гиперсегментация ядер нейтрофилов сохраняется до 10–14-го дня от начала лечения</i>	

РЕКОМЕНДАЦИИ ОБРАЗА ЖИЗНИ В ПЕРИОД ЗАБОЛЕВАНИЯ

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