

Г.Е.Ройтберг

---

**РУКОВОДСТВО  
ДЛЯ ВРАЧА  
ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ**

*3-е издание*

УДК 616.1/9(035)  
ББК 53/57я75  
Р65

*Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.*

*Авторы и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.*

*Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.*

### **Ройтберг, Григорий Ефимович.**

Р65 Руководство для врача общей практики / Г.Е.Ройтберг. – 3-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2023. – 680 с. : ил.  
ISBN 978-5-907632-42-4

В конце прошлого столетия врачи первичного звена стали выполнять функцию диспетчеров, основная цель работы которых – направить пациента к узкому специалисту. Со временем эта ситуация перестала устраивать врачей, пациентов и руководителей здравоохранения. В 1992 г. был подготовлен и подписан приказ «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)», который позволил внедрить принципы работы семейного врача в первичное здравоохранение.

Обучение специалиста – врача общей практики (семейного врача) невозможно без качественной литературы. Предлагаемое руководство подготовлено преподавателями кафедры терапии, общей врачебной практики и ядерной медицины РНИМУ им. Н.И.Пирогова при активном участии врачей и преподавателей лучшей школы семейных врачей – Университета Айовы (США). В руководстве изложены основные сведения по диагностике и лечению заболеваний, с которыми встречаются семейные врачи в повседневной деятельности. Отличительной чертой издания является краткость и наглядность представления материала. Изложенные данные базируются на многолетнем опыте работы семейных врачей и представлены с учетом особенностей оказания медицинской помощи на амбулаторном и стационарном этапах с подробным описанием действий при неотложных состояниях.

Руководство предназначено для врачей общей практики (семейных врачей), терапевтов, педиатров, а также для врачей всех специальностей, слушателей факультетов постдипломного образования и студентов медицинских вузов.

УДК 616.1/9(035)  
ББК 53/57я75

ISBN 978-5-907632-42-4

© Ройтберг Г.Е., 2022  
© Оформление, оригинал-макет. Издательство «МЕДпресс-информ», 2022

# Предисловия

Уважаемые коллеги, друзья!

Книга, которую вы сейчас держите в руках, – это результат длительного, огромного труда коллектива людей, которые всегда верили, что терапевт и врач общей практики – это люди, определяющие не только лечебную и диагностическую тактику, но и в значительной мере – судьбу пациента.

Хотя это не относится к предисловию книги, но в двух словах расскажу, как у нас начала работать кафедра семейной медицины, труд которой сегодня перед вами. Мы создали кафедру более 20 лет назад и с самого начала привнесли некоторые западноевропейские и американские технологии в подготовку врача общей практики. Делали мы это совместно с университетом Соединенных Штатов Америки.

Вначале мы работали вместе с университетом и редактировали учебник по семейной медицине, подготовленный под руководством профессора М.А.Грабера. Потом мы поняли, что, несмотря на общие фундаментальные основы подготовки врача общей практики у нас, в Европе и в Америке, существует очень много отличий в этой области и адаптация под конкретные условия в России является отдельным трудом. И тогда возникла идея написать эту книгу.

Мы подготовили модель реформирования московского здравоохранения, решив, что краеугольным камнем первичного звена должна стать именно врачебная практика семейной медицины. К сожалению, в тот момент медицинские власти посчитали это преждевременным, и мы вернулись к этой идее всего несколько лет назад.

Ни в каком учебнике, ни в какой книге нельзя привести весь алгоритм работы врача, нельзя описать все этапы принятия трудных решений, искусство врачевания и интуицию. Мы попытались для начала стандартизировать основы диагностики и лечебного процесса. В нашем издании вы найдете ответы на злободневные вопросы, возникающие у вас каждый день, однако самые важные, на которые точного ответа нет: что должен делать врач общей практики и каков круг вопросов, которые он должен решать сам; когда он должен обратиться за помощью к узкому специалисту для поддержки и дальнейшего лечения больного.

Надеюсь, что эта книга ответит на многие вопросы, и желаю успехов в вашем совершенствовании!

С уважением, Г.Е.Ройтберг,  
*докт. мед. наук, профессор,  
заведующий кафедрой терапии,  
общей врачебной практики  
и семейной медицины РНИМУ  
им. Н.И.Пирогова, президент  
АО «Медицина», академик РАН,  
заслуженный врач РФ, лауреат  
премии Правительства РФ  
в области образования*

Скрипучая повозка с трудом пробирается по рыхлому серому снегу. Из ноздрей усталой лошади валит пар. . . Дремлющий в повозке пассажир с потрепанным чемоданчиком в руках – это семейный доктор. Днем и ночью, в стужу и зной он ездит по домам, осматривая то больного ребенка, то роженицу, то старика с воспалением легких, то старуху с артритом. . .

Да, в наше время такую картину, к счастью, уже не увидишь. Семейная медицина претерпела большие изменения со времен повозки и лошадки: стетоскоп уступил место портативному ультразвуковому сканеру, рентген сдает позиции в пользу КТ- и МРТ-диагностики, а Интернет становится основным источником информации.

Но некоторые вещи не меняются. Без врачей, которые знают пациента и сострадают ему, по-прежнему не обойтись. Они в курсе не только болезней пациентов, но и того, чем их больные живут, где работают, чем интересуются, как обстоят дела в их семьях. Хороший практикующий врач, как и его предшественники многие десятилетия назад, понимает жизненные ценности пациентов, их устремления, а не просто заботится об их здоровье.

Неизменной осталась и необходимость в достоверной, подкрепленной доказательствами информации. И все так же лучшим ее источником является хорошая книга. Книга, которую вы держите сейчас в руках, появилась на свет благодаря усилиям профессора Григория Ефимовича Ройтберга и его команды. Это единственное русскоязычное издание по семейной медицине. Авторы рассматривают все аспекты педиатрии, гинекологии и терапии; данные по этим наукам обновлены на начало 2021 года. Если бы я мог взять на себя смелость и говорить от лица команды специалистов, создавшей эту книгу, я бы сказал следующее: «Надеемся, что наше произведение поможет вам заботиться о пациентах и получать от работы такую же радость, какую испытываем от нашей работы мы».

Mark A. Graber  
MD MSHCE FACEP  
*Professor of Family and Emergency Medicine  
University of Iowa Carver College of Medicine*

# ОГЛАВЛЕНИЕ

Сокращения .....	24
Глава 1. Реанимация, обеспечение проходимости дыхательных путей и острые аритмии .....	27
1.1. Обеспечение проходимости дыхательных путей .....	27
1.1.1. Адекватная анестезия .....	27
1.1.2. Назальная интубация .....	27
1.2. Быстрая последовательная интубация .....	27
1.3. Лечение неотложных кардиологических состояний .....	29
1.4. Аритмии сердца и их лечение .....	29
1.4.1. Фибрилляция желудочков и желудочковая тахикардия при отсутствии пульса (рис. 1.1) .....	29
1.4.2. Электромеханическая диссоциация (рис. 1.2) .....	30
1.4.3. Брадикардия, сопровождающаяся клиническими проявлениями (рис. 1.3) .....	31
1.4.4. Асистолия (рис. 1.4) .....	32
1.4.5. Тахикардия (рис. 1.5) .....	33
1.4.6. Желудочковая тахикардия при стабильной гемодинамике (рис. 1.6) .....	33
1.4.7. Кардиоверсия при тахикардии с клиническими проявлениями (рис. 1.7) .....	35
1.5. Педиатрическая реанимация .....	35
1.5.1. Поддержание жизни у детей .....	35
1.5.2. Реанимация новорожденных .....	37
Глава 2. Неотложные состояния .....	39
2.1. Острая боль в грудной клетке .....	39
2.1.1. Дифференциальный диагноз .....	39
2.1.2. План обследования .....	39
2.1.3. Лечение пациентов с острой сердечной болью .....	39
2.2. Судороги .....	42
2.2.1. Фебрильные судороги .....	42
2.2.2. Большой эпилептический припадок и эпилептический статус .....	43
2.2.3. Эпилептические припадки у новорожденных .....	45
2.3. Бронхиальная астма/ХОБЛ/одышка (см. также 4.3–4.4) .....	46
2.3.1. Причины одышки и удушья при заболеваниях дыхательных путей .....	46
2.3.2. Диагностика, лечение и профилактика обострения бронхиальной астмы .....	47
2.4. Кома .....	50
2.4.1. Первая помощь при коме .....	50
2.4.2. Дифференциальный диагноз комы .....	50
2.4.3. Дифференциальный диагноз полушарных и стволовых поражений .....	51
2.4.4. Лабораторные исследования при коме .....	52
2.5. Черепно-мозговая травма (см. 2.4.3–2.4.4) .....	52
2.5.1. Шкала комы Глазго .....	52
2.5.2. Классификация и лечение черепно-мозговых травм .....	52
2.5.3. Посткоммоционный синдром .....	54
2.6. Травма .....	55
2.6.1. Множественная травма. Основные принципы лечения .....	55
2.6.2. Травма шеи .....	57
2.6.3. Травма грудной клетки .....	60
2.6.4. Повреждения живота при сочетанной травме .....	61
2.6.5. Травма конечностей .....	61
2.6.6. Урологическая травма .....	62
2.7. Гипертонический криз .....	63
2.7.1. Осложненный гипертонический криз .....	63
2.7.2. Неосложненный гипертонический криз .....	64

2.8. Расслаивающая аневризма грудного отдела аорты .....	64
2.9. Аневризма брюшного отдела аорты .....	65
2.10. Шок .....	66
2.10.1. Классификация по этиологии .....	66
2.10.2. Диагностика .....	66
2.10.3. Анафилактический шок и острая крапивница .....	66
2.10.4. Другие виды шока .....	67
2.11. Передозировка фармакологических препаратов и синдромы интоксикации .....	68
2.11.1. Общие принципы ведения больного с передозировкой фармакологических препаратов .....	68
2.11.2. Передозировка и интоксикация отдельными веществами .....	69
2.12. Укусы .....	75
2.12.1. Укусы животных .....	75
2.12.2. Укусы клещей .....	76
2.12.3. Укусы пауков .....	77
2.13. Поражение факторами окружающей среды .....	77
2.13.1. Солнечные ожоги .....	77
2.13.2. Гипертермия .....	77
2.14. Ожоги, холодовые и термические повреждения .....	78
2.14.1. Обследование при ожогах .....	78
2.14.2. Причины ожогов .....	79
2.14.3. Лечение ожогов .....	80
2.14.4. Холодовые повреждения .....	81
2.15. Рабдомиолиз .....	83
Глава 3. Кардиология .....	85
3.1. Ишемическая болезнь сердца .....	85
3.1.1. Этиология .....	85
3.1.2. Клиническая классификация стенокардии .....	85
3.1.3. Диагностика ИБС .....	85
3.1.4. Консервативное лечение стабильной ИБС .....	88
3.1.5. Острый коронарный синдром .....	90
3.2. Аритмии сердца .....	92
3.2.1. Экстрасистолия .....	92
3.2.2. Фибрилляция предсердий .....	93
3.2.3. Пароксизмальные наджелудочковые тахикардии .....	95
3.2.4. Желудочковая тахикардия .....	96
3.2.5. Синдром слабости синусового узла .....	97
3.3. Пороки клапанов сердца .....	97
3.3.1. Общие положения .....	97
3.3.2. Протрузия митрального клапана .....	97
3.4. Застойная сердечная недостаточность .....	99
3.4.1. Этиология .....	99
3.4.2. Диагностика .....	99
3.4.3. Острая сердечная недостаточность, обусловленная систолической дисфункцией .....	99
3.4.4. Амбулаторное лечение сердечной недостаточности, обусловленной систолической дисфункцией .....	101
3.4.5. Идиопатический гипертрофический субаортальный стеноз .....	103
3.4.6. Диастолическая дисфункция .....	104
3.5. Артериальная гипертензия .....	105
3.5.1. Общие положения .....	105
3.5.2. Этиология .....	105
3.5.3. Диагностика .....	105
3.5.4. Лечение .....	106

3.6. Обморок	109
3.6.1. Определения	109
3.6.2. Этиология	109
3.6.3. Диагностика	110
3.6.4. Лечение	111
3.7. Дислипидемии	111
3.7.1. Классификация дислипидемий	111
3.7.2. Наблюдение за динамикой дислипидемий	113
3.7.3. Лекарственная терапия	113
3.8. Профилактика инфекционного эндокардита	115
3.8.1. Показания к профилактическому приему антибиотиков	115
3.8.2. Выбор антибиотиков для профилактики инфекционного эндокардита	116
Глава 4. Заболевания легких	117
4.1. Тромбоэмболия легочной артерии и тромбоз глубоких вен конечностей	117
4.1.1. Тромбоз глубоких вен конечностей	117
4.1.2. Тромбоэмболия легочной артерии	121
4.2. Исследование функции внешнего дыхания	126
4.2.1. Spiрографические показатели легочной вентиляции	126
4.2.2. Оценка диффузионной способности легких	128
4.2.3. Варианты патологических изменений функции внешнего дыхания	128
4.3. Хроническая обструктивная болезнь легких	128
4.3.1. Общие положения	128
4.3.2. Диагностика ХОБЛ	129
4.3.3. Оценка тяжести течения ХОБЛ	130
4.3.4. Дифференциальный диагноз ХОБЛ	132
4.3.5. Неотложная терапия ХОБЛ (см. 2.3.2/5)	132
4.3.6. Поддерживающая терапия ХОБЛ	133
4.4. Бронхиальная астма	137
4.4.1. Диагностика	138
4.4.2. Классификация бронхиальной астмы	141
4.4.3. Основные принципы лечения	143
4.4.4. Поддерживающая терапия	144
4.4.5. Лечение, направленное на достижение контроля над астмой	145
4.4.6. Лечение обострений бронхиальной астмы	146
4.4.7. Профилактика и реабилитация пациентов с астмой	148
4.5. Бронхоэктатическая болезнь	149
4.5.1. Диагностика и лечение	149
4.5.2. Аллергический бронхопульмональный аспергиллез	149
4.6. Пневмония	150
4.6.1. Диагностика	150
4.6.2. Лечение внебольничных пневмоний	152
4.6.3. Причины неэффективности исходного лечения	153
4.6.4. Лечение пневмоний, вызванных резистентными микроорганизмами	154
4.6.5. SARS-синдром	156
4.7. Экзогенный аллергический альвеолит	156
4.7.1. Эпидемиология	157
4.7.2. Клинические проявления и диагностика	157
4.7.3. Лечение	158
4.8. Вирусные инфекции дыхательных путей	158
4.8.1. Острая респираторная вирусная инфекция	158
4.8.2. Грипп	159
4.8.3. Бронхит	161
4.9. Хронический кашель	161

4.10. Обструктивное ночное апноэ	162
4.10.1. Клинические проявления и диагностика	162
4.10.2. Лечение	163
4.11. Саркоидоз	163
4.11.1. Клинические проявления и диагностика	163
4.11.2. Лечение	164
4.12. Кровохарканье/легочное кровотечение	164
4.13. Плевральный выпот	165
4.14. Гранулематоз Вегенера	166
Глава 5. Гастроэнтерология и гепатология	167
5.1. Диспепсия	167
5.1.1. Общие положения	167
5.1.2. Этиология	167
5.1.3. Дифференциальный диагноз	167
5.1.4. Методы диагностики	168
5.1.5. Лечение	168
5.2. Язвенная болезнь	169
5.2.1. Клинические проявления и диагностика	169
5.2.2. Дифференциальный диагноз	170
5.2.3. Лечение и профилактика	171
5.3. Заболевания пищевода	173
5.3.1. Инородные тела в пищеводе	173
5.3.2. Ахалазия	174
5.3.3. Диффузный спазм пищевода	174
5.3.4. Дивертикул Ценкера	174
5.3.5. Склеродермия	174
5.3.6. Гастроэзофагеальный рефлюкс и рефлюкс-эзофагит	175
5.4. Острая диарея	175
5.4.1. Патогенез диареи	176
5.4.2. Причины острой диареи	176
5.4.3. Диагностика	177
5.4.4. Лечение	177
5.5. Хроническая диарея	178
5.5.1. Этиология	178
5.5.2. Диагностика	179
5.5.3. Лечение	180
5.6. Диарея путешественников	180
5.6.1. Этиология	180
5.6.2. Профилактика и лечение	181
5.7. Целиакия (глютеновая энтеропатия)	181
5.7.1. Клинические проявления и диагностика	181
5.7.2. Лечение	181
5.8. Непереносимость лактозы	182
5.8.1. Классификация недостаточности лактазы	182
5.8.2. Клинические проявления и диагностика	182
5.8.3. Лечение	182
5.9. Синдром раздраженного кишечника	183
5.9.1. Определение	183
5.9.2. Клинические проявления и диагностика	183
5.9.3. Лечение	183
5.10. Псевдомембранозный колит	184
5.10.1. Клинические проявления и диагностика	184
5.10.2. Лечение	184



5.11. Лямблиоз	185
5.11.1. Общие положения	185
5.11.2. Диагностика	185
5.12. Дивертикулез	185
5.12.1. Определения и общие положения	185
5.12.2. Клинические проявления	185
5.12.3. Дивертикулит	186
5.12.4. Лечение	186
5.13. Запор, каловые камни и недержание кала	187
5.13.1. Запор	187
5.13.2. Каловые камни	189
5.13.3. Недержание кала	189
5.14. Болезнь Крона	190
5.14.1. Клинические проявления и диагностика	190
5.14.2. Лечение обострений	191
5.14.3. Поддерживающая терапия	192
5.15. Язвенный колит	192
5.15.1. Клинические проявления и диагностика	192
5.15.2. Лечение	193
5.16. Заболевания прямой кишки и заднего прохода	194
5.16.1. Геморрой	194
5.16.2. Трещины заднего прохода	194
5.16.3. Парапроктит	195
5.17. Желудочно-кишечные кровотечения	195
5.17.1. Виды кровотечений	195
5.17.2. Обследование	196
5.17.3. Неотложная терапия желудочно-кишечного кровотечения	197
5.18. Дифференциальный диагноз при повышении уровня печеночных ферментов в сыворотке	198
5.18.1. Причины повышения уровня ферментов	198
5.18.2. Общие положения	198
5.18.3. Дифференциальный диагноз при повышении уровня печеночных ферментов	199
5.18.4. Обследование при повышении уровня печеночных ферментов	199
5.19. Вирусные гепатиты	200
5.19.1. Гепатит А	200
5.19.2. Гепатит В	202
5.19.3. Гепатит С	203
5.19.4. Гепатит D	204
5.19.5. Гепатит E	205
5.20. Асцит и спонтанный бактериальный перитонит	205
5.20.1. Асцит	205
5.20.2. Лечение асцита	207
5.20.3. Печеночный гидроторакс	208
5.20.4. Спонтанный бактериальный перитонит	208
5.21. Алкогольное поражение печени, печеночная недостаточность, цирроз печени	209
5.21.1. Алкогольное поражение печени	209
5.21.2. Печеночная недостаточность и цирроз печени	210
5.21.3. Лечение	211
5.22. Печеночная энцефалопатия	212
5.23. Острый панкреатит	213
5.23.1. Этиология	213
5.23.2. Клинические проявления и диагностика	213
5.23.3. Прогноз	214
5.23.4. Лечение острого панкреатита	214
5.23.5. Отдаленные осложнения	215

Глава 6. Заболевания системы крови. Нарушения обмена органических и минеральных веществ	216
6.1. Нарушения свертывания крови	216
6.1.1. Типы геморрагического синдрома	216
6.1.2. Методы исследования гемостаза	217
6.1.3. Кровотечения вследствие патологии сосудистой стенки	218
6.1.4. Кровотечения, обусловленные тромбоцитопатиями	219
6.1.5. Кровотечения, обусловленные тромбоцитопенией	220
6.1.6. Кровотечения, обусловленные тромбоцитозом	221
6.1.7. Кровотечения вследствие нарушений плазменного звена гемостаза (коагулопатии)	222
6.1.8. Сочетание нарушений тромбоцитарного и коагуляционного звеньев гемостаза	223
6.1.9. Тромбофилии	224
6.2. Лечение антикоагулянтами	226
6.2.1. Антикоагулянты для парентерального введения	226
6.2.2. Пероральные антикоагулянты	226
6.3. Анемия	228
6.3.1. Общие положения	228
6.3.2. Микроцитоз и ареактивный костный мозг	228
6.3.3. Нормоцитоз и ареактивный костный мозг	231
6.3.4. Макроцитоз с ареактивным костным мозгом	232
6.3.5. Анемии с активацией эритропоэза	233
6.4. Серповидно-клеточная анемия	234
6.4.1. Клинические проявления	234
6.4.2. Лечение	235
6.5. Болезни накопления железа	236
6.5.1. Наследственный гемохроматоз	236
6.5.2. Трансфузионный гемохроматоз	236
6.6. Калий	236
6.6.1. Гипокалиемия	236
6.6.2. Гиперкалиемия	238
6.7. Натрий	239
6.7.1. Гипонатриемия	239
6.7.2. Гипернатриемия	241
6.8. Кальций	243
6.8.1. Гиперкальциемия	243
6.8.2. Гипокальциемия	245
6.9. Магний	246
6.9.1. Гипермагниемия	246
6.9.2. Гипомагниемия	247
6.10. Глюкоза	247
6.10.1. Классификация гипогликемий	247
6.10.2. Обследование при различных видах гипогликемии	248
6.10.3. Лечение гипогликемии	248
6.10.4. Сахарный диабет	249
6.10.5. Лечение сахарного диабета	251
6.10.6. Осложнения сахарного диабета	255
6.10.7. Диабетический кетоацидоз	257
6.10.8. Некетозный гипергликемический гиперосмолярный синдром	260
6.11. Гипертиреоз	261
6.11.1. Этиология	261
6.11.2. Обследование	262
6.11.3. Лечение	262
6.12. Тиреотоксический криз	264
6.12.1. Лечение	264

6.13. Гипотиреоз	264
6.13.1. Этиология	264
6.13.2. Диагностика и лечение	265
6.14. Гипотиреоидная кома	265
6.15. Увеличение щитовидной железы	266
6.15.1. Диффузный зоб	266
6.15.2. Многоузловой зоб	266
6.15.3. Солитарные узлы	266
6.16. Заболевания надпочечников	267
6.16.1. Первичная недостаточность надпочечников	267
6.16.2. Гиперфункция надпочечников	268
Глава 7. Ревматология	269
7.1. Ревматоидный артрит	269
7.1.1. Общие положения	269
7.1.2. Диагностика	269
7.1.3. Клинические проявления	271
7.1.4. Лечение	273
7.2. Остеоартрит (остеоартроз)	275
7.2.1. Классификация	275
7.2.2. Диагностика	276
7.2.3. Лечение	276
7.3. Кристаллические артропатии	277
7.3.1. Острый подагрический артрит	277
7.3.2. Хроническая подагра	278
7.3.3. Пирофосфатная артропатия	279
7.4. Спондилоартропатии	280
7.4.1. Анкилозирующий спондилит	281
7.4.2. Синдром Рейтера	282
7.4.3. Энтеропатический артрит	283
7.4.4. Псориатический артрит	283
7.5. Септический артрит	283
7.5.1. Гонококковый артрит	284
7.5.2. Негонококковый бактериальный артрит	284
7.5.3. Лечение	286
7.6. Ревматическая лихорадка и ревмокардит	286
7.7. Синдром фибромиалгии	287
7.7.1. Клинические проявления	287
7.7.2. Диагностика	288
7.7.3. Лечение	289
7.8. Синдром хронической усталости	289
7.9. Ревматическая полимиалгия и гигантоклеточный артериит	289
7.9.1. Ревматическая полимиалгия	290
7.9.2. Гигантоклеточный (височный) артериит	290
7.10. Болезнь/синдром Рейно	290
7.11. Системная красная волчанка	291
7.11.1. Диагностика	291
7.11.2. Клинические проявления	292
7.11.3. Лабораторные данные	293
7.11.4. Лечение	293
7.12. Лекарственная волчанка	294
7.13. Антифосфолипидный синдром	295
7.13.1. Клинические проявления и диагностика	295
7.13.2. Лечение	295

7.14. Системная склеродермия	296
7.14.1. Клинические проявления	296
7.14.2. Лечение	296
Глава 8. Урология и нефрология	297
8.1. Инфекции мочевых путей у женщин	297
8.1.1. Острый цистит	297
8.1.2. Хронический рецидивирующий цистит	298
8.1.3. Интерстициальный цистит	299
8.1.4. Лучевой цистит	299
8.1.5. Неинфекционный геморрагический цистит	299
8.1.6. Уретрит	299
8.1.7. Бессимптомная бактериурия	302
8.2. Инфекции мочевых путей у детей	302
8.3. Инфекции нижних мочевых путей и половых органов у мужчин	303
8.3.1. Уретрит	303
8.3.2. Бактериальный цистит	304
8.3.3. Острый бактериальный простатит	304
8.3.4. Хронический бактериальный простатит	305
8.3.5. Небактериальный простатит	305
8.3.6. Простатодиния	305
8.3.7. Эпидидимит	306
8.4. Острый пиелонефрит у мужчин и женщин	306
8.5. Заболевания, передающиеся половым путем	307
8.5.1. Сифилис	308
8.5.2. Гонорея	308
8.5.3. Шанкрод (мягкий шанкр)	309
8.5.4. Венерическая лимфогранулема	309
8.5.5. Генитальный герпес	309
8.5.6. Остроконечная кондилома	310
8.5.7. Контагиозный моллюск	310
8.5.8. Другие инфекции	311
8.6. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы	311
8.6.1. Клинические проявления	311
8.6.2. Лечение	312
8.7. Гематурия	312
8.7.1. Причины	312
8.7.2. Обследование	312
8.8. Нефролитиаз	313
8.8.1. Клинические проявления и диагностика	313
8.8.2. Лечение при первичном обращении больного	314
8.8.3. Дальнейшее лечение	314
8.9. Острая боль и объемные образования в мошонке	315
8.9.1. Острая боль в мошонке	315
8.9.2. Безболезненные объемные образования в мошонке	316
8.10. Недержание мочи	317
8.10.1. Варианты недержания мочи и их причины	317
8.10.2. Обследование	318
8.10.3. Лечение	318
8.11. Андрологические заболевания	319
8.12. Эректильная дисфункция	319
8.12.1. Обследование	319
8.12.2. Лечение	320
8.13. Острая почечная недостаточность	321
8.13.1. Причины острой почечной недостаточности	321

8.13.2. Диагностика	321
8.13.3. Острый канальцевый некроз	322
8.13.4. Преренальная азотемия	322
8.13.5. Другие причины острой почечной недостаточности	323
8.13.6. Лечение острой почечной недостаточности	323
8.14. Хроническая почечная недостаточность	323
8.14.1. Диагностика	324
8.14.2. Лечение и профилактика	324
8.15. Протеинурия, нефротический и нефритический синдромы	325
8.15.1. Общие положения	325
8.15.2. Диагностика нефротического синдрома	325
8.15.3. Прогноз и лечение	327
8.16. Гломерулонефрит и другие нефриты	327
Глава 9. Неврология	328
9.1. Головная боль	328
9.1.1. Общие положения	328
9.1.2. Обследование при головной боли	328
9.1.3. Мигрень	329
9.1.4. Головная боль напряжения	331
9.1.5. Пучковые (кластерные) головные боли	332
9.1.6. Лекарственно-индуцированная головная боль	333
9.1.7. Жизнеугрожающие состояния с головной болью	334
9.2. Деменция	334
9.2.1. Общие положения	334
9.2.2. Диагностика	335
9.2.3. Общие принципы лечения деменции	336
9.2.4. Деменция при болезни Альцгеймера	336
9.2.5. Сосудистая (мультиинфарктная) деменция	337
9.2.6. Лобно-височная деменция	337
9.2.7. Деменция с тельцами Леви	337
9.2.8. Нормотензивная гидроцефалия	338
9.2.9. Псевдодеменция	338
9.3. Делирий	338
9.3.1. Критерии диагностики делирия	338
9.3.2. Основные причины делирия	338
9.3.3. Диагностика	339
9.3.4. Лечение	340
9.4. Судорожные припадки	341
9.4.1. Классификация	341
9.4.2. Причины	341
9.4.3. Диагностика	342
9.4.4. Дифференциальный диагноз судорожных припадков	342
9.4.5. Лечение	343
9.5. Болезнь Паркинсона	345
9.5.1. Клинические проявления	345
9.5.2. Дифференциальный диагноз	345
9.5.3. Лечение	346
9.6. Доброкачественные ночные судороги в ногах	348
9.6.1. Диагностика	349
9.6.2. Лечение	349
9.7. Синдром беспокойных ног	349
9.7.1. Клинические проявления	349
9.7.2. Этиология	350
9.7.3. Диагностика	350

9.7.4. Лечение	350
9.8. Инфекции центральной нервной системы	351
9.8.1. Бактериальный менингит	351
9.8.2. Вирусный менингит	352
9.8.3. Энцефалит	353
9.8.4. Абсцесс головного мозга	354
9.9. Острое нарушение мозгового кровообращения	354
9.9.1. Классификация	354
9.9.2. Клинические проявления и дифференциальный диагноз	355
9.9.3. Экстренная диагностика и лечение	355
9.9.4. Поддерживающая терапия при мозговом инсульте	356
9.9.5. Выявление этиологии инсульта	357
9.9.6. Профилактика инсультов	357
9.10. Нейропатия	358
9.10.1. Классификация	358
9.10.2. Диагностика	359
9.10.3. Распространенные и клинически значимые нейропатии	359
9.11. Рассеянный склероз	361
9.11.1. Клинические проявления и диагностика	361
9.11.2. Лечение	362
9.12. Системное (вестибулярное) головокружение	362
9.12.1. Определение	362
9.12.2. Клиническая диагностика	363
9.12.3. Системные головокружения периферического генеза	363
9.12.4. Системные головокружения центрального генеза	365
9.12.5. Несистемное головокружение	366
Глава 10. Инфекционные болезни	368
10.1. Принципы культивирования микроорганизмов	368
10.2. Инвазии	370
10.2.1. Энтеробиоз	370
10.2.2. Чесотка	370
10.2.3. Педикулез	371
10.3. Туберкулез	372
10.3.1. Показания для обследования на туберкулез	372
10.3.2. Метод массового обследования. Проба Манту	372
10.3.3. Показания к профилактическому лечению при положительной пробе манту	373
10.3.4. Профилактическое лечение	373
10.3.5. Лечение активного туберкулеза легких	374
10.4. Лихорадка неясного генеза	374
10.5. Болезнь Лайма	378
10.5.1. Клинические проявления	378
10.5.2. Диагностика	378
10.5.3. Лечение	379
10.5.4. Профилактика	379
10.6. Лептоспироз	379
10.6.1. Клинические проявления и диагностика	379
10.6.1. Лечение	380
10.7. Инфекционный эндокардит	380
10.7.1. Факторы риска	380
10.7.2. Возбудители инфекционного эндокардита	380
10.7.3. Классификация инфекционного эндокардита	381
10.7.4. Клинические проявления и диагностика	381
10.7.5. Лечение	382

10.8. Малярия	382
10.8.1. Возбудители малярии	382
10.8.2. Клинические проявления и диагностика	382
10.8.3. Лечение и профилактика	383
Глава 11. Педиатрия	384
11.1. Уход за новорожденными	384
11.1.1. Наблюдение за температурой тела	384
11.1.2. Наблюдение за другими функциями	384
11.1.3. Профилактические мероприятия у новорожденных	384
11.1.4. Лабораторные исследования	385
11.2. Желтуха новорожденных	386
11.2.1. Физиологическая желтуха новорожденных	386
11.2.2. Нефизиологические желтухи новорожденных	386
11.2.3. Желтуха при естественном вскармливании	387
11.2.4. Лечение гипербилирубинемии (табл. 11.1)	387
11.3. Нарушения дыхания у новорожденных	388
11.3.1. Респираторный дистресс-синдром новорожденных	388
11.3.2. Транзиторное тахипноэ новорожденных	388
11.3.3. Синдром аспирации мекония	389
11.3.4. Спонтанный пневмоторакс	389
11.3.5. Брадикардия и приступы апноэ	389
11.4. Инфекции у новорожденных	390
11.4.1. Кандидоз слизистой оболочки рта	390
11.4.2. Бактериальный сепсис новорожденных	390
11.5. Врожденные инфекции	392
11.5.1. Общие положения	392
11.5.2. Токсоплазмоз	393
11.5.3. Инфицирование цитомегаловирусом	393
11.5.4. Герпетическая инфекция	394
11.5.5. Краснуха	394
11.5.6. Парвовирус В19 (пятая болезнь, инфекционная эритема)	394
11.5.7. Сифилис	395
11.5.8. Энтеровирусы	395
11.5.9. Гонококковая и хламидийная инфекция	396
11.6. Гематологические заболевания у новорожденных	396
11.7. Нарушения обмена веществ у новорожденных	397
11.7.1. Гипогликемия	397
11.7.2. Гипокальциемия	397
11.7.3. Неонатальный абстинентный синдром	398
11.8. Желудочно-кишечные расстройства у новорожденных	398
11.8.1. Рвота и срыгивания	398
11.8.2. Синдром меконияльной пробки	399
11.8.3. Некротический энтероколит	399
11.9. Питание, витаминные и минеральные добавки	400
11.9.1. Естественное вскармливание	400
11.9.2. Искусственное вскармливание	401
11.9.3. Изменение характера питания по мере роста ребенка	401
11.9.4. Дополнительное назначение минеральных веществ и витаминов	401
11.10. Профилактические мероприятия в педиатрии	402
11.10.1. Иммунизация	402
11.10.2. Рост и развитие	403
11.10.3. Задержка физического развития	403

11.11. Низкорослость	404
11.11.1. Общие положения	404
11.11.2. Обследование	405
11.12. Кишечные колики и приступы крика	405
11.13. Безопасность и предотвращение несчастных случаев	406
11.14. Инфекции и инвазии	406
11.14.1. Обследование ребенка с лихорадкой	406
11.14.2. Бактериальный менингит	411
11.15. Рвота, понос и обезвоживание	413
11.15.1. Рвота	413
11.15.2. Понос	414
11.15.3. Обезвоживание	414
11.16. Запор и недержание кала	418
11.16.1. Причины запоров	419
11.16.2. Обследование	419
11.16.3. Лечение	419
11.17. Желудочно-кишечные кровотечения у детей	420
11.18. Стридор и одышка	421
11.18.1. Эпиглоттит	421
11.18.2. Круп (ларинготрахеобронхит)	422
11.18.3. Аспирация инородных тел	423
11.18.4. Бронхиолит	424
11.19. Хромота и боль в суставах	425
11.19.1. Общие положения	425
11.19.2. Дифференциальный диагноз и тактика лечения	425
11.20. Ночное недержание мочи	427
Глава 12. Гинекология	428
12.1. Контрацептивы	428
12.1.1. Комбинированные пероральные контрацептивы	429
12.1.2. Прогестагенные контрацептивы	430
12.1.3. Внутриматочные контрацептивы	431
12.1.4. Спермициды	432
12.1.5. Барьерные контрацептивы	432
12.1.6. Другие методы контрацепции	432
12.1.7. Экстренная контрацепция	433
12.2. Патология влагалища, вульвы и близлежащих областей	434
12.2.1. Вестибулит	434
12.2.2. Вульвовагиниты	434
12.2.3. Цервикальные инфекции	436
12.2.4. Уретрит	437
12.3. Воспалительные заболевания органов малого таза	437
12.3.1. Общие положения	437
12.3.2. Диагностика	437
12.3.3. Лечение	438
12.4. Бартолиновы железы	439
12.4.1. Кистозная дилатация	439
12.4.2. Абсцесс бартолиновой железы	439
12.5. Патологическое влагалищное кровотечение, нарушения менструального цикла и вторичная аменорея	439
12.5.1. Обследование	440
12.5.2. Причины патологического влагалищного кровотечения	440
12.5.3. Лечение патологического влагалищного кровотечения	441
12.5.4. Вторичная аменорея	442



12.6. Патология эндометрия	444
12.6.1. Эндометрит	444
12.6.2. Полипы эндометрия	444
12.6.3. Гиперплазия и аденокарцинома эндометрия	444
12.7. Дисменорея	445
12.7.1. Описание и этиология	445
12.7.2. Обследование	445
12.7.3. Лечение	445
12.8. Предменструальный синдром	446
12.8.1. Общие положения	446
12.8.2. Диагностика	446
12.8.3. Лечение	446
12.9. Хроническая боль в нижних отделах живота	447
12.9.1. Общие положения	447
12.9.2. Причины боли	447
12.9.3. Диагностика	448
12.9.4. Лечение	448
12.10. Синдром поликистозных яичников	449
12.10.1. Диагностика	449
12.10.2. Осложнения	450
12.10.3. Лечение	450
12.11. Патологические мазки по Папаниколу	450
12.11.1. Часто используемые аббревиатуры	450
12.11.2. Показания и противопоказания к исследованию	451
12.11.3. Тактика лечения в зависимости от результатов	451
12.12. Бесплодие	452
12.12.1. Общие положения	452
12.12.2. Диагностика	452
12.12.3. Оценка овуляции	453
12.12.4. Другие причины бесплодия	454
12.13. Эндометриоз	454
12.13.1. Общие положения	454
12.13.2. Обследование	455
12.13.3. Лечение	455
12.14. Опухоли придатков матки	456
12.14.1. Диагностика	456
12.14.2. Лечение опухолей яичников	457
12.15. Детская гинекология	458
12.15.1. Общие положения	458
12.15.2. Гинекологические заболевания младенческого и детского возраста	458
12.16. Менопауза	459
12.16.1. Клинические проявления	460
12.16.2. Заместительная гормональная терапия	460
12.16.3. Основные методы исследования	461
12.16.4. Схемы заместительной гормональной терапии	461
12.16.5. Лечение маточного кровотечения на фоне заместительной гормональной терапии	462
12.17. Изнасилование	463
12.17.1. Синдром травмы при изнасиловании	463
12.17.2. Профилактическое лечение	463
12.17.3. Сексуальное насилие над детьми	463
12.18. Внематочная беременность	464
12.18.1. Общие положения	464
12.18.2. Обследование	464
12.18.3. Лечение	466

Глава 13. Акушерство	467
13.1. Наблюдение до зачатия и родов	467
13.2. Дородовое наблюдение	467
13.2.1. Анамнез и первое клиническое обследование	467
13.2.2. Обследование во время первого дородового посещения	468
13.2.3. Лабораторные исследования во время беременности	469
13.2.4. Ожидаемая прибавка в массе тела	469
13.3. Дородовое обучение пациенток	469
13.3.1. Питание во время беременности	469
13.3.2. Физические нагрузки	470
13.3.3. Привычки и излишества	470
13.4. Исследование на Rh-фактор и введение анти-Rh <sub>0</sub> (D)-иммуноглобулина	471
13.4.1. Протокол массового обследования на Rh-фактор и введение анти-Rh <sub>0</sub> (D)-иммуноглобулина	471
13.4.2. Потребность в дополнительном введении анти-Rh <sub>0</sub> (D)-иммуноглобулина	472
13.5. Дородовая диагностика наследственных болезней	472
13.5.1. Общие положения	472
13.5.2. Методы скрининга и диагностики	472
13.6. $\alpha$ -фетопроtein/тройная проба	473
13.6.1. Общие положения	473
13.6.2. Причины повышения уровня $\alpha$ -фетопротеина	473
13.6.3. Причины снижения уровня $\alpha$ -фетопротеина	473
13.6.4. Причины снижения уровня эстриола и $\alpha$ -фетопротеина, повышения уровня хорионического гонадотропина	474
13.7. Дородовое наблюдение за плодом	474
13.7.1. Акушерское УЗИ	474
13.7.2. Нестрессовый тест	474
13.7.3. Биофизический профиль плода	475
13.7.4. Амниоцентез	475
13.8. Инфекция, обусловленная стрептококками группы В	475
13.8.1. Факторы риска развития неонатального сепсиса	475
13.8.2. Методы борьбы с инфекцией	476
13.8.3. Наблюдение за новорожденным от матери, получавшей профилактику инфекции	476
13.9. Тошнота и рвота беременных	476
13.9.1. Чрезмерная рвота беременных	477
13.9.2. Амбулаторное наблюдение	477
13.9.3. Госпитализация	477
13.10. Диабет беременных: гестационный сахарный диабет	478
13.10.1. Влияние на заболеваемость	478
13.10.2. Обследование	478
13.11. Травма и беременность	479
13.11.1. Общие положения	479
13.11.2. Ведение	479
13.12. Артериальная гипертония, преэклампсия и эклампсия у беременных	480
13.12.1. Гипертония, обусловленная беременностью	480
13.12.2. Преэклампсия и эклампсия	480
13.12.3. Обследование при гипертонии беременных и преэклампсии	481
13.12.4. Лечение гипертонии беременных/преэклампсии	481
13.12.5. Хроническая артериальная гипертония, накладывающаяся на беременность	482
13.13. Кровотечение на раннем сроке беременности	483
13.13.1. Дифференциальный диагноз влагалищного кровотечения на раннем сроке беременности	483
13.13.2. Лечение	484

13.14. Кровотечение во второй половине беременности .....	485
13.14.1. Дифференциальный диагноз .....	485
13.14.2. Лечение предлежания и отслойки плаценты .....	486
13.15. Внутриутробная задержка развития плода .....	487
13.15.1. Определение .....	487
13.15.2. Факторы риска .....	488
13.15.3. Диагностика и лечение .....	488
13.16. Роды .....	488
13.16.1. Преждевременные роды .....	488
13.16.2. Преждевременный разрыв околоплодных оболочек .....	490
13.16.3. Переносенная беременность .....	491
13.16.4. Влагалищные роды после кесарева сечения .....	491
13.16.5. Оценка родов .....	492
13.16.6. Физиологические роды и патология родовой деятельности .....	493
13.16.7. Наблюдение в родах. Кардиотокография .....	493
13.17. Амниоинфузия .....	495
13.17.1. Методика проведения амниоинфузии и эффективность .....	495
13.17.2. Индукция родов .....	496
13.18. Акушерская анестезия и обезболивание .....	497
13.19. Нормальное спонтанное влагалищное родоразрешение .....	498
13.19.1. Основные моменты (для затылочного предлежания) .....	498
13.19.2. Ведение родов в затылочном предлежании .....	498
13.19.3. Наложение акушерских щипцов .....	499
13.19.4. Вакуум-экстракция .....	500
13.20. Роды в тазовом предлежании .....	501
13.21. Эпизиотомия .....	501
13.22. Дистоция плечиков .....	501
13.23. Кесарево сечение .....	502
13.24. Послеродовое кровотечение .....	503
13.24.1. Основные положения .....	503
13.24.2. Клиническое обследование .....	503
13.24.3. Лечение .....	503
13.25. Наблюдение после родов .....	504
13.25.1. Ведение пациенток после нормальных влагалищных родов .....	504
13.25.2. Стационарное наблюдение и обследование .....	505
13.25.3. Инструктаж перед выпиской .....	505
13.26. Послеродовая лихорадка .....	505
Глава 14. Общая хирургия .....	507
14.1. Лечение ран .....	507
14.1.1. Анамнез ранения .....	507
14.1.2. Клиническое обследование .....	508
14.1.3. Лечение .....	508
14.1.4. Динамическое наблюдение и лечение .....	511
14.2. Оценка кардиологического риска перед операцией .....	511
14.3. Пульмонологическое обследование перед операцией .....	513
14.4. Лабораторные исследования перед операцией .....	513
14.5. Коррекция антикоагулянтной терапии перед операцией .....	513
14.6. Предоперационная подготовка и обследование .....	513
14.6.1. Ведение больного в предоперационном периоде .....	513
14.6.2. Анамнез наиболее важных заболеваний .....	516
14.6.3. Протокол операции .....	517
14.7. Послеоперационный период .....	517
14.7.1. Протокол ведения больного .....	517
14.7.2. Причины повышения температуры в послеоперационном периоде .....	520

14.7.3. Послеоперационная олигурия	520
14.7.4. Непроходимость кишечника в послеоперационном периоде	521
14.8. Профилактика тромбоза глубоких вен в послеоперационном периоде	521
14.8.1. Общие сведения	521
14.8.2. Препараты для профилактики тромбоза глубоких вен	521
14.9. Боли в животе	522
14.9.1. Анамнез	522
14.9.2. Клиническое обследование	526
14.9.3. Лабораторные исследования	526
14.9.4. Особенности обследования женщин репродуктивного возраста	527
14.9.5. Первоначальные лечебные мероприятия	527
14.10. Аппендицит	528
14.10.1. Клинические проявления	528
14.10.2. Лечение больного	528
14.11. Заболевания желчного пузыря	531
14.11.1. Бессимптомный холелитиаз	531
14.11.2. Обследование желчного пузыря	531
14.11.3. Желчная колика	532
14.11.4. Острый холецистит	532
14.11.5. Синдром сгущения желчи	532
14.11.6. Лечение холелитиаза	533
14.12. Непроходимость кишечника	533
14.12.1. Классификация	533
14.12.2. Непроходимость тонкого кишечника	534
14.12.3. Непроходимость толстого кишечника	535
14.12.4. Инвагинация	535
Глава 15. Ортопедия	537
15.1. Боль в пояснице	537
15.1.1. Этиология	537
15.1.2. Диагностика	538
15.1.3. Лечение	539
15.2. Боль в плече	540
15.2.1. Синдром вращательной манжетки	540
15.2.2. Адгезивный капсулит («замороженное плечо»)	541
15.2.3. Тендинит и бурсит	541
15.2.4. Повреждения в области акромиально-ключичных сочленений	541
15.2.5. Вывихи плеча	542
15.3. Локоть	543
15.3.1. Эпикондилит	543
15.3.2. Подвывих головки лучевой кости («локоть ребенка младшего возраста»)	543
15.3.3. «Локоть бейсболиста»	543
15.3.4. Локтевой бурсит	544
15.4. Запястье и кисть	544
15.4.1. Ганглий	544
15.4.2. Синдром запястного канала	544
15.4.3. Молоткообразный палец	545
15.4.4. Кончик пальца	545
15.4.5. Вывихи в межфаланговых суставах	545
15.5. Бурситы бедра	546
15.6. Боль в колене	546
15.6.1. Показания к рентгенографии	546
15.6.2. Повреждения связок	546
15.6.3. Разрывы менисков	547
15.6.4. Синдром пателлофemorальной боли	548

15.6.5. Вывихи надколенника	548
15.7. Растяжение капсульно-связочного аппарата голеностопного сустава	549
15.8. Боль в пятке. Подошвенный фасциит	549
15.9. Боль в стопе	550
15.10. Ротационные деформации нижней конечности	550
15.10.1. Косолапость	550
15.10.2. Поворот стопы кнаружи	551
15.11. Переломы	551
15.11.1. Терминология	551
15.11.2. Переломы эпифизарной пластинки	551
15.11.3. Осложнения	553
15.11.4. Лечение отдельных переломов	553
Глава 16. Дерматология	555
16.1. Зуд	555
16.1.1. Этиология	555
16.1.2. Диагностика	555
16.1.3. Лечение	556
16.2. Инфекции кожи	556
16.2.1. Бактериальные инфекции	556
16.2.2. Вирусные инфекции	557
16.2.3. Грибковые инфекции кожи	559
16.3. Угри	560
16.3.1. Обыкновенные угри	560
16.3.2. Классификация и лечение угрей	560
16.3.3. Другие виды угрей	561
16.4. Заболевания, проявляющиеся папулезно-сквамозной сыпью	562
16.4.1. Заболевания, проявляющиеся бляшками	562
16.4.2. Заболевания, проявляющиеся несливающимися папулами	562
16.5. Заболевания, проявляющиеся везикулами и пузырями	563
16.5.1. Заболевания, проявляющиеся везикулами	563
16.5.2. Заболевания, проявляющиеся пузырями	563
16.6. Высыпания белого цвета	564
16.7. Дерматиты	565
16.7.1. Аллергический контактный дерматит	565
16.7.2. Экзематозные дерматиты с выраженным зудом	566
16.7.3. Другие экзематозные дерматиты	567
16.8. Крапивница	568
16.8.1. Общие положения	568
16.8.2. Формы крапивницы	568
16.8.3. Диагностика крапивницы	569
16.8.4. Лечение крапивницы	570
Глава 17. Психиатрия	571
17.1. Расстройства настроения	571
17.1.1. Депрессивные состояния	571
17.1.2. Биполярные аффективные расстройства	578
17.2. Тревожные состояния	580
17.2.1. Общие положения	580
17.2.2. Генерализованное тревожное расстройство	580
17.2.3. Паническое расстройство	581
17.2.4. Агорафобия	582
17.2.5. Социальные и другие фобии	583
17.2.6. Невроз навязчивых состояний	583
17.2.7. Посттравматический синдром	584

17.3. Злоупотребление психоактивными химическими веществами (наркомания) . . . . .	584
17.3.1. Общие положения (табл. 17.5–17.7) . . . . .	584
17.3.2. Алкоголизм . . . . .	586
17.4. Острый психоз . . . . .	589
17.4.1. Дифференциальный диагноз . . . . .	589
17.4.2. Лечение . . . . .	589
17.5. Шизофрения и другие психотические расстройства . . . . .	590
17.6. Нарушения питания . . . . .	592
17.6.1. Нервная анорексия . . . . .	592
17.6.2. Нервная булимия . . . . .	593
17.7. Синдром нарушения внимания . . . . .	594
17.7.1. Диагностика . . . . .	594
17.7.2. Лечение . . . . .	595
17.8. Расстройства личности . . . . .	595
17.8.1. Общие положения . . . . .	595
17.8.2. Лечение . . . . .	595
Глава 18. Офтальмология . . . . .	597
18.1. Исследование глазного яблока . . . . .	597
18.1.1. Методы диагностики . . . . .	597
18.1.2. Лекарственные препараты и показания к их применению . . . . .	598
18.2. Покраснение глаз . . . . .	598
18.2.1. Конъюнктивит . . . . .	598
18.2.2. Ирит . . . . .	600
18.2.3. Приступ закрытоугольной глаукомы . . . . .	600
18.2.4. Эрозии роговицы . . . . .	601
18.2.5. Субконъюнктивальные кровоизлияния . . . . .	601
18.2.6. Конъюнктивальная инъекция . . . . .	601
18.3. Травма глаза . . . . .	602
18.3.1. Тупая травма . . . . .	602
18.3.2. Проникающая травма . . . . .	602
18.4. Глазница, веки и слезный аппарат . . . . .	603
18.4.1. Флегмона глазницы . . . . .	603
18.4.2. Дакриоцистит и дакриостеноз . . . . .	603
18.4.3. Ячмень . . . . .	604
18.4.4. Блефарит . . . . .	604
18.5. Роговица и хрусталик . . . . .	605
18.6. Сетчатка . . . . .	605
18.6.1. Отслойка сетчатки . . . . .	605
18.6.2. Непроходимость сосудов сетчатки . . . . .	606
18.6.3. Диабетическая ретинопатия . . . . .	606
18.6.4. Старческая дегенерация макулы . . . . .	607
18.7. Зрительный нерв и проводящие пути . . . . .	607
Глава 19. Оториноларингология . . . . .	609
19.1. Тугоухость . . . . .	609
19.1.1. Общие положения . . . . .	609
19.1.2. Дифференциальный диагноз кондуктивной и нейросенсорной тугоухости . . . . .	609
19.2. Травма . . . . .	610
19.3. Травма носа . . . . .	610
19.4. Патология уха . . . . .	611
19.4.1. Наружный отит . . . . .	611
19.4.2. Средний отит . . . . .	612
19.5. Паралич лицевого нерва . . . . .	614
19.6. Патология носа . . . . .	615

19.6.1. Ринит	615
19.6.2. Острый синусит	616
19.6.3. Носовое кровотечение	617
19.7. Патология языка и полости рта	618
19.7.1. Афтозные язвы (болезненные язвы)	618
19.7.2. Ксеростомия (сухость во рту)	619
19.8. Патология горла	619
19.8.1. Фарингит и тонзиллит	619
19.8.2. Паратонзиллярный абсцесс	621
19.8.3. Мононуклеоз	622
19.8.4. Охриплость голоса (дисфония)	622
19.9. Патология височно-нижнечелюстного сустава	623
Глава 20. Онкология	624
20.1. Онконастороженность в работе врача первичного звена	624
20.1.1. Общие положения	624
20.1.2. Эпидемиологические данные	624
20.1.3. Поздняя диагностика как основная причина высокой смертности от рака в России	625
20.1.4. Что такое онкологическая настороженность?	626
20.2. Факты и мифы в онкологии	626
20.3. Основные факторы риска злокачественных новообразований	627
20.4. Профилактика злокачественных новообразований	633
20.5. Предраковые состояния и заболевания	634
20.5.1. Общие положения	634
20.5.2. Предраковые заболевания пищевода	635
20.5.3. Предраковые заболевания желудка	635
20.5.4. Предраковые заболевания кишечника	636
20.5.5. Предраковые состояния молочной железы	636
20.5.6. Предраковые состояния шейки матки	636
20.5.7. Предраковые заболевания кожи	637
20.6. Скрининг онкологических заболеваний в работе врача общей практики	638
20.6.1. Общие положения	638
20.6.2. Скрининг рака молочной железы	639
20.6.3. Скрининг рака шейки матки	639
20.6.4. Скрининг колоректального рака	640
20.6.5. Скрининг рака предстательной железы	640
20.6.6. Скрининг рака легкого	641
20.6.7. Онкомаркеры в клинической практике	641
20.6.8. Популяризация скрининговых программ	642
Глава 21. Врачебные манипуляции	644
21.1. Тимпанометрия	644
21.2. Дренажное плевральное пространство	644
21.3. Торакоскопия	647
Справочные материалы	648
Формулы для расчета метаболических показателей	648
Формулы расчета содержания электролитов в сыворотке	651
Литература	652

# Глава 1. РЕАНИМАЦИЯ, ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ И ОСТРЫЕ АРИТМИИ

*Г.Е.Ройтберг, И.Д.Сластникова, И.В.Смирнов*

## 1.1. ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

### 1.1.1. АДЕКВАТНАЯ АНЕСТЕЗИЯ

1. Если есть время, ротоглотку орошают 10% раствором лидокаина (2–3 дозы), что облегчает интубацию, так как блокирует рвотный рефлекс и обеспечивает хорошую местную анестезию.
2. При назальной интубации рекомендуется использование лидокаинового спрея или геля, содержащего лидокаин.

### 1.1.2. НАЗАЛЬНАЯ ИНТУБАЦИЯ

1. Эта несложная техника проводится вслепую. При возникновении затруднения, как только трубка окажется у задней стенки глотки, необходимо ввести 5 мл воздуха в манжету эндотрахеальной трубки.
2. Пациент должен дышать самостоятельно, чтобы была возможность применения данной техники.
3. Гайморит развивается почти у всех пациентов после назальной интубации. При необходимости длительной интубации назначают антибиотики.
4. Назальная интубация противопоказана при апноэ, при нарушениях свертываемости крови, после введения фибринолитиков и у пациентов с переломом основания черепа или травмой средней зоны лица.

## 1.2. БЫСТРАЯ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНАЯ ИНТУБАЦИЯ

Прежде чем использовать эту технику, нужно быть уверенным, что есть возможность контролировать проходимость дыхательных путей, потому что пациент после введения миорелаксантов самостоятельно не сможет дышать. Всегда оценивайте положение трубки по аускультации легких, рентгенограмме, насыщению кислородом и уровню  $\text{CO}_2$  в конце выдоха (который окажется низким при попадании интубационной трубки в пищевод).



1. **Показания:** дыхательная недостаточность, острые внутричерепные поражения, передозировка некоторых лекарств и наркотических веществ, эпилептический статус, возможный перелом шейного отдела позвоночника, при котором иммобилизация невозможна вследствие возбуждения, а также пациенты с жизнеугрожающей боевой травмой.
2. **Препараты:**
  - **Сукцинилхолин (Листенон).** Препарат может вызывать тахикардию или брадикардию, повышение внутриглазного и внутричерепного давления, давления в желудке и рвоту, злокачественную гипертермию и гиперкалиемию. *Сукцинилхолин нельзя использовать:*
    - 1) в период от 24 ч до 2 лет после ожога;
    - 2) при денервации в случае острого нарушения мозгового кровообращения и повреждения спинного мозга в период от 1 нед. до 6 мес. после травмы;
    - 3) при рассеянном склерозе и боковом амиотрофическом склерозе;
    - 4) при проникающей травме глаза;

**Таблица 1.1.** Размеры эндотрахеальных трубок у детей

Возраст	Размер эндотрахеальной трубки
Недоношенный	2,5–3,0 без манжеты
Новорожденный	3,0–3,5 без манжеты
6 мес.	3,5 без манжеты
12–18 мес.	4,0–4,5 без манжеты
2 года	4,5–5,0 без манжеты
4 года	5,0–5,5 без манжеты
6 лет	5,5 без манжеты
8 лет	6,0 с манжетой или без манжеты
10 лет	6,5 с манжетой
12 лет	7,0 с манжетой
>12 лет	7,0–8,0 с манжетой

**Таблица 1.2.** Быстрая последовательная интубация

До введения миорелаксантов	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Преоксигенация, обеспечение венозного доступа, мониторинг, пульсоксиметрия, подготовка оборудования, в том числе для экстренного хирургического обеспечения проходимости дыхательных путей.</li> <li>• Лидокаин 1 мг/кг.</li> <li>• Атропин 0,01 мг/кг.</li> <li>• Векуроний (панкуроний) 0,01 мг/кг позволяет избежать фасцикуляций при использовании сукцинилхолина (Листенона), не требуется при применении недеполяризующих миорелаксантов.</li> <li>• Выполняйте прием Селлика (давление на перстневидный хрящ) для профилактики рвоты и аспирации</li> </ul>
Анестезия и миорелаксанты	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Мидазолам (Дормикум) 0,1 мг/кг или пропофол 1,5–2,5 мг/кг болюсами 20–40 мг каждые 10 секунд.</li> <li>• Сукцинилхолин (Листенон) 1,5 мг/кг, или рокуроний (Эсмерон) 0,6–1,2 мг/кг в/в, или векуроний 0,1 мг/кг</li> </ul>
Интубация в условиях миорелаксации	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Оцените расположение трубки.</li> <li>• Проверьте температуру пациента через 8 мин после интубации, при использовании сукцинилхолина.</li> <li>• Оцените капнометрию</li> </ul>

*Примечание.* Пациент не сможет поддерживать проходимость дыхательных путей или дышать после введения анестетиков и миорелаксантов. Используйте эту технику, только если вы уверенно выполняете интубацию.

- 5) при гиперкалиемии;
  - 6) при синдроме длительного сдавления в промежутки от 7 до 90 сут. после травмы.
  - **Векурония бромид** – недеполяризующий миорелаксант конкурентного типа, который отличается быстрым началом действия (максимальный эффект через 3–5 мин после введения), продолжительностью 25–40 мин и отсутствием кардиотоксичности.
  - **Рокурония бромид** – недеполяризующий миорелаксант, который также отличается отсутствием кардиотоксичности и быстрым действием (максимальный эффект через 3 мин после введения и средняя продолжительность действия – 31 мин).
3. **Техника быстрой последовательной интубации** (см. табл. 1.1 и 1.2). Если возраст более 1 года, приблизительный размер эндотрахеальной трубки = (возраст/4) + 4.

### 1.3. ЛЕЧЕНИЕ НЕОТЛОЖНЫХ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

Представленный ниже алгоритм используется при всех критических ситуациях.

1. Обеспечение проходимости дыхательных путей, в том числе устранение препятствий и правильное положение больного.
2. Поддержка дыхания, включая искусственную вентиляцию легких через маску или интубационную трубку с подачей 100% кислорода.
3. Поддержание кровообращения, сердечно-легочная реанимация.
4. Лекарственные препараты (лидокаин, атропин, налоксон, адреналин) могут быть введены в эндотрахеальную трубку при отсутствии венозного доступа (развести 10 мл стерильной воды [предпочтительнее] или физиологическим раствором).

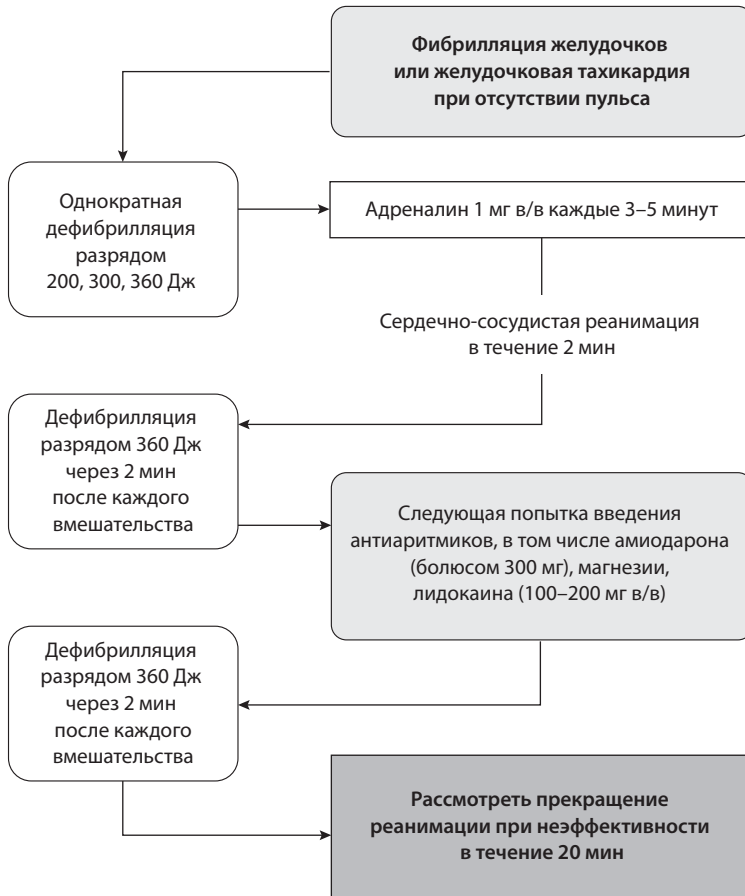
### 1.4. АРИТМИИ СЕРДЦА И ИХ ЛЕЧЕНИЕ

Алгоритмы лечения некоторых видов угрожающих аритмий представлены на рисунках 1.1–1.7.

#### 1.4.1. ФИБРИЛЛЯЦИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ И ЖЕЛУДОЧКОВАЯ ТАХИКАРДИЯ ПРИ ОТСУТСТВИИ ПУЛЬСА (рис. 1.1)

**Помните!**

1. **Необходимо исключить сопутствующие факторы:** гипоксию, метаболические нарушения, тромбоэмболию легочной артерии (ТЭЛА), передозировку лекарственными препаратами, гиповолемию, гипотермию и т.д.
2. **При документированном ацидозе** необходимо применить бикарбонат натрия.
3. **Энергия дефибрилляции:** монофазная – 360 Дж, бифазная – 200 Дж.
4. **При неэффективности** двух-трех разрядов перед применением следующих разрядов требуется внутривенное болюсное введение амиодарона в дозе 300 мг. Менее эффективно в этих случаях применение лидокаина (100–200 мг внутривенно). Введение препаратов производится на фоне непрерывного наружного массажа сердца.
5. Если в течение 30 мин спонтанное кровообращение не восстановилось, **вероятность выживания** больного мала (за исключением случаев применения постреанимационной гипотермии).
6. **Полиморфная желудочковая тахикардия типа «пируэт» (torsade de pointes)** вызывается электролитными нарушениями (гипомагниемия, гипокалиемия), гликозидной интоксикацией, эритромицином, лидокаином, трициклическими антидепрессантами (ТЦА), хинидином, прокаинамидом, мексилетином, токаином, амиодароном,



**Рис. 1.1.** Алгоритм лечения больных с фибрилляцией желудочков и желудочковой тахикардией при отсутствии пульса.

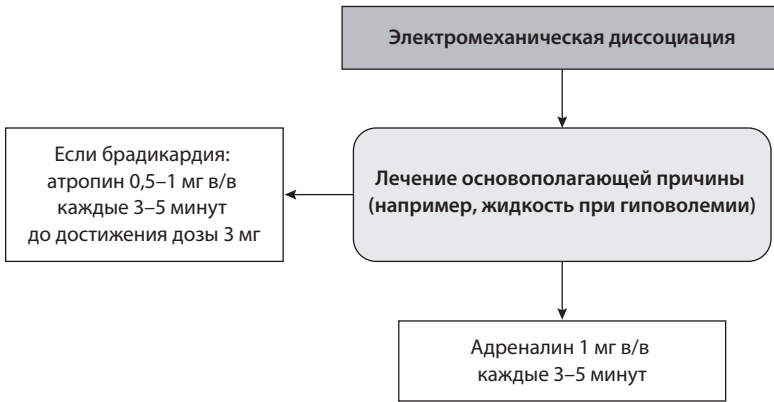
нифедипином, цизапридом, антипсихотиками и др. Необходимо избегать лекарств, которые могут удлинять интервал QT, таких как хинидин, лидокаин и дизопирамид.

7. **Лечение:** сульфат магния 2 г (25% раствор – 8 мл), можно медленным болюсом, если нет перфузора. Через 5–15 мин можно 1 или 2 раза повторить введение, затем перейти на в/в инфузии от 3 до 20 мг/мин в течение 7–48 ч до уменьшения интервала QT < 0,5 с и/или появления признаков интоксикации (арефлексия, брадикардия, кома, угнетение дыхания), препарат относительно противопоказан при почечной недостаточности.
8. Возможно использование **временной кардиостимуляции** 90–120 уд./мин.
9. Возможно применение **амиодарона** или **лидокаина**.

#### 1.4.2. ЭЛЕКТРОМЕХАНИЧЕСКАЯ ДИССОЦИАЦИЯ (рис. 1.2)

##### Помните!

1. **Электромеханическая диссоциация** – это сохранение электрической активности сердца (комплексы QRS при электрокардиографии [ЭКГ]) при отсутствии артериального пульса.
2. **Необходимо исключить:** гипотермию, гиповолемию, тампонаду сердца, ТЭЛА, гипоксию, напряженный пневмоторакс, ацидоз, массивный инфаркт, гиперкалиемию,



**Рис. 1.2.** Алгоритм лечения больных с электромеханической диссоциацией.

гипокалиемию, передозировку препаратов ( $\beta$ -блокаторы, блокаторы кальциевых каналов и др.).

3. Если вы уверены, что имеется **массивная легочная эмболия**, вы можете назначить тромболитики, если другие меры неэффективны (см. главу 4).

### 1.4.3. БРАДИКАРДИЯ, СОПРОВОЖДАЮЩАЯСЯ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ (рис. 1.3)

**Помните!**

1. **Определение.** Брадикардия – это пульс менее 60 уд./мин или реже ожидаемого в клинической ситуации (например, пульс 70 уд./мин у пациента с гиповолемией).



**Рис. 1.3.** Алгоритм ведения больных с брадикардией, сопровождающейся клиническими проявлениями.

2. **Брадикардия с клиническими проявлениями** – артериальная гипотония и неадекватность кровообращения (например, нарушения со стороны центральной нервной системы [ЦНС]).
3. **Классификация атриовентрикулярных (АВ) блокад:**
  - АВ-блокада I степени с фиксированным интервалом PQ  $>0,20$  с;
  - АВ-блокада II степени:
    - 1) Мобитц I (периоды Венкебаха) – прогрессирующее удлинение интервала PQ вплоть до полного выпадения комплекса QRS;
    - 2) Мобитц II – фиксированный интервал PQ с выпадающими комплексами QRS (может потребоваться стимулятор);
  - АВ-блокада III степени: нет устойчивой связи между зубцами P и комплексами QRS.
4. **Передозировка лекарственных средств:**
  - При передозировке блокаторов кальциевых каналов вводят хлорид кальция по 0,5–1,0 г в/в медленно.
  - При передозировке  $\beta$ -блокаторов вводят глюкагон по 5–10 мг в/в струйно, затем капельно по 1–5 мг/ч.

#### 1.4.4. АСИСТОЛИЯ (рис. 1.4)

##### Помните!

1. **Восстановление сердечной деятельности** при истинной асистолии происходит редко.
2. При наличии мелковолновой фибрилляции (около 90% асистолий) **дефибрилляцию** проводить можно, но не обязательно.
3. В неконтролируемых клинических испытаниях отмечен положительный **эффект аминофиллина** в дозе 250 мг в/в.

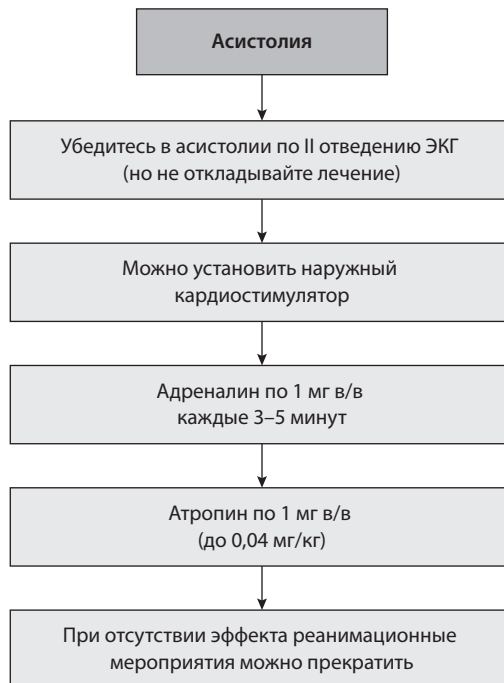


Рис. 1.4. Алгоритм ведения больного с асистолией.

### 1.4.5. ТАХИКАРДИЯ (рис. 1.5)

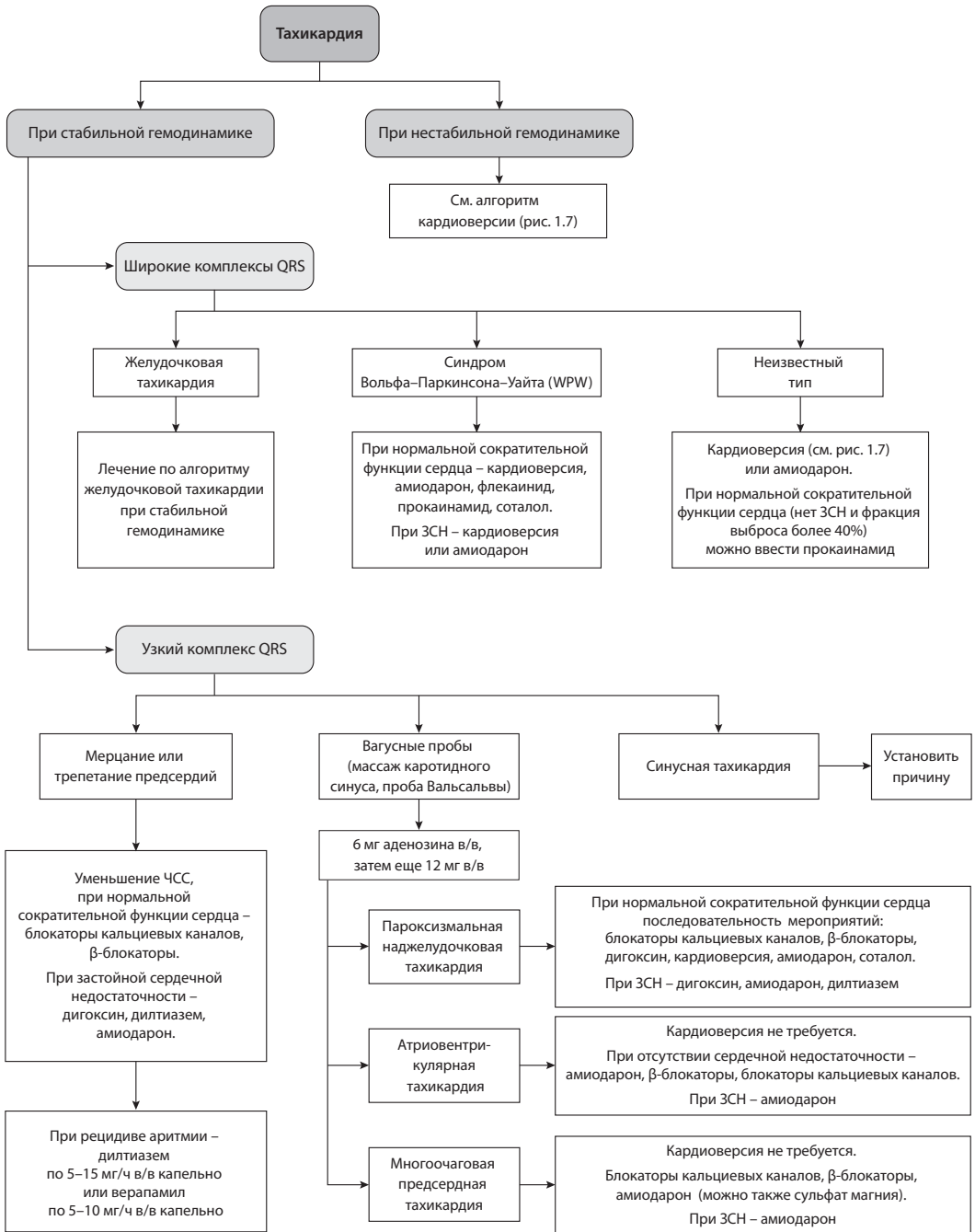
#### Помните!

1. В этом алгоритме под **хронической сердечной недостаточностью (ХСН)** понимают клинические проявления сердечной недостаточности и/или фракция выброса (ФВ) <40%.
2. **Нестабильность гемодинамики** означает артериальную гипотонию, нарушение кровообращения, сердечную ишемию, развивающиеся вследствие нарушений ритма.
3. **Стабильность гемодинамики** означает хорошую перфузию, отсутствие ишемии сердца, стабильное и адекватное артериальное давление (АД) и т.д.
4. **При тахикардии с узкими комплексами QRS** кардиоверсия не требуется даже при ФВ <40% или ХСН (за исключением случаев дестабилизации гемодинамики).
5. До введения блокаторов кальциевых каналов с профилактической целью можно ввести 3,3 мл 10% раствора **хлорида кальция в/в**. Это позволит уменьшить гипотензивный эффект блокаторов кальциевых каналов, не оказав влияния на антиаритмическую активность.
6. **Дигоксин** непосредственно не купирует фибрилляцию предсердий, но способствует урежению ритма, повышает сократительную способность миокарда, при этом в 50% случаев аритмии могут спонтанно переходить в синусовый ритм.
7. **Частота осложнений массажа каротидного синуса** составляет <0,28%, и большинство из них преходящие.
8. При наличии показаний переходите на соответствующие **таблетированные препараты** (например, верапамил для профилактики рецидивов пароксизмальной наджелудочковой тахикардии).

### 1.4.6. ЖЕЛУДОЧКОВАЯ ТАХИКАРДИЯ ПРИ СТАБИЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКЕ (рис. 1.6)

#### Помните!

1. Следует соблюдать **осторожность** при применении препаратов I класса (прокаинамид, лидокаин, пропafenон) в связи с высоким риском их аритмогенного действия у больных с тяжелым органическим поражением сердца.
2. **Препараты I класса** (особенно класса IC – пропafenон) должны быть исключены у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), в том числе после инфаркта миокарда, а также у пациентов с дилатацией полостей сердца и снижением ФВ левого желудочка (ЛЖ) (<40% по данным эхокардиографии [ЭхоКГ]), при гипертрофии миокарда ЛЖ, а также при проявлениях ХСН.
3. **Лечение больных с полиморфной желудочковой тахикардией (ЖТ)** по типу «пируэт» должно начинаться с выявления и устранения причин удлинения интервала QT, прежде всего с отмены любых лекарственных средств, способных удлинять интервал QT. Необходимо в/в введение сульфата магния, в том числе пациентам с исходно нормальным уровнем магния в крови.
4. **Начальная доза 2 г (8 ммоль)** вводится за 1–2 мин, повторные дозы – через 10–15 мин. При отсутствии эффекта следующим этапом является временная электрокардиостимуляция с частотой 100 в 1 мин и более.
5. **Для купирования полиморфной ЖТ** по типу «пируэт» не рекомендовано применение антиаритмических препаратов (особенно III класса).



**Рис. 1.5.** Алгоритм ведения больных с различными видами тахикардии. ЗСН – застойная сердечная недостаточность; ЧСС – частота сердечных сокращений.

**Таблица 2.6.** Характеристика повреждений шейного отдела позвоночника

Уровень	Вид перелома	Стабильность	Механизм/клиническая картина	Рентгенологические находки
C <sub>I</sub>	Перелом Джефферсона	Умеренно нестабильный	Оскольчатый перелом происходит при нагрузке на ось или сдавлении позвонка	Смещение боковых масс C <sub>I</sub> в проекции через открытый рот. Пространство перед зубовидным отростком >3 мм
	Атлантоаксиальный подвывих	Очень нестабильный	Встречается при синдроме Дауна, ревматоидном артрите и других деструктивных процессах	Асимметрия боковых масс позвонка в проекции через рот. Увеличение пространства перед зубовидным отростком
C <sub>II</sub>	Перелом зубовидного отростка	Очень нестабильный	Механизм не ясен	Плохо виден на обзорных снимках. При выраженных клинических нарушениях требуется КТ
	Перелом Хангмана	Нестабильный	Развивается при повешении и при переразгибании головы во время автомобильной аварии	Двусторонний перелом дужек C <sub>II</sub> с передним подвывихом или без него. Виден в боковой проекции
Любой уровень	Сгибательный перелом	Очень нестабильный	Внезапное резкое сгибание головы	Значительная клиновидная деформация переднего отдела пораженного позвонка. Нестабильность связочного аппарата дает изменения контура позвоночника
	Двустороннее смещение суставных поверхностей	Очень нестабильный	Сгибание или комбинация сгибания с ротацией	Переднее смещение на >50% одного шейного позвонка в боковой проекции
	Одностороннее смещение суставных поверхностей	Нестабильный	Сгибание или комбинация сгибания с ротацией	Переднее смещение на 25–33% одного шейного позвонка в боковой проекции. В прямой проекции видны ротированные позвонки (латеральное смещение остистого отростка в переднезадней плоскости)
Нижний шейный (C <sub>VI</sub> ) или верхний грудной позвонки (T <sub>I</sub> )	Перелом «копальщика глины»	Очень стабильный	Сгибание при поднятии лопатой тяжести (при копании снега, глины)	Авульсия задней части остистого отростка часто выявляется случайно

Цит. по: Graber M.A., Kathol M. // Am. Fam. Physician. – 1999. – Vol. 59(2). – P. 331–341.

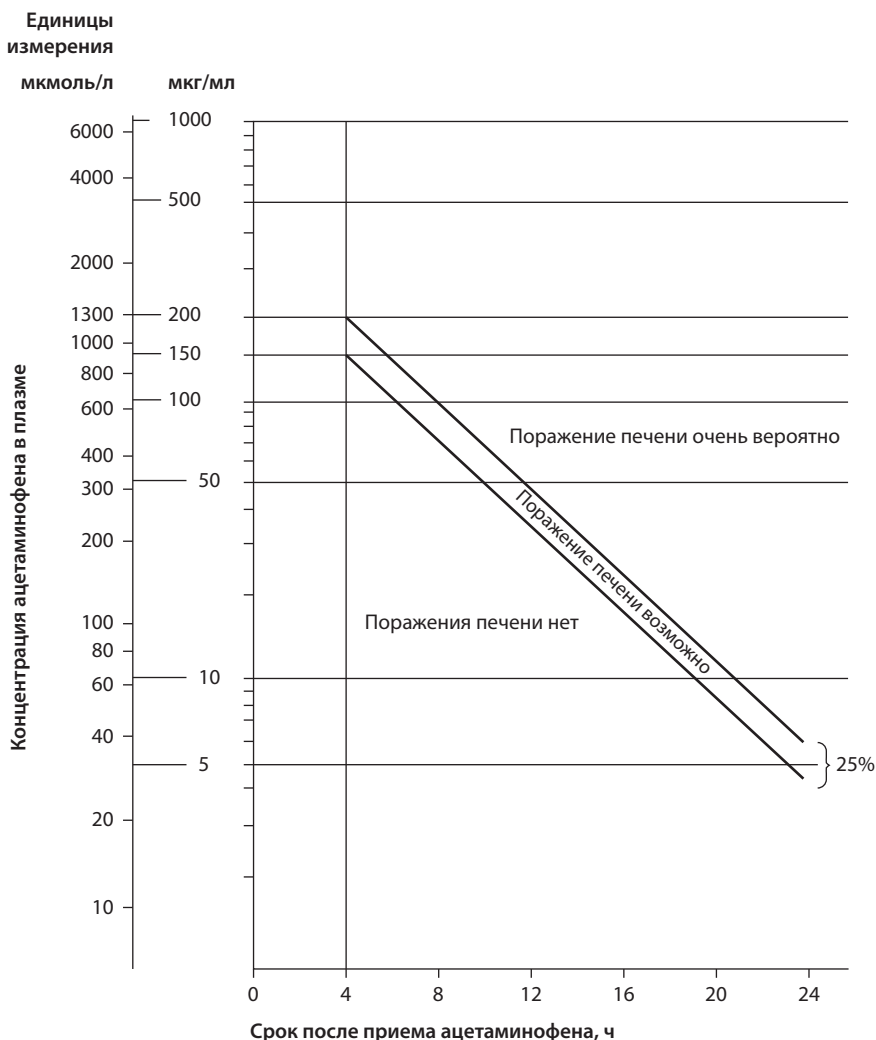
#### 4. Проникающие ранения шеи:

- Хотя схемы лечения таких больных окончательно не определены, все раны с *поражением т. platysma* нужно осматривать в операционной.
- *Инородные предметы* нельзя удалять вне операционной. Если инородный предмет находится рядом с крупной артерией, нужно провести КТ- или ангиографию.

#### 5. Повреждения дыхательных путей

проявляются стридорозным дыханием, осиплостью голоса, одышкой, подкожной эмфиземой. Необходима консультация ЛОР-врача и (по показаниям и при возможности) срочная интубация через рот. При нарастании гематомы проходимость дыхательных путей может быстро ухудшиться; интубация

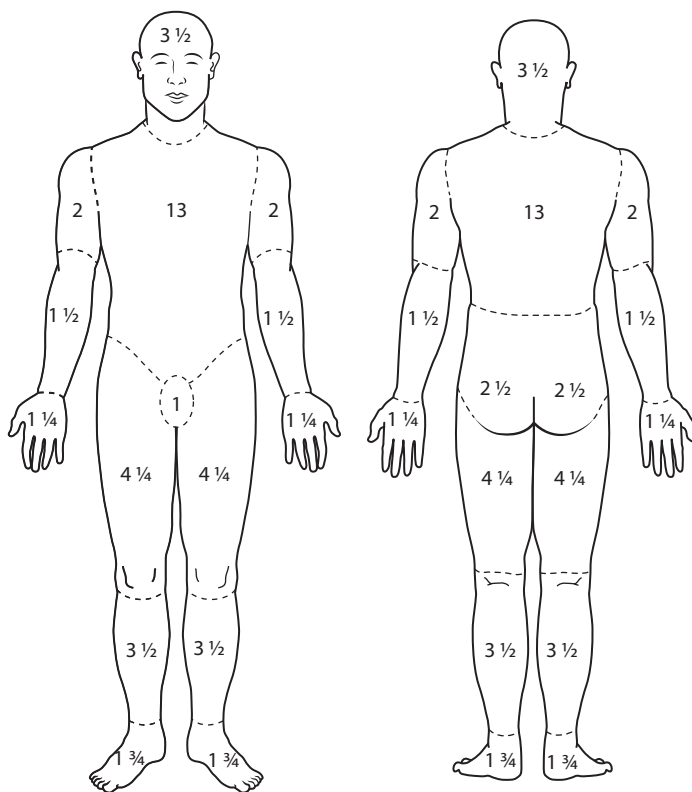




**Рис. 2.1.** Номограмма Румака-Мэттью для оценки токсического действия ацетаминофена при остром отравлении. Динамика концентрации ацетаминофена в плазме представлена по логарифмической шкале. При использовании номограммы следует учесть, что: 1) по оси абсцисс представлен срок после приема ацетаминофена внутрь; 2) максимальная концентрация ацетаминофена в плазме достигается через >4 ч; 3) график отражает только однократный прием ацетаминофена; 4) на 25% ниже стандартной номограммы расположена сплошная линия, отражающая возможные ошибки в определении концентрации ацетаминофена в плазме или срока приема ацетаминофена. (Цит. по: *Rumack Bh., Matthew H. // Pediatrics. – 1975. – Vol. 55. – P. 871–876; с изменениями.*)

**9. Интоксикация дигоксинном.** Основными симптомами отравления являются аритмии, а также анорексия, тошнота, рвота, спутанность сознания, нечеткость зрения, редко – нарушение цветового зрения (желтая пелена перед глазами). Предрасполагающим фактором аритмий является гипокалиемия (хотя передозировка дигоксина сама по себе вызывает гиперкалиемию).

- **Лабораторные исследования:** гиперкалиемия, повышенный уровень дигоксина в сыворотке крови.



**Рис. 2.2.** Определение площади обожженной поверхности. (Цит. по: Nussbaum M.S. (Ed.) The Mont Reid Handbook. – St. Louis: Mosby, 1987.)

### 3. Тяжесть ожогов:

- *Легкими ожогами* называют ожоги I–II степени с поражением <15% площади поверхности тела человека (ППТ) взрослых и <10% ППТ детей до 6 лет, а также глубокие ожоги с поражением <2% ППТ взрослых.
- *Ожогами средней тяжести* называют ожоги II степени с поражением 15–25% ППТ взрослых и 10–20% ППТ детей, а также глубокие ожоги с поражением <10% ППТ.
- *Тяжелыми ожогами* (требующими лечения в ожоговом отделении или ожоговом центре) называют ожоги II степени с поражением >20–25% ППТ взрослых и >20% ППТ детей; глубокие ожоги с поражением >10% ППТ; ожоги кистей рук, лица, глаз, ушей, стоп, промежности, дыхательных путей; ожоги электрическим током; ожоги в сочетании с переломами или обширными травмами; все ожоги у детей <2 лет или у пожилых, а также при высоком риске вторичных осложнений.

## 2.14.2. ПРИЧИНЫ ОЖОГОВ

### 1. Термические ожоги:

- *Ожоги пламенем*, особенно через одежду, обычно бывают глубокими.
- *Расплавленные металлы, жидкие смолы и расплавленные синтетические материалы* обычно долго контактируют с кожей, поэтому требуется максимально быстрое охлаждение (см. 2.14.3/1).

# Глава 13. АКУШЕРСТВО

*Г.Е.Ройтберг, С.Маккензи*

## 13.1. НАБЛЮДЕНИЕ ДО ЗАЧАТИЯ И РОДОВ

Наблюдение до зачатия проводят для профилактики врожденных аномалий и улучшения здоровья матери. Оно показано всем женщинам детородного возраста, поскольку в >50% случаев беременность происходит незапланированно.

- 1. Вмешательства, эффективность которых доказана:** профилактика нарушений развития нервной системы дополнительным введением фолиевой кислоты; снижение частоты врожденных аномалий при тщательном контроле гликемии при СД; выявление и устранение (по возможности) неблагоприятных факторов, имевших значение при предыдущей беременности (например, бактериального вагиноза, АФЛС и т.д., способствующих преждевременному родоразрешению).
- 2. Консультирование до зачатия.** Рекомендуют правильное питание, физические упражнения, прекращение курения, отказ от алкоголя и наркотиков, защиту от облучения (в основном рентгеновского) и профессиональных вредностей, информирование о тератогенном влиянии ряда рецептурных и безрецептурных препаратов, борьбу с инфекциями (профилактику и лечение ЗППП, обследование на краснуху и вирусные гепатиты), психосоциальные консультации по планированию беременности. Оценивают риск наследственных болезней (талассемии, болезни Тея–Сакса, муковисцидоза, серповидно-клеточной анемии и т.д.).

## 13.2. ДОРОДОВОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

### 13.2.1. АНАМНЕЗ И ПЕРВОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

- 1. Менструальный анамнез.** Продолжительность цикла, возраст менархе, боли во время менструации, продолжительность кровотечения, описание двух предыдущих менструаций, используемые ранее методы контрацепции. По дате 1-го дня последней менструации и размеру матки рассчитывают срок родов. В сомнительных случаях проводят УЗИ; на ранних сроках беременности этот метод диагностики наиболее точный.
- 2. Медицинский анамнез.** Имеющиеся заболевания; ЗППП в анамнезе; длительный прием лекарственных препаратов; семейный анамнез; наследственный анамнез.
- 3. Привычки.** Курение; употребление алкоголя, кофеина, психотропных препаратов; диета; уровень физической активности.
- 4. Акушерский анамнез.** Даты, исходы и продолжительность всех беременностей, включая аборт и выкидыши. Течение и осложнения родов. Особенно следует отметить дистоцию плечиков, преждевременные роды, преждевременный разрыв околоплодных оболочек, предлежание плаценты, послеродовое кровотечение в анамнезе. Тип предыдущих родов также важен: физиологические роды, наложение акушерских щипцов, кесарево сечение (показания, вид разреза на матке). Масса тела, пол, оценка по шкале Апгар живорожденных младенцев. Осложнения в неонатальном периоде. Количество живых детей.

5. **Социальный анамнез.** Профессиональные вредности, характер социальной поддержки, отношение отца ребенка, желанная или нежелательная беременность, надежды, потенциальные стрессорные факторы, потребность в социальной или финансовой поддержке. Бытовое или сексуальное насилие (см. 13.11.1/1–2).
6. **Дородовое наблюдение** при риске преждевременных родов. Частое посещение врача на 22–32-й неделе; выявление стрептококков группы В в цервикальном канале, посев мочи на 24-й неделе; исследование рН влагалища; осмотр шейки матки; контроль активности матки; рекомендации по питанию; консультирование по вопросам, связанным с преждевременными родами; напоминание о симптомах, за появлением которых необходимо следить (схваткообразные боли в животе, чувство напряжения, сокращения матки, боли в пояснице, усиление выделений из влагалища, истечение жидкости, регулярные сокращения матки).

### 13.2.2. ОБСЛЕДОВАНИЕ ВО ВРЕМЯ ПЕРВОГО ДОРОДОВОГО ПОСЕЩЕНИЯ

1. **Общеклиническое обследование.** Особое внимание следует обратить на рост, массу тела, АД, состояние щитовидной железы, состояние зубов, молочные железы, глубокие сухожильные рефлексы, признаки патологии сердца.
2. **Обследование органов таза:**
  - *Наружные половые органы.* Следует обратить внимание на наличие остроконечных кондилом. Во время беременности они могут прогрессировать и у небольшой части младенцев после контакта с пораженными родовыми путями матери вызывать папилломатоз гортани или бородавки в аногенитальной области. При беременности подофиллин противопоказан, но можно провести крио- и лазеротерапию. Также оценивают клинические и лабораторные проявления инфекции HSV.
  - *Влагалище и шейка матки.* Оценивают клинические проявления кондилом и герпеса. Следует исследовать секрет влагалища на присутствие *Candida*, *Trichomonas*; исключить бактериальный вагиноз; посеять выделения из цервикального канала на гонококки и хламидии. Все виды влагалищных инфекций нужно лечить. Особенно важно выявлять и лечить бактериальный вагиноз, так как он связан с повышенным риском преждевременных родов, преждевременного разрыва околоплодных оболочек, хориоамнионита. Полагают, что лечение позволяет предотвратить преждевременные роды (см. 12.2.2/2). Исключают патологию шейки матки. Если в течение последних 6 месяцев мазок по Папаниколау не проводили, его следует провести.
  - *Бимануальное исследование.* Исключают патологию яичников. Определяют размер матки: 8 нед. беременности – увеличение в 2 раза по сравнению с нормой; 10 нед. беременности – увеличение в 3 раза по сравнению с нормой; 12 нед. беременности – увеличение в 4 раза по сравнению с нормой; 16 нед. беременности – матка достигает половины расстояния до пупка; 20 нед. беременности – на уровне пупка. Затем измерение проводят по дну матки (количество недель беременности = расстояние от лобкового симфиза до дна матки [см]).
3. **Лабораторные исследования во время первого дородового посещения:**
  - *Обязательные.* Мазок по Папаниколау, ОАК, ОАМ, скрининг на бактериурию, группа крови, резус-фактор, скрининг на антитела (непрямая реакция Кумбса), реакция Вассермана, титр антител к вирусу краснухи, HBsAg. Лечение бессимптомной бактериурии для профилактики пиелонефрита во время беременности. Мочу при каждом посещении исследуют на содержание белка и глюкозы с помощью тест-полоски. Рекомендуется провести пробу на ВИЧ, так как назначение азидотимидина во время беременности существенно снижает риск передачи ВИЧ новорожденному.

# Глава 15. ОРТОПЕДИЯ

Д.К.Крупп, М.А.Грабер

## 15.1. БОЛЬ В ПОЯСНИЦЕ

Боль в пояснице – вторая по частоте причина временной нетрудоспособности. В большинстве (90%) случаев она купируется в течение 6 нед., в 40% – в течение 2 нед., в 5% – становится хронической.

### 15.1.1. ЭТИОЛОГИЯ

**1. Механические факторы** служат причиной болей в пояснице в 98% случаев:

- *Повреждения межпозвонкового диска.* Грыжевое выпячивание студенистого ядра обычно происходит в заднем или заднебоковом направлении и может сдавливать корешки нервов (особенно на уровне  $L_{IV}$ – $L_{VI}$ ). Обычно боль усиливается при кашле, чихании, поездках на машине, поворотах туловища и сопровождается корешковыми симптомами. При сопутствующих нарушениях деятельности кишечника или мочеотделения (синдром «конского хвоста») необходимо экстренное оперативное вмешательство.
- *Дегенеративные изменения в фасеточных суставах позвоночника* приводят к сдавлению проходящих возле них нервных корешков. Приступы продолжаются несколько суток и перемежаются бессимптомными периодами. Обычно боль усиливается при разгибании туловища.
- *Спондилез* – дегенеративные изменения тел и дисков позвонков; иногда со сдавлением нервного корешка.
- *Спондилолистез* – соскальзывание одного позвонка вперед по отношению к телу нижележащего позвонка. В 80% случаев происходит на уровне  $L_V$ – $S_1$ .
- *Спондилолиз* – дефект межсуставной части дужки позвонка, как правило, вследствие повторяющихся нагрузок и переразгибания поясничного отдела позвоночника. Обычно встречается у молодых людей (18–25 лет); чаще у гимнастов; всего у 6% в популяции. Боль усиливается при разгибании и уменьшается при сгибании позвоночника.
- *Перелом тела позвонка* может быть травматическим; у лиц пожилого возраста и на фоне приема стероидов возможен остеопороз, вызывающий спонтанные «клиновидные» переломы.
- *Стеноз спинномозгового канала.* При ходьбе происходит раздражение спинного мозга, проявляющееся болью в одной или обеих нижних конечностях (напоминающей боль при перемежающейся хромоте), исчезающей в покое. Усиливается при разгибании позвоночника, ослабевает при сгибании. Часто встречается у лиц пожилого возраста.
- *Повреждение мышц, фасций и мягких тканей* развивается на фоне травмы, тяжелой или необычной физической нагрузки.
- *Арахноидит и послеоперационный рубец.*
- *Дети* в возрасте <10 лет: дисцит (см. 11.19.1/6), опухоль, артериовенозные аномалии, остеомиелит. Дети в возрасте >10 лет: спондилолистез, грыжа диска, ювенильный

кифоз (болезнь Шейерманна – остеохондрит, приводящий к клиновидной деформации позвонка и кифозу), синдром перегрузки, опухоль, спондилолиз.

- *Сакроилеит*. Воспаление крестцово-подвздошного сочленения. Боль усиливается при надавливании на область крестцово-подвздошного сочленения (неспецифичный симптом).

## 2. Системные заболевания:

- *Злокачественные опухоли*. Из первичных опухолей наиболее часто встречается миелома. Метастазы в 85% случаев происходят из опухолей молочной, предстательной, щитовидной желез; легких, почек. При большинстве метастазов происходит лизис кости; при метастазах рака предстательной и щитовидной желез – склероз кости. Чтобы очаг проявился на рентгенограмме, в нем должно быть лизировано около 30% костной ткани.
- *Смешанные причины*. Инфекция кости, диска или эпидурального пространства, спондилоартропатия, метаболическое поражение кости (включая остеопороз), патология сосудов (например, атеросклероз или васкулит).

## 3. Неврологические причины:

- Эндогенная или экзогенная миелопатия.
- Пояснично-крестцовая плексопатия, особенно при СД.
- Нейропатии, включая мононейропатию и воспалительные демиелинизирующие заболевания.
- Миопатии, включая миозит и метаболические нарушения.

## 4. Отраженная боль. Может отмечаться при заболеваниях ЖКТ (например, панкреатите или прободении язвы), МВП (например, при мочекаменной болезни, простатите, пиелонефрите, внематочной беременности, опухолях органов таза), при аневризме брюшного отдела аорты, при патологии тазобедренного сустава.

### 15.1.2. ДИАГНОСТИКА

#### 1. Клиническое обследование:

- *В положении стоя*. Определяют наличие видимых нарушений. Пальпаторно оценивают болезненность и спастичность мышц; подвижность позвоночника: сгибание в переднезаднем и боковом направлениях, разгибание. Обращают внимание на походку больного; просят его пройти на носках (подошвенное сгибание стопы – оценка состояния  $S_1$ ) и на пятках (тыльное сгибание стопы – оценка состояния  $L_5$ ).
- *В положении сидя* пробу с подниманием прямой ноги и пассивным разгибанием в колене считают положительной при появлении корешковой боли (например, боли и парестезий в ноге, но не боли в спине или бедре вследствие растяжения мышц) при сгибании до  $<60^\circ$ . Однако проба с подниманием прямой ноги при поражении дисков не обладает ни специфичностью, ни чувствительностью. Появление «перекрестной» боли в другой ноге при проведении этой пробы высокоспецифично для поражения межпозвонкового диска.
- *Коленный рефлекс* обеспечивает корешок  $L_{IV}$ , а ахиллов рефлекс – корешок  $S_1$  (диск  $L_5-S_1$ ). *Симптом Бабинского* указывает на патологию нервной системы выше поясничной области (например, опухоль спинного мозга или инсульт).
- *Чувствительность*.
  - 1) См. описание нарушений чувствительности при поражении нервных корешков в карте дерматомов (см. рис. С1, с. 647).
  - 2) Проверяют отведение бедра (двигательная часть  $L_5$ ), чувствительность перианальной области ( $S_{III-S_V}$ ; регулирует также тонус анального и уретрального сфинктеров), разгибание бедра (двигательная часть  $L_5$ ). При нарушении чув-

Таблица 17.4. Сравнительная характеристика антидепрессантов

Препарат	Обычные дозы, мг/сут. <sup>1</sup>	Схема приема	Ортостатическая гипотония	Антихолинергическое влияние <sup>2</sup>	Седативный эффект	Прибавка массы тела	Терапевтический уровень, нг/мл
<b>ТЦА</b>							
Амитриптилин	150–200	Перед сном	+++++	+++++	+++++	+++	>120
Дезипрамин	50–300	Перед сном	+++++	+++	+++	+	>125
Имипрамин	150–200	Перед сном	+++++	+++++	+++++	++	>225
Нортриптилин	50–150	Перед сном	++	++	++	+	50–150
<b>Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина</b>							
Флуоксетин <sup>3</sup>	20–40	В первую половину дня					
Пароксетин	20–40	В первую половину дня или перед сном					
Флувоксамин	120–200	Перед сном или 2 раза в сутки					
Циталопрам	20–40	В первую половину дня или перед сном					
Сертралин	75–150	В первую половину дня или перед сном					
<b>Неселективные ингибиторы обратного захвата серотонина</b>							
Венлафаксин	75–225	1–3 раза в сутки		0	±	+	0
<b>С допаминергической активностью</b>							
Бупропион	150–450	2–3 раза в сутки		0	+	+	–
<b>Другие</b>							
Нефазодон	300–500	2 раза в сутки		±	±	++	0
Миртазапин	15–60	Перед сном		±	0	+++	++
Тразодон	50–400	Перед сном – 3 раза в сутки		+++	++	+++++	+
Ребоксетин							
Данных нет							

Примечания. <sup>1</sup> Пожилым назначают меньшие дозы.

<sup>2</sup> Нарушение зрения, запор, сухость во рту, задержка мочи.

<sup>3</sup> При стабильном состоянии на фоне приема флуоксетина по 20 мг/сут. Можно назначить до 60 мг внутрь 1 раз в неделю. Цит. по: Knesper D.J. et al. Primary Care Psychiatry. – Philadelphia: W.B. Saunders Co., 1997.

более экономически оправданный препарат. Мнения специалистов по этим вопросам значительно расходятся.

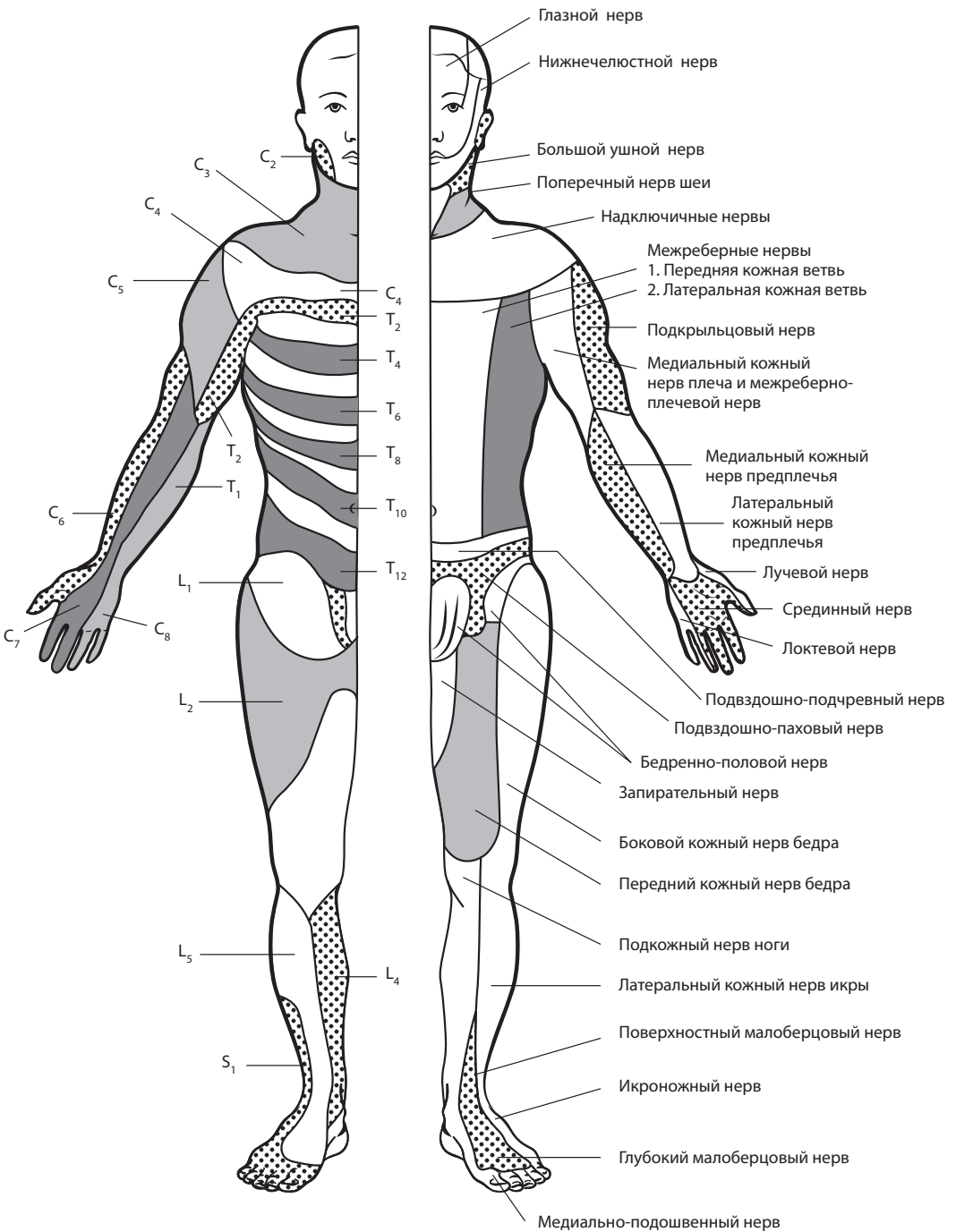
- **Взрослые.** При повышении температуры, интоксикации, экссудативном тонзиллите антибиотики показаны, поскольку очень вероятен стрептококковый фарингит. Если бактериальный фарингит маловероятен (при сопутствующем остром респираторном заболевании; дыхании ртом; минимальных изменениях глотки при осмотре; отсутствии лимфаденопатии), достаточно симптоматической терапии пастилками и устранения причины заболевания (сниженной влажности воздуха, заложенности носа и т.п.). Если диагноз неясен или сомнителен, показаны посев и экспресс-анализ на стрептококки. При лимфаденопатии в соответствующих областях (см. табл. 19.2) и неэффективности консервативного лечения исключают мононуклеоз.
- **Дети.** Большинство специалистов рекомендуют экспресс-анализ на стрептококк, а при отрицательном результате – посев из глотки на  $\beta$ -гемолитический стрептококк группы А. Основанием для таких рекомендаций служит высокая частота стрептококкового фарингита и его осложнений у детей, а также недостаточная надежность данных клинического обследования. Многие специалисты рекомендуют эмпирическое лечение антибиотиками и системными анальгетиками до получения результатов посева. Однако антибиотики **не** следует назначать без полной уверенности в диагнозе, поскольку их применение повышает риск развития резистентности и аллергии, а также увеличивает стоимость лечения. Начало лечения антибиотиками в первые 9 суток позволяет предотвратить ОПН.

4. **Лечение** проводят в течение 10 сут. Клиническое/бактериологическое излечение достигается в >90% случаев (эффективность более коротких курсов лечения ниже).

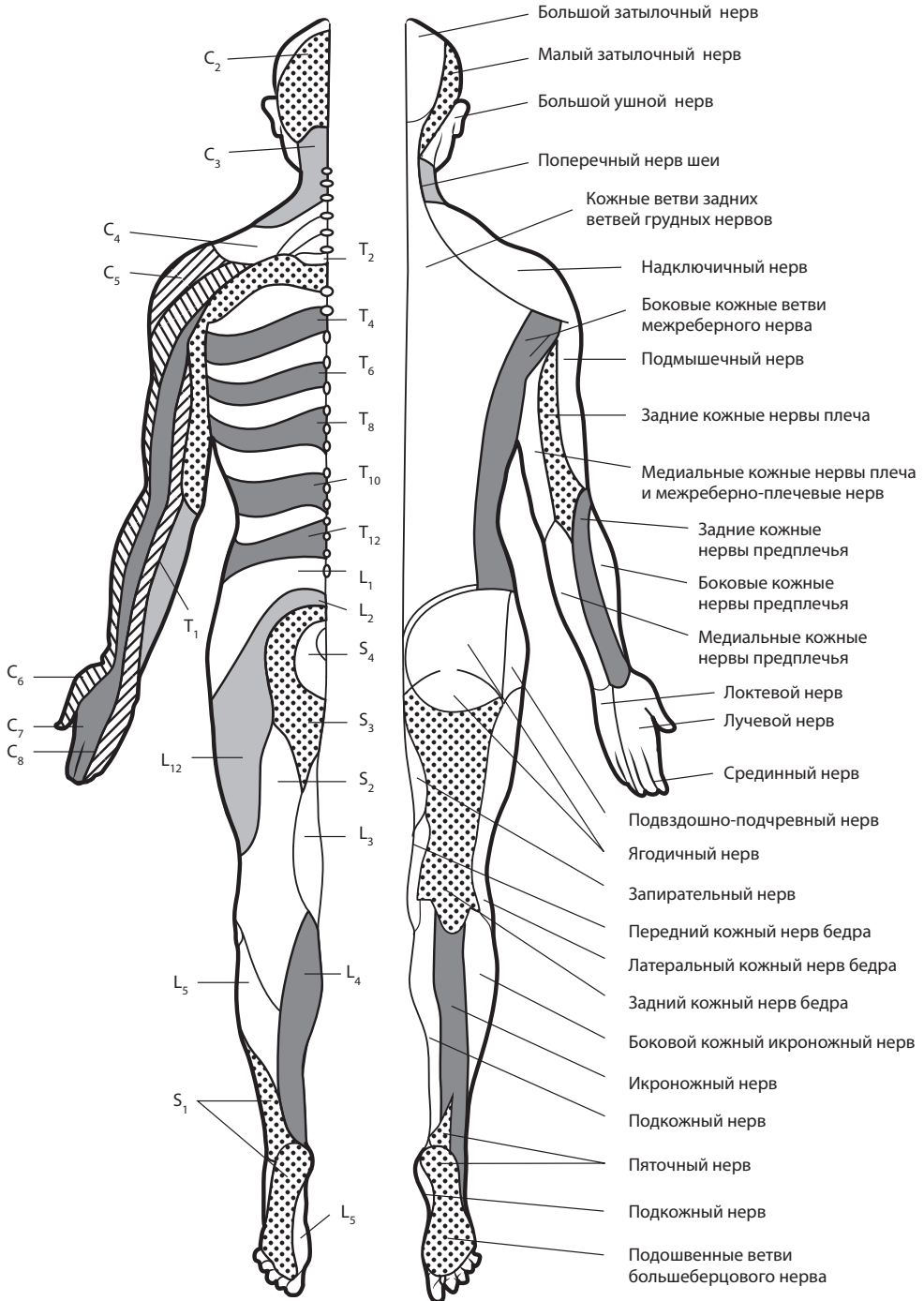
**Таблица 19.2.** Дифференциальный диагноз болей в горле

Причина	Осмотр глотки	Осмотр кожи	Системные проявления	Лимфаденопатия	Возрастная группа
Стрептококковый фарингит	Ярко-красный цвет горла, петехии на нёбе	Только высыпания, напоминающие потертости, и лихорадка	Лихорадка в отсутствие острого респираторного заболевания	Болезненность передних шейных лимфатических узлов	Дети
Мононуклеоз (EBV, ЦМВ)	Инъецированность и экссудация глотки	Сыпь при лечении амоксицилином	Утомляемость, лихорадка	Увеличение задних шейных и подмышечных лимфоузлов, иногда – спленомегалия	Молодые взрослые
<i>Arcanobacterium hemolyticus</i>	Инъецированность и экссудация глотки	Иногда кореподобная сыпь			Молодые взрослые
Вирусный фарингит	Умеренная инъецированность; выраженная боль, не соответствующая внешним проявлениям	Отсутствие сыпи	Возможно острое респираторное заболевание	Редко	Любой возраст
Аденовирус	Экссудативный фарингит	Отсутствие сыпи	Конъюнктивит, кашель, бронхит		Чаще дети, иногда – взрослые
Каротидиния	Патологии не выявляют	Отсутствие сыпи	Отсутствуют	Болезненность в области сонной артерии, отсутствие лимфаденопатии	Взрослые





**Рис. С1.** Дерматомы (слева) и проекция на кожу (справа) зон иннервации периферических нервов, вид спереди. (Цит. по: *Carpenter M.B., Sutin J. Human neuroanatomy.* – Baltimore: Williams & Wilkins, 1983; *Isselbacher K.J. et al. Harrison's principles of internal medicine.* – 13<sup>th</sup> ed. – New York: McGraw-Hill, 1994.)



**Рис. С2.** Дерматомы (слева) и проекция на кожу (справа) зон иннервации периферических нервов, вид сзади. (Цит. по: *Carpenter M.B., Sutin J. Human neuroanatomy.* – Baltimore: Williams&Wilkins, 1983; *Isselbacher K.J. et al. (Eds) Harrison's principles of internal medicine.* – 13<sup>th</sup> ed. – New York: McGraw-Hill, 1994.)

## ФОРМУЛЫ РАСЧЕТА СОДЕРЖАНИЯ ЭЛЕКТРОЛИТОВ В СЫВОРОТКЕ

### 1. Влияние гипергликемии на содержание натрия в сыворотке крови.

Истинное содержание натрия = измеренная концентрация +  $1,6 \cdot ([\text{измеренная концентрация глюкозы} - 100] / 100)$  для концентрации глюкозы выше 100 мг/дл.

(Примечание: коррекция может составить до 2,4 мг/дл.)

### 2. Влияние гиперлипидемии и гиперпротеинемии на содержание натрия в сыворотке.

Истинное значение натрия = измеренная концентрация натрия · (93% воды в сыворотке крови).

% воды в сыворотке крови =  $99 - 1,03 \cdot (\text{концентрация липидов в г/л}) - 0,73 \cdot (\text{концентрация белка в г/л})$ .

### 3. Экскретируемая фракция натрия.

Экскретируемая фракция натрия (%) =  $(\text{концентрация натрия в моче} / \text{концентрация натрия в сыворотке}) / (\text{креатинин мочи} / \text{креатинин сыворотки}) \cdot 100$ .

### 4. Потребность в натрии при гипонатриемии.

Количество натрия (в мэкв/л) = (желаемый уровень натрия в сыворотке – измеренное содержание натрия) · ООВО.

ООВО (общий объем воды в организме) = масса тела · 0,6 (кг).

### 5. Расчет недостатка воды при гипернатриемии.

Недостаток воды = желаемый ООВО – имеющийся ООВО.

Желаемый ООВО = измеренная концентрация натрия · (имеющийся ООВО / нормальная концентрация натрия).

Имеющийся ООВО =  $0,6 \cdot \text{имеющаяся масса тела (кг)}$ ; или

Недостаток воды =  $0,6 \cdot (\text{имеющаяся масса тела [кг]}) \cdot ([\text{уровень натрия в сыворотке} / 140] - 1)$ .

### 6. Осмолярность сыворотки = $2 \cdot (\text{натрий} + \text{калий}) + \text{остаточный азот} / 2,8 + \text{глюкоза} / 18$ .

1) Нормальные значения = 280–296 мосм/кг воды.

2) Разница между измеренной и рассчитанной осмолярностью может быть обусловлена циркулирующей в крови осмотически активных веществ (например, этанола, метанола, антифриза при наличии этиленгликоля).

### 7. Анионный интервал = натрий – (хлор + бикарбонат).

1) Норма до 15. Большая величина ацидоза говорит об ацидозе с увеличенным анионным интервалом.

### 8. Альвеолярно-артериальный градиент (А-а градиент).

А-а градиент =  $\text{РАО}_2$  (в альвеолах) –  $\text{РаО}_2$  (в артерии).

$\text{РАО}_2$  (альвеолярный) =  $150 - 1,2 (\text{РаСО}_2)$  при допущении, что больной дышит атмосферным воздухом ( $\text{FiO}_2 = 21\%$ ).

В норме альвеолярно-артериальный градиент равен 5–20 и увеличивается с возрастом.

### 9. Среднее АД.

Среднее АД =  $[\text{САД} + (2 \cdot \text{ДАД})] / 3$ .

### 10. Взаимоотношение $\text{рСО}_2$ и pH.

При отсутствии компенсации сдвиг  $\text{рСО}_2$  на 10 мм рт.ст. вызывает изменение pH на 0,08.

# ЛИТЕРАТУРА

- Абдельлатиф Ф.М., Шувалова Ю.А., Сливкина А.А. и др. Влияние метаболического синдрома на отдаленный прогноз пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST // Атеросклероз и дислипидемия. – 2016. – Т. 1 (22). – С. 68–75.
- Александров А.А., Поддубская Е.А. и др. Геометрия левого желудочка, артериальная гипертензия и ожирение: поиск новых путей профилактики // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2003. – Т. 5. – С. 6–11.
- Баранов В.Г., Благосклонная Я.В., Николаенко Н.Ф. Роль гормональных факторов в патогенезе гиперхолестеринемии и атеросклероза. Влияние эстрогенов на обмен липидов и на развитие атеросклероза // Тер. арх. – 1964. – №3. – С. 3.
- Баранов В.Г., Дильман В.М. О так называемой климактерической гипертензии // Клин. мед. – 1949. – №12. – С. 38–45.
- Баранов В.С. Полиморфизм генов, экогенетические болезни и предикативная персонализированная медицина // Экол. генетика. – 2011. – Т. IX (3). – С. 3–14.
- Бирюкова Е.В. Молекулярно-генетические, гормонально-метаболические и клинические аспекты метаболического синдрома: Автореф. дис. ... докт. мед. наук: 14.00.03. – М., 2009. – 48 с.
- Благосклонная Я.В. Взаимоотношение между уровнем глюкозы и неэстерифицированных жирных кислот в крови. Влияние возраста / В кн.: «Физиология человека». – 1978. – Т. 4. – С. 645–649.
- Благосклонная Я.В. Влияние половых гормонов на нарушения углеводного обмена у больных ишемической болезнью сердца // Клин. мед. – 1968. – №1. – С. 67–71.
- Благосклонная Я.В. Роль некоторых гормональных и гипоталамических нарушений в патогенезе атеросклероза: Дис. ... докт. мед. наук. – Л., 1969. – С. 510.
- Блинов Д.В., Зимовина У.В., Ушакова Т.И. Фармакоэпидемиологическая оценка гепатотропной терапии в условиях реальной клинической практики // Фармакоэкономика. – 2015. – Т. 8, №1. – С. 31–38.
- Бокарев И.Н. Метаболический синдром // Клин. мед. – 2014. – Т. 92. – С. 71–76.
- Бокерия Л.А., Ключников И.В., Березинец О.Л. и др. Влияние метаболического синдрома на результаты реваскуляризации миокарда у больных с ИБС // Бюл. НЦССХ им. А.Н.Бакулева. – 2007. – Т. 8 (S3). – С. 41.
- Бондарь И.А. и др. Ассоциация полиморфных маркеров rs7903146 гена TCF7L2 и rs1801282 гена PPARG (Pro12Ala) с сахарным диабетом 2-го типа в Новосибирской области // Сахарный диабет. – 2013. – №4. – С. 17–22.
- Бондарь И.А., Шабельникова О.Ю. Генетические основы сахарного диабета 2-го типа // Сахарный диабет. – 2013. – №4. – С. 11–16.
- Бубнова М.Г., Аронов Д.М., Олферьев А.М., Бондаренко И.З. Модификация уровней липопротеинов и аполипопротеинов крови с помощью физических нагрузок разного вида и интенсивности у здоровых мужчин с нормо- и гиперлипидемией // Кардиоваскуляр. тер. и профилактика. – 2005. – №2. – С. 74–83.
- Бузиашвили Ю.И., Бузиашвили В.Ю. Возможности современных методик визуализации при ишемической болезни сердца // Кардиосоматика. – 2014. – №3–4. – С. 20–26.
- Бутрова С.А. Метаболический синдром: патогенез, клиника, диагностика, подходы к лечению // Рус. мед. журн. – 2001. – Т. 9. – С. 56–60.
- Волков В.П. Метаболический синдром: история вопроса // Universum: Мед. и фармакол.: электрон. науч. журн. – 2017. – Т. 4 (38).
- Губерерц А.Я., Линевский Ю.В. Лечебное питание. – 3-е изд. – К.: Вища школа, 1989. – С. 130–131.
- Данилов Н.М., Горгадзе Т.Т., Савченко А.П., Чазова И.Е. Рестеноз после коронарного стентирования у больных с метаболическим синдромом // Систем. гипертензии. – 2006. – Т. 01. – С. 47–50.
- Дедов И.И., Александров А.А., Кухаренко С.С. Ожирение: кардиальные проблемы // Рус. мед. журн. – 2006. – Т. 13. – С. 930.