

**Краткие
алгоритмы
диспансерного
наблюдения
пациентов
с хроническими
неинфекционными
заболеваниями**

**Краткие алгоритмы диспансерного наблюдения пациентов
с хроническими неинфекционными заболеваниями**
(методические рекомендации)
Барнаул, 2020

Под редакцией:

Осипова И. В. – д. м. н., профессор, главный специалист по профилактической медицине Министерства здравоохранения Алтайского края, председатель краевого научно-медицинского общества терапевтов, зав. кафедрой факультетской терапии и профессиональных болезней ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава РФ.

Авторы-составители:

Репкина Т. В. – к. м. н., главный врач КГБУЗ «Краевой центр медицинской профилактики “Центр общественного здоровья”».

Антропова О. Н. - д. м. н., профессор кафедры факультетской терапии и профессиональных болезней ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава РФ.

Бахарева И. В. – к. м. н., главный специалист терапевт-пульмонолог Министерства здравоохранения Алтайского края, доцент кафедры факультетской терапии и профессиональных болезней ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава РФ.

Ефремушкина А. А. – д. м. н., профессор кафедры терапии и общей врачебной практики ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава РФ, главный внештатный кардиолог Министерства здравоохранения Алтайского края.

Жгут О. Г. – к. м. н., главный внештатный нефролог Министерства здравоохранения Алтайского края, заведующая отделением нефрологии КГБУЗ «Краевая клиническая больница».

Заплавнова О. Д. – главный внештатный эндокринолог Министерства здравоохранения Алтайского края, врач высшей категории, зав. отделением поликлиники № 1 Городской больницы № 5 (г. Барнаул).

Лубянская Т. Г. – к. м. н., главный внештатный гастроэнтеролог Министерства здравоохранения Алтайского края.

Федянин С. А. – к.м.н., главный внештатный невролог Министерства здравоохранения Алтайского края, заведующий отделением неврологии КГБУЗ «Краевая клиническая больница».

Большинство населения Российской Федерации получает медицинскую помощь в амбулаторно-поликлинических условиях. Повышение качества медицинской помощи населению в рамках первичной медико-санитарной помощи (ПСМП) является одной из приоритетных задач современного здравоохранения.

Представленные алгоритмы разработаны с целью совершенствования оказания ПСМП участковыми врачами-терапевтами (врачами общей практики) на амбулаторном этапе. Предпосылкой для написания данного методического пособия послужила необходимость краткого алгоритма диагностики, лечения, а также диспансерного наблюдения (в рамках Приказа Министерства здравоохранения РФ от 29 марта 2019 г. № 173н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»).

При создании данного пособия были учтены все рекомендации и предложения главных внештатных специалистов терапевтического профиля Министерства здравоохранения Алтайского края.

СОДЕРЖАНИЕ

Краткие алгоритмы диспансерного наблюдения пациентов с хроническими
неинфекционными заболеваниями

1. Стабильная ишемическая болезнь сердца (I20.1; I20.8; I20.9; I25.0; I25.1; I25.2; I25.5; I25.6; I25.8; I25.9)	8
Хроническая ишемическая болезнь сердца (включая состояние после реваскуляризации) (I20; I25)	9
Диагностика заболевания	9
Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание	9
Действия терапевта (ВОП) при декомпенсации заболевания (период подбора/коррекции терапии)	9
Диспансерное наблюдение	9
Лечение	10
2. Артериальная гипертензия (I10; I11; I12; I13; I15)	12
Диагностика заболевания	13
Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание	13
Действия терапевта (ВОП) при декомпенсации заболевания (период подбора/коррекции терапии)	14
Диспансерное наблюдение	14
Лечение	14
3. Хроническая сердечная недостаточность (I50.0; I50.1; I50.9)	17
Диагностика заболевания	18
Действия терапевта (ВОП) на первичном приеме (при подозрении на заболевание)	18
Действия терапевта (ВОП) при декомпенсации заболевания (до стабилизации состояния)	19
Диспансерное наблюдение	19
Лечение	19
4. Фибрилляция и (или) трепетание предсердий (I48)	21
Диагностика заболевания	22
Действия терапевта (ВОП) на первичном приеме (при подозрении на заболевание)	22
Действия терапевта (ВОП) при декомпенсации заболевания	22
Диспансерное наблюдение	22
Лечение	22
5. Пароксизмальная желудочковая тахикардия (I47.1; I49.4)	24
Диагностика заболевания	25
Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание	25
Действия терапевта (ВОП) при подборе терапии	25
Диспансерное наблюдение	25
Лечение	25
Пароксизмальная наджелудочковая тахикардия (I47.1)	26
Диагностика заболевания	26
Действия терапевта (ВОП) на первичном приеме (при подозрении на заболевание)	26
Действия терапевта (ВОП) при подборе терапии	26
Диспансерное наблюдение	26
Лечение	27

6. Закупорка и стеноз сонной артерии (I65.2)	28
Диагностика заболевания	29
Действия терапевта (ВОП), сердечно-сосудистого хирурга, невролога при подозрении на заболевание	29
Действия терапевта (ВОП) при декомпенсации заболевания (период подбора/коррекции терапии)	29
Диспансерное наблюдение	30
Лечение	30
7. Предиабет (R73.0; R73.9)	32
Диагностика заболевания	33
Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание	34
Правила проведения ПГТТ	35
Диспансерное наблюдение	35
Лечение	36
Алгоритм лечения предиабета метформином	37
Алгоритм терапии предиабета метформином пролонгированного действия	38
8. Сахарный диабет 2-го типа (E11.0–E11.9)	39
Диагностика заболевания	40
Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание	40
Действия терапевта (ВОП) при ухудшении контроля заболевания	41
Диспансерное наблюдение	41
Лечение	42
9. Последствия перенесенных острых нарушений мозгового кровообращения (I69.0; I69.1; I69.2; I69.3; I69.4; I67.8)	49
Последствия цереброваскулярных болезней (I69)	50
Другие уточненные поражения сосудов мозга (I67.8)	50
Диагностика заболеваний	50
Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание	50
Действия терапевта (ВОП) при декомпенсации заболевания (период подбора/коррекции терапии)	51
Диспансерное наблюдение	51
Лечение	52
10. Гиперхолестеринемия (E78)	53
Алгоритм обследования больных с гиперхолестеринемией в амбулаторной практике	54
Выбор гиполипидемической терапии	55
Контроль переносимости статинов (АЛТ/АСТ)	55
11. Эзофагит (эозинофильный, химический, лекарственный) (K20)	56
Диагностика заболевания	57
Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание	57
Действия терапевта (ВОП) при декомпенсации заболевания (период подбора/коррекции терапии)	57
Диспансерное наблюдение	58
Лечение	58
12. Пищевод Барретта (K22.7)	59
Диагностика заболевания	60
Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание	60
Действия терапевта (ВОП) при декомпенсации заболевания (период подбора/коррекции терапии)	60
Диспансерное наблюдение	61
Лечение	61

13. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (K21.0; K21.9)	63
Диагностика заболевания	64
Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание	64
Действия терапевта (ВОП) при декомпенсации заболевания (период подбора/коррекции терапии)	65
Диспансерное наблюдение	65
Лечение	65
14–15. Язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки (K25; K26)	67
Диагностика заболевания	68
Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание	68
Действия терапевта (ВОП) до рубцевания язвенного дефекта при декомпенсации заболевания (период подбора/коррекции терапии)	69
Диспансерное наблюдение	69
Лечение	69
Особенности лечения	70
16. Хронический гастрит (K29.3–K29.7)	71
Диагностика заболевания	72
Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание	72
Действия терапевта (ВОП) до полного исчезновения жалоб при декомпенсации заболевания (период подбора/коррекции терапии)	72
Диспансерное наблюдение	73
Лечение	73
17. Полип желудка (K31.7; D13.1)	75
Диагностика заболевания	76
Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание	76
Действия терапевта (ВОП) при декомпенсации заболевания (период подбора/коррекции терапии)	76
Диспансерное наблюдение	76
Лечение	77
18. Хронический панкреатит (K86.0; K86.1)	78
Диагностика заболевания	79
Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание	79
Действия терапевта (ВОП) при декомпенсации заболевания (период подбора/коррекции терапии)	79
Диспансерное наблюдение	80
Лечение	80
19. Простой и слизисто-гнойный хронический бронхит (J41.0; J41.1; J41.8)	82
Диагностика заболевания	83
Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание	83
Действия терапевта (ВОП) при обострении заболевания (период подбора/коррекции терапии)	83
Диспансерное наблюдение	84
Лечение	84
20. Хроническая обструктивная болезнь легких (J44.0; J44.8; J44.9)	85
Диагностика заболевания	86
Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание	86
Действия терапевта (ВОП) при обострении заболевания в период подбора/коррекции терапии)	86
Диспансерное наблюдение	87
Лечение	87

21. Бронхоэктазия (J47.0)	90
Диагностика заболевания	91
Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание	91
Действия терапевта (ВОП) при обострении заболевания (период подбора/коррекции терапии)	91
Диспансерное наблюдение	92
Лечение	92
22. Бронхиальная астма (J45.0)	94
Диагностика заболевания	95
Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание	95
Действия терапевта (ВОП) при обострении заболевания (период подбора/коррекции терапии)	95
Диспансерное наблюдение	96
Лечение	96
23. Вирусная пневмония, не классифицированная в других рубриках (J12); пневмония, вызванная Streptococcus pneumoniae (J13); пневмония, вызванная Haemophilus influenzae [палочкой Афанасьева – Пфейффера] (J14)	99
Диагностика заболевания	100
Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание	100
Действия терапевта (ВОП)	101
Диспансерное наблюдение	101
Лечение	102
24. Другие интерстициальные легочные болезни (J84.1)	103
Диагностика заболевания	104
Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание	104
Действия терапевта (ВОП) при декомпенсации заболевания (период подбора/коррекции терапии)	104
Диспансерное наблюдение	104
Лечение	105
25 – 27. Хроническая болезнь почек (N18.0; N18.1; N18.2; N18.3, N18.4; N18.5; N18.9)	106
Диспансерное наблюдение	107
Диагностика заболевания	107
Медикаментозное лечение	111
28. Остеопороз (M80–M82)	114
Диагностика заболевания	115
Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание	115
Действия терапевта (ВОП) при декомпенсации заболевания (период подбора/коррекции терапии)	115
Диспансерное наблюдение	116
Лечение	116



**Краткие алгоритмы
диспансерного
наблюдения
пациентов
с хроническими
неинфекционными
заболеваниями**

1. СТАБИЛЬНАЯ ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА

(I20.1; I20.8; I20.9; I25.0; I25.1; I25.2; I25.5; I25.6; I25.8; I25.9)

Выявление пациента с данным заболеванием:	терапевт/ВОП
Установление диагноза:	терапевт/ВОП
Назначение медикаментозного и немедикаментозного метода лечения:	терапевт/ВОП
Наблюдение за эффективностью лечения:	терапевт/ВОП

Заболевание или состояние (группа заболеваний или состояний), при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение	Минимальная периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций)	Контролируемые показатели состояния здоровья в рамках проведения диспансерного наблюдения	Длительность диспансерного наблюдения	Примечания
<p>Стабильная ишемическая болезнь сердца (за исключением следующих заболеваний или состояний, по поводу которых осуществляется диспансерное наблюдение врачом-кардиологом:</p> <ul style="list-style-type: none">• стенокардия III–IV ФК в трудоспособном возрасте;• перенесенный инфаркт миокарда и его осложнения в течение 12 месяцев после оказания медицинской помощи в стационарных условиях медицинских организаций;• период после оказания высокотехнологичных методов лечения, включая кардиохирургические вмешательства в течение 12 месяцев после оказания медицинской помощи в стационарных условиях медицинских организаций)	Не реже 2 раз в год	<p>Артериальное давление (АД)</p> <p>Частота сердечных сокращений (ЧСС)</p> <p>Холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС-ЛПНП) (согласно клиническим рекомендациям)</p>	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям

Хроническая ишемическая болезнь сердца (включая состояние после реваскуляризации) (I20; I25)

Диагностика заболевания

Характеристики дискомфорта в связи с ишемией миокарда (стенокардией) можно разделить на 4 категории: локализация, характер, длительность и связь с нагрузкой и другими усугубляющими или облегчающими факторами.

Традиционная клиническая классификация боли в грудной клетке

- Типичная стенокардия (определенная): соответствует всем трем следующим характеристикам: дискомфорт за грудиной характерного качества и длительности; провоцируется нагрузкой или эмоциональным стрессом; проходит в покое и/или через несколько минут после приема нитратов.
- Атипичная стенокардия (вероятная): соответствует двум из этих характеристик.
- Неангинозная боль в грудной клетке: соответствует только одной из этих характеристик.

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Физикальное обследование:

- индекс массы тела;
- пальпация пульса на периферических артериях;
- аускультация сонных и бедренных артерий;
- измерение лопаточно-плечевого индекса;
- признаки сопутствующей патологии (заболевание щитовидной железы, почек, сахарный диабет, анемия).

Обязательные лабораторные исследования:

- клинический анализ крови;
- биохимическое исследование крови (общий холестерин, ЛПНП, ЛПВП, ТГ, глюкоза крови, калий, креатинин и расчет СКФ, Т4, ТТГ).
- скрининг на потенциальный СД 2-го типа: HbA1c и глюкоза плазмы натощак.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРЕДТЕСТОВОЙ ВЕРОЯТНОСТИ ИБС

Возраст, лет	Типичная стенокардия		Атипичная стенокардия		Неангинозная боль	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины
30–39	59	28	29	10	18	5
40–49	69	37	38	14	25	8
50–59	77	47	49	20	34	12
60–69	84	58	59	28	44	17
70–79	89	68	69	37	54	24
80 и более	93	76	78	47	65	32

- вероятность ИБС > 85% – очень высокая, нагрузочный тест не показан*
- вероятность 66–85% (или ФВ < 50%) – стресс-визуализация*
- вероятность 16–65% (или ФВ ≥ 50%) – нагрузочный тест без визуализации*
- вероятность < 15% – очень низкая, нагрузочный тест не показан

Консультации специалистов

Окулист – при наличии сахарного диабета, у молодых пациентов.

* Кардиолог – при вероятности ИБС 16–85% и более.

Обязательные инструментальные исследования:

- ЭКГ в покое;
- Трансторакальная ЭхоКГ;
- Ультразвуковое исследование сонных артерий у пациентов с подозрением на СИБС без установленного атеросклеротического заболевания.

Консультации специалистов

Кардиолог – во всех случаях для решения вопроса о реваскуляризации и коррекции терапии.

Действия терапевта (ВОП) при декомпенсации заболевания (период подбора/коррекции терапии)

При декомпенсации заболевания, то есть при возникновении острого коронарного синдрома, показана экстренная госпитализация пациента!

Диспансерное наблюдение – пожизненно

Кратность осмотра:

- при наличии стенокардии напряжения I–IV ФК стабильного течения – 2–4 раза в год;
- при наличии инфаркта миокарда сроком давности более 12 мес. – 1 раз в 6 мес.

Обязательные лабораторно-инструментальные исследования:

- ЛПНП – 8±4 недели после начала терапии/коррекции дозы статинов, далее – 1 раз в год;
- ЭКГ – 1 раз в 6 мес.;
- ЭхоКГ – 1 раз в год.

Консультации специалистов

Кардиолог – при наличии стенокардии III–IV ФК – 4 раза в год;
при наличии перенесенного инфаркта миокарда – первые 12 месяцев наблюдается у кардиолога.

Лечение

Изменение образа жизни и контроль факторов риска:

- полный отказ от курения;
- диета с ограничением животных жиров по типу средиземноморской.
- снижение веса (до достижения нормальных значений ИМТ, то есть ИМТ <25 кг/м²);
- уровень физической активности определяется индивидуально с учетом функционального класса стенокардии;
- контроль АД (цель – снижение АД менее 130/80 мм рт. ст.), уровня глюкозы и гликированного гемоглобина (при необходимости), липидов (цель – снижение ХСЛПНП менее 1,4 ммоль/л).

Решение вопроса о реваскуляризации миокарда

Консультация кардиолога.

Медикаментозное лечение

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
АНТИАГРЕГАНТЫ		
Уменьшение риска тромбообразования, улучшение прогноза жизни	• Ацетилсалициловая кислота – 75–100 мг/сут.	
	• Клопидогрел – 75 мг/сут.	При непереносимости ацетилсалициловой кислоты

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
СТАТИНЫ		
Коррекция дислипидемии, улучшение прогноза жизни	• Аторвастатин 10–40 мг/сут.	Назначение статинов показано всем пациентам с ИБС
	• Розувастатин 10–20 мг/сут.	Целевой уровень ХСЛПНП < 1,8 ммоль/л. Если не удается достигнуть этого уровня – консультация кардиолога
Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента		
Улучшение прогноза, особенно при сопутствующей артериальной гипертензии, ФВЛЖ ≤ 40%, сахарном диабете или ХБП	• Периндоприл 5–10 мг/сут. • Рамиприл 5–10 мг/сут. • Эналаприл 5–20 мг/сут. • Лизиноприл 10–20 мг/сут.	Для уменьшения общей смертности, риск развития ИМ, инсульта и сердечной недостаточности
Блокаторы рецепторов к ангиотензину II		
Улучшение прогноза, особенно при сопутствующей артериальной гипертензии, ФВЛЖ ≤ 40%, сахарном диабете или ХБП	• Валсартан 80–320 мг/сут. • Кандесартан 4–16 мг/сут. • Лозартан 25–100 мг/сут.	Может быть альтернативой для пациентов с СИБС, если ингибиторы АПФ не показаны или не переносятся
β-адреноблокаторы (β-АБ)		
Антиишемические препараты первого ряда при стенокардии для контроля ЧСС и симптомов, препараты 1-й линии	• Бисопролол – 1,25–10 мг/сут. • Карведилол – 6,25–100 мг/сут. • Метопролола сулфинат/тарtrat (CR) – 12,5–200 мг/сут. • Небиволол – 1,25–10 мг/сут.	
БЛОКАТОРЫ Ca-КАНАЛОВ		
Антиишемические препараты выбора при стенокардии, для контроля симптомов, препараты 1-й линии	• Верапамил 80–240 мг/сут. • Дилтиазем 90–180 мг/сут.	
	• Амлодипин 2,5–10 мг/сут. • Фелодипин 2,5–10 мг/сут.	
	• Нифедипин 30–90 мг/сут.	Применять только пролонгированные формы
КОРОТКОДЕЙСТВУЮЩИЕ И ПРОЛОНГИРОВАННЫЕ НИТРАТЫ		
Приступы стенокардии, ухудшающие качество жизни	• Нитроглицерин 0,3–1,5 мг во время приступа • Изосорбида динитрат (5 мг сублингвально)	Для купирования приступов стенокардии напряжения
Для устранения ишемии, препараты 2-й линии	• Изосорбида динитрат 2,5–40 мг/сут. во время приступа/для профилактики приступов • Изосорбида моонитрат 20–40 мг/сут.	Для профилактики стенокардии
АНТИИШЕМИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ РАЗЛИЧНЫХ МЕХАНИЗМОВ ДЕЙСТВИЯ		
Для устранения ишемии, препараты 2-й линии	• Ивабрадин 5 мг х 2 раза в сутки • Никорандил 10 мг х 2 раза в сутки • Ранолазин 500 мг х 2 раза в сутки • Триметазидин до 60–80 мг/сут.	Для профилактики стенокардии

Показания для госпитализации:

- острый коронарный синдром;
- проведение коронарографии и/или реваскуляризации миокарда;
- декомпенсация СН.

2. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

(I10; I11; I12; I13; I15)

Выявление пациента с данным заболеванием:	терапевт/ВОП
Установление диагноза:	терапевт/ВОП
Назначение медикаментозного и немедикаментозного метода лечения:	терапевт/ВОП
Наблюдение за эффективностью лечения:	терапевт/ВОП

Заболевание или состояние (группа заболеваний или состояний), при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение	Минимальная периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций)	Контролируемые показатели состояния здоровья в рамках проведения диспансерного наблюдения	Длительность диспансерного наблюдения	Примечания
Артериальная гипертензия 1–3 степени, за исключением резистентной артериальной гипертензии	Не реже 2 раз в год	АД (согласно клиническим рекомендациям) ХС-ЛПНП (согласно клиническим рекомендациям)	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям

Диагностика заболевания

Для диагностики заболевания обязательно выявление повышения уровня САД ≥ 140 мм рт. ст. и/или ДАД ≥ 90 мм рт. ст. в кабинете у врача (выявленное дважды) или $\geq 130/80$ мм рт. ст. за 24 ч, $\geq 135/85$ мм рт. ст. в дневной период и $\geq 120/70$ мм рт. ст. во время ночного сна по данным суточного мониторирования АД и/или $\geq 135/85$ мм рт. ст. домашнего измерения АД.

Симптомы заболевания, имеющие диагностическое значение:

специфических симптомов нет, возможно наличие головной боли, головокружения, мелькания мушек перед глазами.

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Физикальное обследование:

- вес, рост, ИМТ, окружность талии;
- неврологическое обследование и оценка когнитивного статуса;
- пальпация и аускультация сердца и сонных артерий, периферических артерий;
- АД на обеих руках (как минимум однократно);
- осмотр кожных покровов: признаки нейрофиброматоза (феохромоцитомы);
- пальпация почек, аускультация почечных артерий для выявления шумов;
- выявление признаков синдрома Кушинга или акромегалии, заболеваний щитовидной железы.

Обязательные лабораторные исследования:

- клинический анализ крови (гемоглобин и/или гематокрит);
- клинический анализ мочи;
- биохимическое исследование крови (общий холестерин, ЛПНП, ЛПВП, ТГ, креатинин с расчетом СКФ, калий, натрий, глюкоза крови натощак, мочевая кислота);
- микроальбуминурия (у больных с метаболическим синдромом, диабетом и ожирением) или альбумин: креатинин (оптимально).

Обязательные инструментальные исследования:

- ЭКГ;
- суточное мониторирование АД (при клинических показаниях);
- ЭхоКГ;
- ЛПИ;
- дуплекс сонных артерий.

Действия терапевта (ВОП) при декомпенсации заболевания (период подбора/коррекции терапии)

Кратность осмотра

1 раз в 2 недели.

Обязательные лабораторно-инструментальные исследования:

- измерение АД при каждом визите;
- общий холестерин, ЛПНП, ЛПВП, ТГ (контроль через 1 месяц после назначения статинов), креатинин с расчетом СКФ (контроль через 3 месяца при подозрении на ХБП), калий крови у пациентов с исходной ХБП при назначении ИАПФ или АРА через 7–10 дней;
- ЭКГ (при необходимости);
- клинический анализ мочи;

- микроальбуминурия (у больных с метаболическим синдромом, диабетом);
- домашнее измерение АД (за неделю) для контроля терапии и выявления диагноза;
- суточное мониторирование АД (при необходимости).

Консультации специалистов

Кардиолог – при неэффективности лечения;
при наличии предстесовой вероятности ИБС от 16 до 85%.

Диспансерное наблюдение – пожизненно

Кратность осмотра

2 раза в год.

Лабораторно-инструментальные исследования:

- клинический анализ крови – 1 раз в год;
- клинический анализ мочи, микроальбуминурия – 1 раз в год;
- общий холестерин, ЛПНП, ЛПВП, ТГ, креатинин с расчетом СКФ – 1 раз в 6 мес.;
- ЭКГ – 1 раз в 6 мес.;
- ЭхоКГ – 1 раз в год;
- дуплекс сонных артерий.

Консультации специалистов

Кардиолог – при рефрактерной к лечению гипертонии.
Офтальмолог – 1 раз в год.

Лечение

Изменение образа жизни:

- отказ от курения;
- снижение веса (до достижения нормальных значений ИМТ);
- отказ от алкоголя;
- ограничение потребления поваренной соли (до 5–6 г/сут.);
- регулярные аэробные физические нагрузки;
- соблюдение режима сна и отдыха;
- ограничение животных жиров.

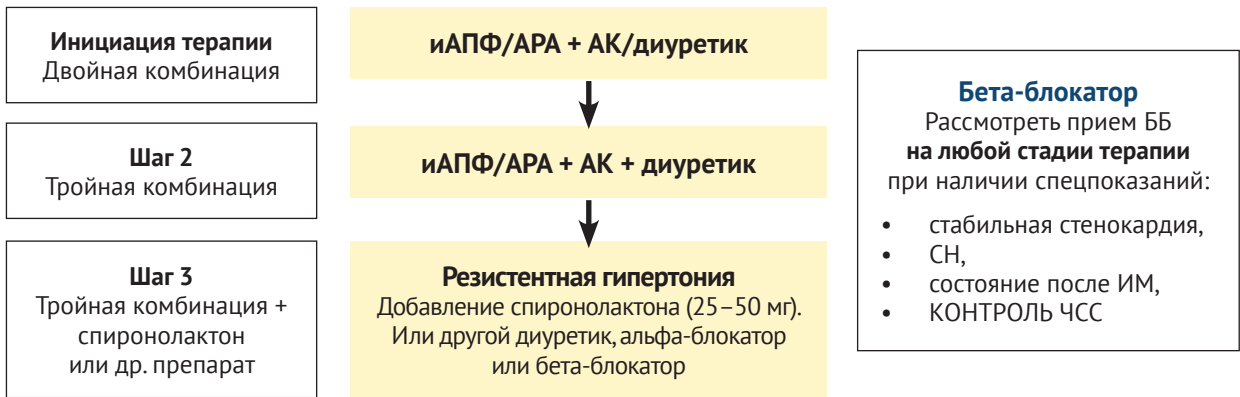
Медикаментозное лечение

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Для купирования гипертонического неосложненного криза		
Ингибиторы АПФ (ИАПФ)	• Каптоприл 6,25–50 мг/сут.	Применяется как препарат при неконтролируемом повышении АД
Агонисты имидазолиновых рецепторов	• Физиотенз 0,2–0,6 мг/сут.	Применяется как препарат при неконтролируемом повышении АД
Блокаторы Са-каналов (БКК)	• Нифедипин-ретард 10 мг/сут.	Применяется как препарат при неконтролируемом повышении АД

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Для постоянной терапии артериальной гипертензии		
Для снижения артериального давления	<ul style="list-style-type: none"> • Эналаприл 2,5–40 мг/сут. • Лизиноприл 5–35 мг/сут. • Рамиприл 2,5–10 мг/сут. • Трандолаприл 0,5–4 мг/сут. • Периндоприл 5–10 (4–8) мг/сут. • Фозиноприл 10–40 мг/сут. 	<p>Нельзя комбинировать с АРА! Контролировать уровень калия, креатинина. Не назначать при уровне калия $\geq 5,5$ ммоль/л. Противопоказаны при двустороннем стенозе почечных артерий (или стенозе артерии единственной почки)</p>
β-адреноблокаторы		
Для снижения артериального давления	<ul style="list-style-type: none"> • Бисопролол 1,25–10 мг/сут. • Карведилол 3,125–50 мг/сут. • Метопролол сукцинат/тарترات 12,5–200 мг/сут. • Небиволол 5–10 мг/сут. 	<p>Не следует назначать как препарат первой линии у пациентов без дополнительных показаний к бета-адреноблокаторам (таким, например, как недостаточность кровообращения). Обязателен контроль ЧСС. Нельзя комбинировать с недигидропиридиновыми БКК. Абсолютные противопоказания: брадикардия (ЧСС менее 50 уд. в минуту), СССУ, гипотония (САД менее 100 мм рт. ст.), АВ-блокада II и III степени, бронхиальная астма</p>
Блокаторы рецепторов ангиотензина (БРА)		
Для снижения артериального давления	<ul style="list-style-type: none"> • Кандесартан 4–32 мг/сут. • Валсартан 80–320 мг/сут. • Лозартан 50–100 мг/сут. • Эпросартан 400–600 мг/сут. • Ирберсартан 150–300 мг/сут. • Телмисартан 40–80 мг/сут. • Азилсартан 20–80 мг/сут. • Олмесартан 20–40 мг/сут. 	<p>Нельзя комбинировать с ИАПФ! Контролировать уровень калия, креатинина. Не назначать при уровне калия $\geq 5,5$ ммоль/л. Абсолютные противопоказания: двусторонний стеноз почечных артерий (или стеноз артерии единственной почки), беременность</p>
Блокаторы Са-каналов (БКК)		
Для снижения артериального давления	<ul style="list-style-type: none"> • Амлодипин 2,5–10 мг/сут. • Фелодипин 2,5–10 мг/сут. • Лерканидипин 10–20 мг/сут. 	<p>Недигидропиридиновые БКК нельзя комбинировать с β-адреноблокаторами!</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Верапамил (CR) 120–360 мг/сут. • Дилтиазем (CR) 180–360 мг/сут. 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Нифедипин 30–90 мг/сут. 	<p>Применять только пролонгированные формы</p>
Диуретики		
Для снижения артериального давления	<ul style="list-style-type: none"> • Гидрохлортиазид 12,5–25 мг/сут. • Хлорталидон 12,5–25 мг/сут. • Индапамид 1,5–2,5 мг/сут. 	<p>Предпочтительно назначение в комбинации с ИАПФ или АРА. Избегать назначения при сахарном диабете, подагре (кроме индапамида)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Спиронолоктон 25 мг/сут. 	<p>При резистентной артериальной гипертензии. Противопоказаны при уровне калия $\geq 5,5$ ммоль/л</p>

Стратегия медикаментозного лечения АГ

Все те же 5 основных классов препаратов должны формировать основу антигипертензивной терапии



Рассмотреть монотерапию при низком СС-риске и 1 ст. гипертонии или для очень пожилых пациентов (≥ 80 лет) и «хрупких пациентов».

B.Williams, Mancia et al., J Hypertens, 2018

При выборе препарата необходимо учитывать сопутствующую патологию. Так, например, бета-блокаторы целесообразно назначать при наличии стенокардии напряжения и нельзя назначать при бронхиальной астме. Пациентам высокого и очень высокого риска назначается комбинированная терапия.

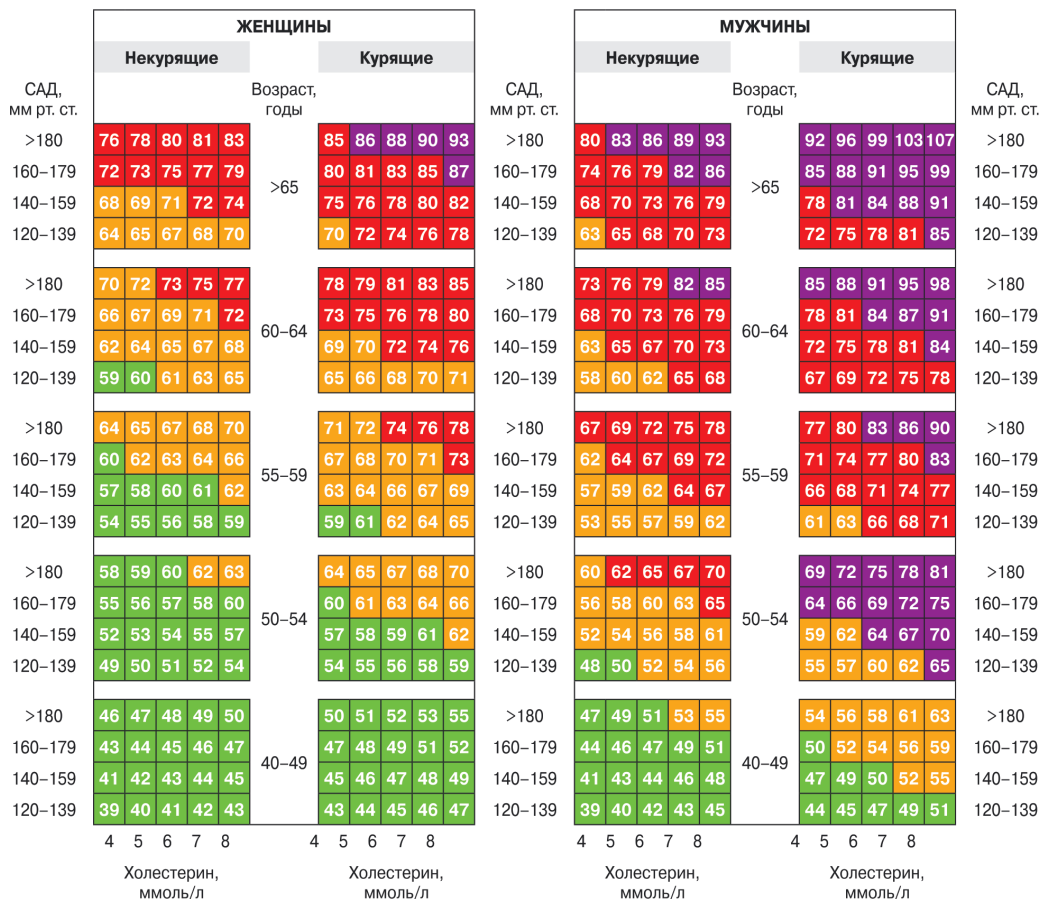
Рекомендуемые комбинации

- БРААС (иАПФ или АРАII)+ диуретик
- БРААС (иАПФ или АРАII) + антагонист Са
- ИАПФ или АРАII + антагонист Са + диуретик

Запрещенные комбинации

иАПФ+АРАII

Шкала SCORE



3. ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

(I50.0; I50.1; I50.9)

Выявление пациента с данным заболеванием:	терапевт/ВОП
Установление диагноза:	терапевт/ВОП
Назначение медикаментозного и немедикаментозного метода лечения:	терапевт/ВОП
Наблюдение за эффективностью лечения:	терапевт/ВОП

Заболевание или состояние (группа заболеваний или состояний), при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение	Минимальная периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций)	Контролируемые показатели состояния здоровья в рамках проведения диспансерного наблюдения	Длительность диспансерного наблюдения	Примечания
Хроническая сердечная недостаточность I–III ФК по NYHA, но не выше стадии 2a	Не реже 2 раз в год	АД (согласно клиническим рекомендациям). ЧСС (согласно клиническим рекомендациям). Масса тела	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям

Диагностика заболевания

Для постановки диагноза «хроническая сердечная недостаточность (ХСН) обязательно выявление компонентов:

- симптомы и/или клинические признаки, типичные для ХСН (один из нижеперечисленных).

Характерные клинические признаки и симптомы хронической сердечной недостаточности

Симптомы	Клинические признаки
Типичные	Наиболее специфичные
Одышка	Повышение центрального венозного давления в яремных венах
Ортопноэ	Гепатоюгулярный рефлюкс
Пароксизмальная ночная одышка	Третий тон (ритм галопа)
Снижение толерантности к нагрузкам	Смещение верхушечного толчка влево
Слабость, утомляемость, увеличение времени восстановления после нагрузки	Менее специфичные
Увеличение в объеме лодыжек	Периферические отеки
Менее типичные	Влажные хрипы в легких
Ночной кашель	Шумы в сердце
Прибавка в весе >2 кг/неделю	Тахикардия
Потеря веса	Нерегулярный пульс
Депрессия	Тахипноэ (ЧДД более 16 в минуту)
Сердцебиение	Гепатомегалия
	Асцит
	Кахексия

- Диагностические критерии в зависимости от ФВ:

Характеристики хронической сердечной недостаточности в зависимости от фракции выброса левого желудочка

Тип ХСН	ХСН _{нФВ}	ХСН _{пФВ}	ХСН _{сФВ}
Критерий 1	Симптомы + признаки*	Симптомы + признаки*	Симптомы + признаки*
Критерий 2	ФВ ЛЖ < 40%	ФВ ЛЖ = 40–49%	ФВ ЛЖ ≥ 50%
Критерий 3		1. Повышение уровня натрийуретических пептидов ^а Наличие по крайней мере одного из дополнительных критериев: А) структурные изменения сердца (ГЛЖ и/или УЛП) В) диастолическая дисфункция	1. Повышение уровня натрийуретических пептидов ^а 2. Наличие по крайней мере одного из дополнительных критериев: А) структурные изменения сердца (ГЛЖ и/или УЛП) В) диастолическая дисфункция

Примечание. Повышение уровня натрийуретических пептидов (BNP >35 пг/мл и/или NT-proBNP > 125 пг/мл), структурные изменения сердца: гипертрофия ЛЖ (ИММ ЛЖ > 115 г/м² (мужчины) и 95 г/м² (женщины) или расширение левого предсердия (индексированный объем ЛП > 34 мл/м²).

Действия терапевта (ВОП) на первичном приеме (при подозрении на заболевание)

Обязательные лабораторные исследования:

- клинический анализ крови (гемоглобин и эритроциты)
- биохимический анализ крови (натрий, калий, мочевины, креатинин с расчетом СКФ, общий билирубин, АЛТ, АСТ, глюкоза, HbA1c, гормоны щитовидной железы);
- общий холестерин, ЛПНП, ЛПВП, ТГ, ТТГ.

Обязательные инструментальные исследования:

- ЭКГ;
- ЭхоКГ;
- рентгенография органов грудной клетки.

Консультация специалистов

Кардиолог.

Действия терапевта (ВОП) при декомпенсации заболевания (до стабилизации состояния)

Показания для госпитализации:

- гемодинамическая нестабильность;
- выраженная (прогрессирующая) одышка;
- рецидивирующая жизнеугрожающая аритмия;
- другие жизнеугрожающие состояния (отек легких, анасарка, асцит, двусторонняя застойная пневмония);
- в спорных случаях – срочная консультация кардиолога.

Диспансерное наблюдение – пожизненно

Кратность осмотра –

2 раза в год.

Обязательные лабораторно-инструментальные исследования –

1 раз в год:

- клинический анализ крови;
- клинический анализ мочи;
- биохимический анализ крови (натрий, калий, креатинин с расчетом СКФ, общий билирубин, АЛТ, АСТ, глюкоза);
- общий холестерин, ЛПНП, ЛПВП, ТГ, ТТГ, сывороточное железо/ферритин (при необходимости);
- ЭКГ, ЭхоКГ.

Консультации специалистов

Кардиолог – сохраняющаяся симптоматика, несмотря на оптимальную медикаментозную терапию;

ФВ ЛЖ меньше 35%;

QRS больше 130 мс;

возможность хирургического лечения основного заболевания.

Лечение

Все больные ХСН с QRS больше 130 мс и ФВ ЛЖ \leq 35% направляются к кардиологу для решения вопроса о ресинхронизирующей терапии (СРТ).

Пациенты с ФВ ЛЖ \leq 35%, несмотря на ОМТ, направляются к кардиологу для решения вопроса возможности реваскуляризации и/или постановки имплантируемого кардиовертер-дефибриллятора (ИКД).

Медикаментозная терапия

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Ингибиторы АПФ		
Всем пациентам с ХСН с целью снижения риска госпитализации по поводу СН и смерти	<ul style="list-style-type: none"> Каптоприл 6,25–50 мг/3 раза в сут. Эналаприл 5–40 мг/сут. Лизиноприл 2,5–35 мг/сут. Рамиприл 2,5–10 мг/сут. Трандолаприл 0,5–4 мг/сут. Периндоприл 4–10 мг/сут. 	Титрация под контролем АД до максимально целевой дозы каждого препарата. Противопоказаны при билатеральном стенозе почечных артерий, беременности, ангионевротическом отеке
АРА		
При непереносимости ИАПФ (из-за кашля)	<ul style="list-style-type: none"> Кандесартан 4–32 мг/сут. Валсартан 80–320 мг/сут. Лосартан 50–150 мг/сут. 	
β-адреноблокаторы		
Всем пациентам с ХСН с целью снижения риска госпитализации по поводу СН и смерти	<ul style="list-style-type: none"> Бисопролол 1,25–10 мг/сут. Карведилол 6,25–50 мг/сут. Метопролол сукцинат 12,5–200 мг/сут. Небиволол 1,25–10 мг/сут. 	Титрация под контролем ЧСС до максимально целевой дозы каждого препарата. Противопоказаны при АВ-блокаде 2–3-й степени, бронхиальной астме, критической ишемии конечностей
Антагонисты минералокортикоидных рецепторов (АМКР)		
Всем пациентам с симптоматикой, несмотря на лечение БАБ и БРААС, для снижения риска госпитализаций и смерти	<ul style="list-style-type: none"> Спиронолактон 25–50 мг/сут. Эплеренон 25–50 мг/сут. 	Несмотря на лечение ИАПФ и β-блокаторами, с ФВ ЛЖ ≤ 35% с целью снижения риска госпитализации по поводу СН и смерти. Контроль калия и креатинина!
Ангиотензиновых рецепторов и неприлизина ингибиторы (АРНИ)		
Пациентам с симптоматикой ХСН с ФВ ЛЖ ≤ 35% с целью снижения риска госпитализации по поводу СН и смерти	АРНИ (валсартан/сакубитрил) 100–200 мг 2 раза в день	Несмотря на лечение ИАПФ, β-блокаторами и АМКР, стабильного течения (без декомпенсации, назначения в/в или удвоения дозы пероральных диуретиков и с САД > 100 мм рт. ст.). Назначаются кардиологом
Блокатор if-каналов		
Для уменьшения риска госпитализации и смерти от сердечно-сосудистых причин	Ивабрадин 5–7,5 мг 2 раза в день	У пациентов с симптоматикой, с ФВ ≤ 35%, синусовым ритмом и ЧСС ≥ 70 уд./мин, несмотря на лечение оптимальными доказанными дозами ББ (или максимально переносимыми дозами), ИАПФ, АРМ
Сердечные гликозиды		
Как симптоматическая терапия при неэффективности всех остальных подходов	Дигоксин 0,0625–0,125 мг/сут.	Пропуск приема 1 раз в неделю, контроль признаков дигиталисной интоксикации
Диуретики		
При синдроме задержки жидкости	<ul style="list-style-type: none"> Фуросемид 20–240 мг/сут. Торасемид 5–20 мг/сут. Буметанид 0,5–5 мг/сут. 	
	Гидрохлортиазид 25–100 мг/сут.	Нельзя применять при СКФ < 30 мл/мин.
	Индапамид 2,5–5 мг/сут.	

4. ФИБРИЛЛЯЦИЯ И (ИЛИ) ТРЕПЕТАНИЕ ПРЕДСЕРДИЙ (148)

Выявление пациента с данным заболеванием:	терапевт/ВОП
Установление диагноза:	терапевт/ВОП
Назначение медикаментозного и немедикаментозного метода лечения:	кардиолог
Наблюдение за эффективностью лечения:	терапевт/ВОП

Заболевание или состояние (группа заболеваний или состояний), при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение	Минимальная периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций)	Контролируемые показатели состояния здоровья в рамках проведения диспансерного наблюдения	Длительность диспансерного наблюдения	Примечания
Фибрилляция и (или) трепетание предсердий	Не реже 2 раз в год	Контроль ритма (согласно клиническим рекомендациям). Контроль ЧСС (согласно клиническим рекомендациям). Международное нормализованное отношение < 11 > (2–3 ед.), если необходимо (согласно клиническим рекомендациям)	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям

Диагностика заболевания

Для диагностики заболевания обязательно выявление нарушения ритма сердца по ЭКГ.

ЭКГ-признаки нарушения ритма

Фибрилляция предсердий: зубцы Р отсутствуют, видны волны f, ритм беспорядочный.

Трепетание предсердий: зубцы Р отсутствуют, видны волны f с частотой 250–430 в мин.

Симптомы заболевания, имеющие диагностическое значение:

- ощущение «перебоев» в работе сердца, ощущение «переворотов» сердца;
- слабость, головокружение;
- одышка, чувство нехватки воздуха;
- беспокойство, чувство страха;
- клиника тромбоэмболии.

Для оценки выраженности клинических симптомов ФП используется модифицированная шкала симптомов Европейской ассоциации ритма сердца:

- I класс: ФП не сопровождается симптомами.
- II а класс: симптомы слабые, нормальная повседневная активность не нарушена на фоне симптомов.
- II б класс: Умеренные симптомы, нормальная повседневная активность не нарушена на фоне симптомов, но пациент ощущает проявления аритмии.
- III класс: тяжелые, нормальная повседневная активность нарушена на фоне симптомов.
- IV класс: симптомы инвалидизирующие, нормальная повседневная активность невозможна.

Действия терапевта (ВОП) на первичном приеме (при подозрении на заболевание)

- Всем пациентам рекомендуется всесторонняя оценка сердечно-сосудистой системы, включая подробный сбор анамнеза, тщательное клиническое обследование и выявление коморбидных состояний.
- Всем пациентам – оценка риска инсульта на основании количества ФР по шкале CHA2DS2-VASc

Клинические ФР инсульта, транзиторной ишемической атаки и системной эмболии по шкале CHA2DS2-VASc

ФР по CHA2DS2-VASc	Баллы
Застойная СН /признаки/симптомы СН или объективные доказательства снижения ФВ ЛЖ	+1
Артериальная гипертензия АД в состоянии покоя > 140/90 мм рт. ст. по крайней мере, при двух повторных измерениях или текущая антигипертензивная терапия	+1
Возраст 75 лет или старше	+2
СД, гликемия натощак > 125мг/дл (7ммоль/л) или лечение пероральными сахароснижающими препаратами и/или инсулином	+1
Перенесенный инсульт, ТИА или тромбоэмболия	+2
Сосудистые заболевания (перенесенный ИМ, заболевание периферических артерий или атеросклеротическая бляшка в аорте)	+1
Возраст 65–74 года	+1
Пол (женский)	+1

Обязательно назначение антикоагулянтов при CHA₂DS₂-VASc >2 баллов всем мужчинам, при CHA₂DS₂-VASc >3 баллов всем женщинам. При неклапанной ФП – ривароксабан, апиксабан, дабигатран, варфарин. При клапанной ФП – варфарин под контролем МНО.

Обязательные лабораторные исследования:

биохимический анализ крови – калий, натрий, креатинин с расчетом СКФ, гормоны щитовидной железы, МНО (при терапии варфарином)

Обязательные инструментальные исследования:

ЭКГ, трансторакальная ЭХОКГ

Консультации специалистов – кардиолог (во всех случаях впервые выявленной ФП и ТП).

Действия терапевта (ВОП) при декомпенсации заболевания

Кратность осмотра – по необходимости.

Обязательные лабораторно-инструментальные исследования:

ЭКГ (по необходимости); ЭхоКГ (по необходимости).

Консультации специалистов – кардиолог (во всех случаях впервые выявленной ФП и ТП).

Показания для госпитализации:

- нестабильная гемодинамика;
- нестабильная стенокардия или снижение систолической функции ЛЖ;
- продолжительность пароксизма до 48 часов у пациента без подобранной дозы антикоагулянтов.

Диспансерное наблюдение – пожизненно

Кратность осмотра – 2 раза в год.

Обязательные лабораторно-инструментальные исследования 2 раза в год:

- биохимический анализ крови: калий, натрий;
- МНО при терапии Варфарином;
- ЭКГ.

Консультации специалистов – кардиолог (2 раза в год)

Лечение

Лечение проводится согласно рекомендациям кардиолога. Все больные с ФП и ТП должны состоять на учете у кардиолога в кабинете профилактики инфарктов и инсультов, где и проводится подбор терапии с последующим наблюдением терапевтом или ВОП.

5. ПАРОКСИЗМАЛЬНАЯ ЖЕЛУДОЧКОВАЯ ТАХИКАРДИЯ

(I47.1; I49.4)

Выявление пациента с данным заболеванием: терапевт/ВОП

Установление диагноза: терапевт/ВОП

Назначение медикаментозного и немедикаментозного метода лечения: кардиолог

Наблюдение за эффективностью лечения: терапевт/ВОП

Заболевание или состояние (группа заболеваний или состояний), при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение	Минимальная периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций)	Контролируемые показатели состояния здоровья в рамках проведения диспансерного наблюдения	Длительность диспансерного наблюдения	Примечания
Предсердная и желудочковая экстрасистолия, наджелудочковые и желудочковые тахикардии на фоне эффективной профилактической антиаритмической терапии	2 раза в год	Частота желудочковой экстрасистолии и устойчивых эпизодов желудочковой тахикардии	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям

Диагностика заболевания

Для диагностики заболевания обязательно выявление типичных ЭКГ-признаков:

- аритмия;
- пароксизмальная желудочковая тахикардия;
- частота желудочковых сокращений от 100 до 240 уд./мин., ритм правильный, желудочковые комплексы уширены;
- предсердная активность может определяться в виде зубцов P, диссоциированных от желудочковых комплексов.

Симптомы заболевания, имеющие диагностическое значение:

- ощущение учащенного сердцебиения;
- слабость, головокружение;
- одышка, чувство нехватки воздуха;
- беспокойство, чувство страха, полуобморочное состояние;
- синкопальное состояние.

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные лабораторные исследования:
нет.

Обязательные инструментальные исследования:

- ЭКГ во время появления симптомов (желательно);
- ЭКГ вне приступа нарушения ритма.

Консультации специалистов

Кардиолог – во всех случаях.

Вызов бригады СМП при рецидивирующих синкопальных и пресинкопальных состояниях, наличии ЖТ во время приема.

Действия терапевта (ВОП) при подборе терапии

Дообследование и лечение проводит кардиолог.

Диспансерное наблюдение

Диспансерное наблюдение у кардиолога – пожизненно.

Лечение

Назначение лечения при желудочковой тахикардии производится после оценки наличия структурной патологии сердца после консультации кардиолога (ЭхоКГ, МРТ сердца).

Возможности лечения включают антиаритмическую терапию, катетерную абляцию эктопического очага и профилактику внезапной сердечной смерти с помощью имплантации кардиовертера-дефибриллятора.

Пароксизмальная наджелудочковая тахикардия

(I47.1)

Диагностика заболевания

Для диагностики заболевания обязательно выявление типичных ЭКГ-признаков:

- аритмия;
- пароксизмальная наджелудочковая тахикардия (предсердная тахикардия, АВ узловая риентри тахикардия, АВ риентри тахикардия);
- частота желудочковых сокращений от 100 до 240 уд./мин.;
- ритм правильный, форма желудочковых комплексов не изменена по сравнению с синусовым ритмом;
- предсердная активность может определяться в виде зубцов Р, деформирующих сегмент ST или зубец Т, или отдельно стоящих, или не определяться (при одновременной активации предсердий и желудочков).

Симптомы заболевания, имеющие диагностическое значение:

- ощущение учащенного сердцебиения;
- слабость, головокружение;
- одышка, чувство нехватки воздуха.

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные лабораторные исследования:

- электролиты (калий, натрий);
- ТТГ.

Обязательные инструментальные исследования:

- ЭКГ во время появления симптомов (желательно);
- ЭКГ вне приступа нарушения ритма;
- ЭхоКГ.

Консультации специалистов

Кардиолог – во всех случаях.

Действия терапевта (ВОП) при подборе терапии

Назначение и подбор терапии производится кардиологом.

Диспансерное наблюдение

Кратность осмотра:

- до выполнения катетерной аблации – 2 раза в год;
- после эффективной катетерной аблации – 1 раз в год в течение трех лет, затем – прекращение диспансерного наблюдения.

Обязательные лабораторно-инструментальные исследования

- ЭКГ – 1 раз в год.

Консультации специалистов

Кардиолог – при наджелудочковой тахикардии – при возобновлении симптоматики.

Лечение

Для предупреждения приступов НЖТ до консультации кардиолога возможно назначение антиаритмической терапии бета-адреноблокатором или блокатором кальциевых каналов. При пароксизмальной наджелудочковой тахикардии необходима консультация аритмолога для решения вопроса о проведении инвазивного электрофизиологического исследования и катетерной абляции. Решение о направлении на консультацию аритмолога принимает кардиолог после анализа ЭКГ во время приступа тахикардии.

Медикаментозная терапия

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
β-адреноблокаторы		
Контроль ЧСС, профилактика развития аритмии	<ul style="list-style-type: none"> • Бисопролол 1,25–10 мг/сут. • Карведилол 6,25–100 мг/сут. • Метопролол сукцинат/тарtrat (CR) 12,5–200 мг/сут. • Небиволол 5–10 мг/сут. 	Абсолютные противопоказания: брадикардия (ЧСС менее 50 уд. в минуту), СССУ, гипотония (с АД менее 100 мм рт. ст.), АВ-блокада II и III степени, бронхиальная астма
Блокаторы Са-каналов		
Контроль ЧСС, профилактика развития аритмии	<ul style="list-style-type: none"> • Верапамил 40–160 мг/сут. 	Абсолютные противопоказания: брадикардия (ЧСС менее 50 уд. в минуту), СССУ, гипотония (с АД менее 100 мм рт. ст.), АВ-блокада II и III степени, ФВ менее 35%

6. ЗАКУПОРКА И СТЕНОЗ СОННОЙ АРТЕРИИ

(I65.2)

Выявление пациента с данным заболеванием:	терапевт/ВОП, сердечно-сосудистый хирург, невролог
Установление диагноза:	сердечно-сосудистый хирург
Назначение медикаментозного и немедикаментозного метода лечения:	сердечно-сосудистый хирург
Наблюдение за эффективностью лечения:	терапевт/ВОП, сердечно-сосудистый хирург, невролог

Заболевание или состояние (группа заболеваний или состояний), при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение	Минимальная периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций)	Контролируемые показатели состояния здоровья в рамках проведения диспансерного наблюдения	Длительность диспансерного наблюдения	Примечания
Стеноз внутренней сонной артерии от 40 до 70%	2 раза в год	ХС-ЛПНП (согласно клиническим рекомендациям), степень стеноза (в %)	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача – сердечно-сосудистого хирурга, врача по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению (при стенозе внутренней сонной артерии 70% и более)

Диагностика заболевания

Несмотря на зачастую асимптомное течение, стеноз внутренней сонной артерии может сопровождаться следующими симптомами:

- головная боль;
- шум в ушах;
- головокружение;
- слабость или онемение какой-либо части тела: языка, лица, руки или ноги, чаще с одной стороны, нарушение зрения, расстройство речи.

Рекомендуется обращать внимание на факторы риска и выявлять наличие наследственных заболеваний:

- сведения о ранее перенесенном остром нарушении мозгового кровообращения (ОНМК) или транзиторной ишемической атаке (ТИА);
- поражение других сосудистых бассейнов (ишемическая болезнь сердца (ИБС), атеросклероз артерий нижних конечностей, аневризма аорты и др.);
- наследственная гиперлипидемия;
- сопутствующий сахарный диабет;
- вредные привычки (курение, злоупотребление спиртными напитками);
- артериальная гипертензия;
- тромбофилия;
- избыточный вес.

Действия терапевта (ВОП), сердечно-сосудистого хирурга, невролога при подозрении на заболевание

Обязательные лабораторные исследования:

- клинический анализ крови;
- биохимический анализ крови (общий холестерин, ЛПВП, ЛПНП, ТГ, коэффициент атерогенности);
- коагулограмма (АЧТВ, ПТИ, МНО, время свертывания).

Обязательные инструментальные исследования:

- ультразвуковое дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий;
- магнитно-резонансная ангиография (МРА);
- компьютерная томография артерий (КТА);
- определение степени стеноза по методике NASCET (определяется методом измерения внутрисосудистого диаметра на участке наиболее выраженного стеноза и последующим сравнением его с диаметром сосуда дистальнее места стеноза. Процентное значение рассчитывается по формуле: процент стеноза = $[1 - (\text{остаточный диаметр в зоне максимального сужения/диаметр ВСА дистальнее стеноза})] \times 100$).

Консультации специалистов

Сердечно-сосудистый хирург, невролог.

Действия терапевта (ВОП) при декомпенсации заболевания (период подбора/коррекции терапии)

Кратность осмотра –
по необходимости.

Обязательные лабораторно-инструментальные исследования:

- УДС БЦС;
- измерение АД при каждом визите;
- ЛПИ;
- общий холестерин, ЛПНП, ЛПВП, ТГ (контроль через 1 месяц после назначения статинов);
- показатели свертываемости крови.

Консультации специалистов

Сердечно-сосудистый хирург, невролог.

Показания для госпитализации:

«симптомные» пациенты со стенозами более 60%.

Диспансерное наблюдение – пожизненно

Обязательные инструментальные исследования:

- ультразвуковое дуплексное сканирование брахиоцефальных сосудов для оценки прогрессирования или регресса заболевания у пациентов с атеросклерозом, у которых ранее был выявлен стеноз более 50% – не реже 1 раза в год.
- всем пациентам, подвергшимся хирургическому лечению по поводу стенозов сонных артерий, рекомендовано нахождение под динамическим наблюдением и прохождение амбулаторного обследования (ЦДС БЦА) с последующей консультацией сосудистого хирурга – не реже 1 раза в год.

Послеоперационное наблюдение:

- консультация невролога – не реже 1 раза в год;
- ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий – не реже 1 раза в год;
- при необходимости – мультиспиральная компьютерно-томографическая ангиография, ангиография.

Лечение

Изменение образа жизни:

- отказ от курения;
- снижение веса (до достижения нормальных значений ИМТ);
- отказ от алкоголя;
- лечебная физкультура;
- соблюдение режима сна и отдыха;
- ограничение животных жиров.

Медикаментозное лечение

- Прием статинов рекомендован всем пациентам, снижение уровня ХС ЛПНП до < 1,8 ммоль/л (70 мг/дл) или уменьшение его на $\geq 50\%$,
- Пациентам с сопутствующим диабетом предписан строгий контроль уровня сахара в крови.
- Антитромбоцитарная терапия рекомендована пациентам с симптомной формой ЗПА
- Контроль АД, иАПФ и БРА должны использоваться в качестве препаратов первого ряда
- При бессимптомном стенозе сонной артерии аспирин в дозе от 75 до 325 мг ежедневно либо клопидогрел гидросульфит (клопидогрель) 75 мг ежедневно (при противопоказаниях/непереносимости аспирина)

Гипотензивная терапия:

- пациентам с артериальной гипертензией за исключением острейшего периода ишемического инсульта рекомендуется гипотензивная терапия;
- пациентам с артериальной гипертензией и симптомным атеросклеротическим поражением экстракраниальных артерий при проведении гипотензивной терапии следует учитывать риск усиления церебральной ишемии при артериальном давлении ниже 140/90 мм рт. ст.

Хирургическое лечение

Каротидная эндартерэктомия (симптомному пациенту со стенозом внутренней сонной артерии более 60% в случае невысокого операционного риска/асимптомных пациентов со стенозом внутренней сонной артерии более 70%).

Каротидная ангиопластика со стентированием (пациенту высокого операционного риска в случае имеющегося опыта учреждения).

7. Предиабет

(R73.0; R73.9)

Выявление пациента с данным заболеванием:	терапевт/ВОП
Установление диагноза:	терапевт/ВОП
Назначение медикаментозного и немедикаментозного метода лечения:	терапевт/ВОП
Наблюдение за эффективностью лечения:	терапевт/ВОП

Заболевание или состояние (группа заболеваний или состояний), при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение	Минимальная периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций)	Контролируемые показатели состояния здоровья в рамках проведения диспансерного наблюдения	Длительность диспансерного наблюдения	Примечания
Предиабет	Не реже 1 раза в год	Глюкоза плазмы натощак и через 2 часа после нагрузки (согласно клиническим рекомендациям)	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога – по показаниям

Предиабет – нарушения углеводного обмена, приводящие к высокому риску развития сахарного диабета (СД) при значениях глюкозы плазмы, недостаточных для постановки диагноза СД.

Нарушение гликемии натощак (НГН) – нарушение углеводного обмена, характеризующееся повышением глюкозы плазмы натощак (ГПН) от 6,1 до 6,9 ммоль/л.

Нарушение толерантности к глюкозе (НТГ) – значения глюкозы плазмы после перорального глюкозотолерантного теста (ПГТТ) варьируют от 7,8 до 11,0 ммоль/л.

Диагностика заболевания

Симптомы заболевания, имеющие диагностическое значение

Жалоб, как правило, не наблюдается. В редких случаях – неспецифические жалобы на снижение трудоспособности, повышенную утомляемость, худшее заживление раневых дефектов. В большинстве случаев на первый план выходят избыточная масса тела или ожирение, артериальная гипертензия (АГ) и патология сердечно-сосудистой системы. Могут проявляться симптомы неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП), подагрического артрита, гиперурикемия. Часто в анамнезе у женщин прослеживается наличие гестационного СД (ГСД) или крупный плод.

Для диагностики необходим скрининг среди лиц, имеющих факторы риска развития СД 2-го типа.

Факторы риска развития СД 2-го типа

- возраст > 45 лет;
- избыточная масса тела и ожирение (ИМТ > 25 кг/м²*);
- семейный анамнез СД (родители или сибсы с СД 2-го типа);
- привычно низкая физическая активность;
- нарушенная гликемия натощак или нарушенная толерантность к глюкозе в анамнезе;
- гестационный сахарный диабет или рождение крупного плода в анамнезе;
- артериальная гипертензия (> 140/90 мм. рт. ст. или медикаментозная антигипертензивная терапия);
- холестерин ЛПВП < 0,9 ммоль/л и/или уровень триглицеридов > 2,82 ммоль/л;
- синдром поликистозных яичников;
- наличие сердечно-сосудистых заболеваний.

*Применимо к лицам европеоидной расы.

Скрининг

Возраст начала скрининга	Группы, в которых проводится скрининг	Частота обследования
Любой взрослый	С ИМТ > 25 кг/м ² + 1 из факторов риска	При нормальном результате – 1 раз в 3 года
Любой взрослый	Высокий риск при проведении анкетирования (результат опросника FINDRISC* ≥ 12)	
> 45 лет	С нормальной массой тела в отсутствие факторов риска	Лица с предиабетом – 1 раз в год

*Шкала оценки риска развития диабета.

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные лабораторные исследования

Скрининговые тесты:

- глюкоза плазмы натощак,
- или
- ПГТТ с 75 г глюкозы,
- или
- HbA1c 6,0–6,4% (целесообразно с последующим выполнением ПГТТ, при невозможности – определить глюкозу плазмы натощак).

Диагностические критерии предиабета и сахарного диабета

Время определения	Концентрация глюкозы, ммоль/л ¹	
	Цельная капиллярная кровь	Венозная плазма ²
Норма		
Натощак	< 5,6	< 6,1
Через 2 часа после ПГТТ	< 7,8	< 7,8
Сахарный диабет³		
Натощак	≥ 6,1	≥ 7,0
Через 2 часа после ПГТТ	≥ 11,1	≥ 11,1
Или случайное определение ⁴	≥ 11,1	≥ 11,1
Нарушенная толерантность к глюкозе		
Натощак (если определяется)	< 6,1	< 7,0
Через 2 часа после нагрузки глюкозой	≥ 7,8 < 11,1	≥ 7,8 < 11,1
Нарушенная гликемия натощак		
Натощак	≥ 5,6 < 6,1	≥ 6,1 < 7,0
Через 2 часа после ПГТТ (если определяется)	< 7,8	< 7,8

¹ Диагностика проводится на основании лабораторных определений уровня гликемии.

² Возможно использование сыворотки.

³ Диагноз СД всегда следует подтверждать повторным определением гликемии в последующие дни, за исключением случаев несомненной гипергликемии с острой метаболической декомпенсацией или с очевидными симптомами.

⁴ При наличии классических симптомов гипергликемии.

Натощак – означает уровень глюкозы крови утром после предварительного голодания в течение не менее 8 часов и не более 14 часов.

Случайное – означает уровень глюкозы крови в любое время суток вне зависимости от времени приема пищи.

ПГТТ – пероральный глюкозотолерантный тест. Проводится в случае сомнительных значений гликемии для уточнения диагноза.

Правила проведения ПГТТ

ПГТТ следует проводить утром на фоне не менее чем 3-дневного неограниченного питания (более 150 г углеводов в сутки) и обычной физической активности. Тесту должно предшествовать ночное голодание в течение 8–14 часов (можно пить воду). Последний вечерний прием пищи должен содержать 30–50 г углеводов. После забора крови натощак испытуемый должен не более чем за 5 мин. выпить 75 г безводной глюкозы или 82,5 г моногидрата глюкозы, растворенных в 250–300 мл воды. В процессе теста не разрешается курение. Через 2 часа осуществляется повторный забор крови.

Для предотвращения гликолиза и ошибочных результатов определение концентрации глюкозы проводится сразу после взятия крови, или кровь должна быть центрифугирована сразу после взятия, или храниться при температуре 0–4° С, или быть взята в пробирку с консервантом (флуорид натрия).

ПГТТ не проводится:

- на фоне острого заболевания;
- на фоне кратковременного приема препаратов, повышающих уровень гликемии (глюкокортикоиды, тиреоидные гормоны, тиазиды, бета-адреноблокаторы и др.)

НbА1с для диагностики СД

Диагностический критерий СД – уровень НbА1с > 6,5%.

Исследование должно быть выполнено с использованием метода определения НbА1с, сертифицированного в соответствии с National Glycohemoglobin Standardization Program (NGSP) или International Federation of Clinical Chemists (IFCC) и стандартизованного в соответствии с референсными значениями, принятыми в Diabetes Control and Complications Trial (DCCT). Нормальным считается уровень НbА1с до 6,0%.

Уровень НbА1с 6,0–6,4% сам по себе не позволяет ставить какие-либо диагнозы, но не исключает возможности диагностики СД по уровню глюкозы крови.

В случае отсутствия симптомов острой метаболической декомпенсации диагноз должен быть поставлен на основании двух цифр, находящихся в диабетическом диапазоне, например, дважды определенный НbА1с или однократное определение НbА1с + однократное определение уровня глюкозы крови.

Ограничения в использовании НbА1с

- При стремительном развитии СД, например в некоторых случаях СД 1-го типа у детей, уровень НbА1с может не быть значимо повышенным, несмотря на наличие классических симптомов СД.
- Лабораторная и индивидуальная вариабельность, в связи с чем решения об изменении терапии должны проводиться с учетом других данных оценки гликемического контроля.
- Ситуации, которые влияют на обмен эритроцитов (анемии различного генеза, гемоглобинопатии, недавнее переливание крови, использование препаратов, стимулирующих эритропоэз, терминальная почечная недостаточность, беременность).

Диспансерное наблюдение – пожизненно

Кратность осмотра –

не реже 1 раза в год.

Обязательные лабораторно-инструментальные исследования:

- глюкоза плазмы натощак или ПГТТ с 75 г глюкозы – не реже 1 раза в год;
- при назначении метформина по поводу предиабета для уточнения гликемического статуса ПГТТ проводится на фоне его отмены;
- при наличии гипертонии, дислипидемии, НАЖБП, ИБС и т. д. – в соответствии с алгоритмами наблюдения данных видов патологий.

Консультации специалистов

Эндокринолог – при выявлении сахарного диабета;
при сомнительных результатах для уточнения диагноза.

Лечение

Изменение образа жизни:

- рекомендации по питанию в целом не отличаются от таковых при СД 2-го типа;
- снижение массы тела: умеренно гипокалорийное питание с преимущественным ограничением жиров и простых углеводов. Очень низкокалорийные диеты дают кратковременные результаты и не рекомендуются. Голодание противопоказано. У лиц с предиабетом целевым является снижение массы тела на 5–7% от исходной;
- регулярная физическая активность умеренной интенсивности (быстрая ходьба, плавание, велосипед, танцы) длительностью не менее 30 мин. в большинство дней недели (не менее 150 мин. в неделю);
- полный отказ от курения;
- употребление алкоголя возможно в количестве 1 УЕ (15 г этанола) – для женщин, 2 УЕ – для мужчин (количество вина для мужчин менее 280 мл, женщин 140 мл, кратность – не ежедневно).

Медикаментозное лечение

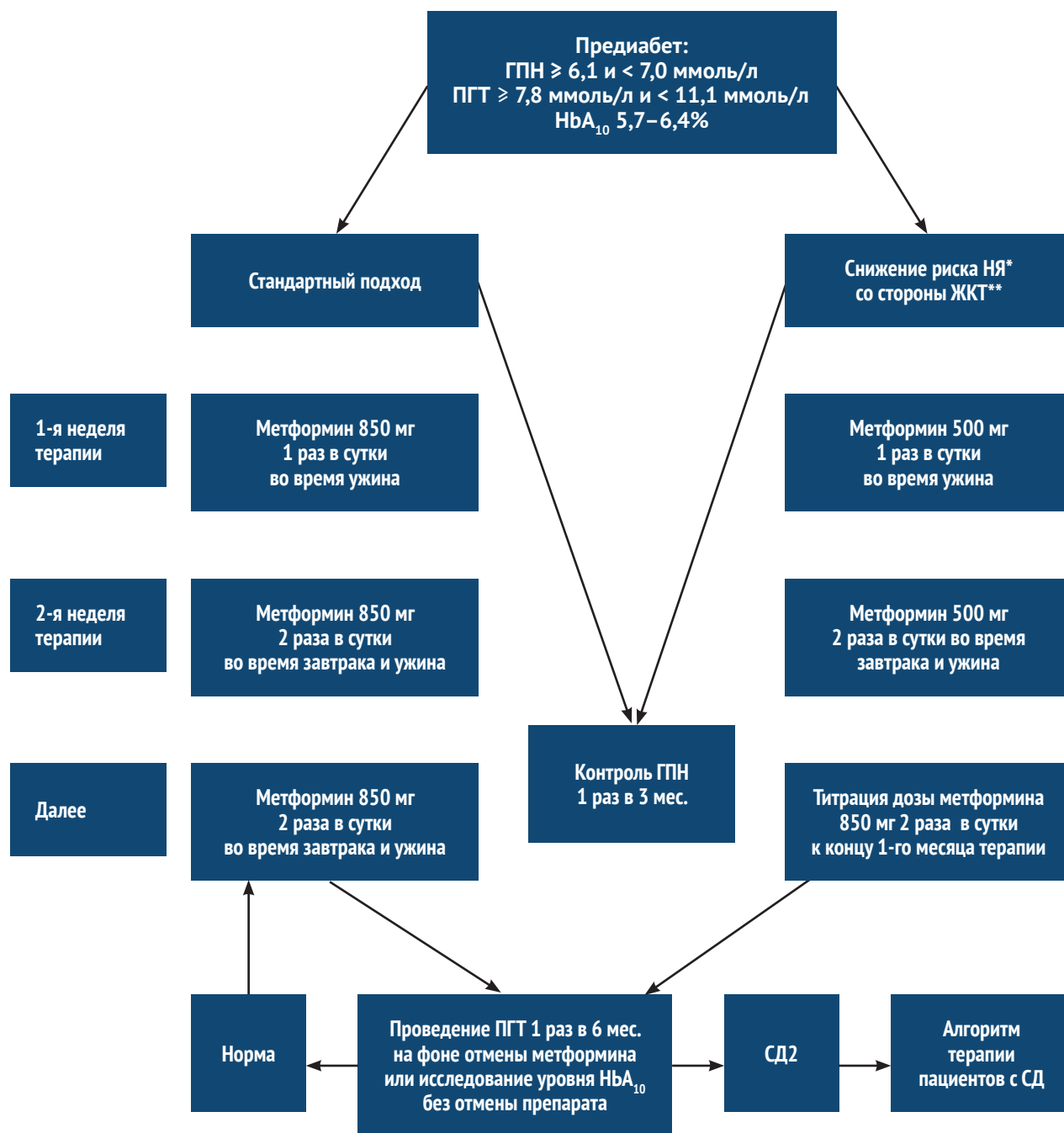
Медикаментозная терапия возможна (при отсутствии противопоказаний), если мероприятия по изменению образа жизни не привели к нормализации показателей углеводного обмена или имеется очень высокий риск развития заболевания:

- применение метформина по 500–850 мг 2 раза в день (в зависимости от переносимости) или метформина пролонгированного действия 500–750 мг по 2 таб. 1 раз в день (в зависимости от переносимости) может быть рассмотрено у лиц с предиабетом – особенно у лиц моложе 60 лет с ИМТ > 30 кг/м². При длительном приеме следует учитывать возможность развития дефицита витамина В₁₂;
- применение акарбозы у лиц с НТГ может быть рассмотрено при хорошей переносимости.

Длительность проведения медикаментозной терапии определяется индивидуально.

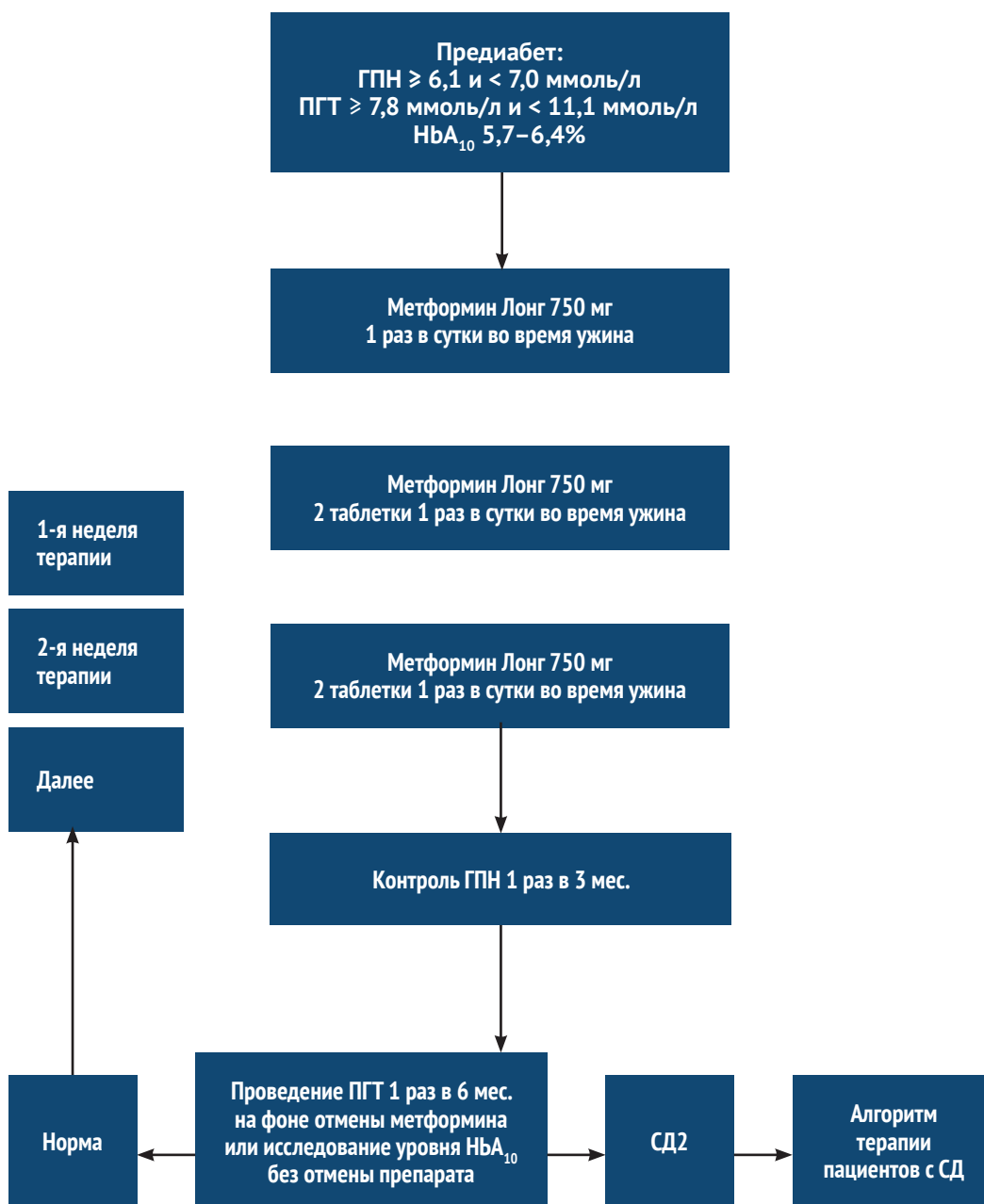
Необходимо проводить оценку и коррекцию других сердечно-сосудистых факторов риска.

Алгоритм лечения предиабета метформином



*НЯ – нежелательные явления;
**ЖКТ – желудочно-кишечный тракт.

Алгоритм терапии предиабета метформином пролонгированного действия



8. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2-ГО ТИПА (E11.0–E11.9)

Выявление пациента с данным заболеванием:	терапевт/ВОП
Установление диагноза:	терапевт/ВОП, эндокринолог
Назначение медикаментозного и немедикаментозного метода лечения:	терапевт/ВОП, эндокринолог
Наблюдение за эффективностью лечения:	терапевт/ВОП

Заболевание или состояние (группа заболеваний или состояний), при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение	Минимальная периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций)	Контролируемые показатели состояния здоровья в рамках проведения диспансерного наблюдения	Длительность диспансерного наблюдения	Примечания
Сахарный диабет 2-го типа	В соответствии с клиническими рекомендациями	АД (согласно клиническим рекомендациям). ХС-ЛПНП (согласно клиническим рекомендациям). Гликированный гемоглобин, глюкоза плазмы натощак и через 2 часа после нагрузки (согласно клиническим рекомендациям)	Пожизненно	В соответствии с клиническими рекомендациями

Диагностика заболевания

Для диагностики заболевания выявляют характерные симптомы, которые могут быть выявлены и при проведении в группах высокого риска (см. *Предиабет*).

Производится определение глюкозы капиллярной крови или венозной плазмы натощак. При гликемии выше нормы, но ниже параметров, соответствующих критериям диагностики СД, – проведение перорального глюкозотолерантного теста (ПГТТ). При гликемии выше нормы – соответствует критериям диагностики СД – повторить исследование гликемии в другой день, если гликемия соответствует критериям диагностики СД – установление диагноза СД. Для диагностики СД также может использоваться определение HbA1c (см. *Предиабет*).

Диагноз должен быть поставлен на основании двух цифр, находящихся в диабетическом диапазоне:

- повышение глюкозы венозной плазмы крови натощак > 7 ммоль/л или $> 6,1$ капиллярной крови (при двукратном измерении),
- или двукратное повышение гликированного гемоглобина (HbA1c) $> 6,5\%$ или однократное определение HbA1c + однократное определение уровня глюкозы крови,
- или на основании перорального глюкозотолерантного теста.

Симптомы заболевания, имеющие диагностическое значение:

- жажда, сухость во рту;
- полиурия;
- зуд кожи;
- слабость;
- плохо заживающие раны.

Кроме перечисленных симптомов у 90% пациентов с сахарным диабетом 2-го типа имеется избыточный вес или ожирение.

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные лабораторные исследования:

- глюкоза крови натощак;
- HbA1c – по показаниям;
- ПГТТ – по показаниям;
- клинический анализ крови;
- биохимический анализ крови (белок, общий холестерин, ХСЛПВП, ХСЛНП, ТГ, билирубин, АСТ, АЛТ, мочевая кислота, мочевины, креатинин, калий, натрий, расчет СКФ);
- клинический анализ мочи;
- микроальбумин (или альбумин/креатининовое соотношение) в моче.

Диагностические критерии сахарного диабета 2-го типа

Время определения	Концентрация глюкозы, ммоль/л ¹	
	Цельная капиллярная кровь	Венозная плазма ²
Норма		
Натощак	$< 5,6$	$< 6,1$
Через 2 часа после ПГТТ	$< 7,8$	$< 7,8$
Сахарный диабет³		
Натощак	$\geq 6,1$	$\geq 7,0$
Через 2 часа после ПГТТ	$\geq 11,1$	$\geq 11,1$
Или случайное определение ⁴	$\geq 11,1$	$\geq 11,1$

¹ Диагностика проводится на основании лабораторных определений уровня гликемии.

² Возможно использование сыворотки.

³ Диагноз СД всегда следует подтверждать повторным определением гликемии в последующие дни, за исключением случаев несомненной гипергликемии с острой метаболической декомпенсацией или с очевидными симптомами.

⁴ При наличии классических симптомов гипергликемии.

Обязательные инструментальные исследования:

ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки.

Консультации специалистов

Эндокринолог, офтальмолог, кардиолог, невролог (по показаниям).

Действия терапевта (ВОП) при ухудшении контроля заболевания

Направление к эндокринологу для консультации и коррекции терапии.

Диспансерное наблюдение – пожизненно

Ведение пациентов с подобранной терапией и стабильным течением осуществляется терапевтом (ВОП).

Кратность осмотра –

1 раз в 3 месяца. Проверка дневника-самоконтроля – при каждом посещении.

Обязательные лабораторно-инструментальные исследования:

- HbA1c – 1 раз в 3 мес;
- общий анализ крови – 1 раз в год;
- общий анализ мочи – 2 раза в год;
- микроальбуминурия (альбумин/креатининовое соотношение) – 2 раза в год;
- биохимический анализ крови (белок, общий холестерин, ХСЛПВП, ХСЛНП, ТГ, билирубин, АСТ, АЛТ, мочевая кислота, мочевины, креатинин, калий, натрий, расчет СКФ) – не менее 1 раза в год (при отсутствии изменений);
- контроль АД при каждом посещении врача, при наличии АГ – самоконтроль 2–3 раза в сутки;
- ЭКГ – 1 раз в год;
- ЭКГ (с нагрузочными тестами при наличии > 2 факторов риска) – 1 раз в год;
- осмотр ног – при каждом посещении врача;
- проверка техники и осмотр мест инъекций инсулина (у пациентов на инсулинотерапии) – не реже 1 раза в 6 мес;
- рентгенография органов грудной клетки – 1 раз в год;
- оценка чувствительности стоп – не реже 1 раза в год;
- пальпаторное определение пульсации артерий на тыльной поверхности и в области медиальной лодыжки каждой стопы – не реже 1 раза в год, по показаниям – чаще.

При наличии осложнений – в соответствии с клиническими рекомендациями и рекомендациями специалистов.

Консультации специалистов

Эндокринолог – 1 раз в год, а также по медицинским показаниям:

- все случаи вновь выявленного СД 2-го типа (занесение в регистр);
- недостижение целевого уровня гликированного гемоглобина и гликемии в течение 6 мес. на проводимой терапии;
- частые гипогликемии;
- выявление диабетических микро- и макроангиопатий;
- перевод на инсулинотерапию.

Офтальмолог (офтальмоскопия с расширенным зрачком) – 1 раз в год.

Кардиолог – 1 раз в год.

Невролог, нефролог, специалист по диабетической стопе – по показаниям.

Лечение

Цель лечения – достижение целевых показателей: гликемии натощак и через 2 часа после еды, HbA1c, АД, липидов крови.

Алгоритм индивидуального выбора целей терапии по уровню HbA1c^{1,2}

Клинические характеристики/ риски	Категории пациентов	Молодой возраст	Средний возраст	Пожилой возраст			
				Функционально независимые	Функционально зависимые		
					Без старческой астении и/или деменции	Старческая астения и/или деменция	Завершающий этап жизни
Нет атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний ³ и/или риска тяжелой гипогликемии ⁴		< 6,5%	< 7,0%	7,5%	< 8,0%	< 8,5%	Избегать гипогликемий и симптомов гипергликемии
Есть атеросклеротические сердечно-сосудистые заболевания ³ и/или риск тяжелой гипогликемии ⁴		< 7,0%	< 7,5%	< 8,0%			

При низкой ожидаемой продолжительности жизни (< 5 лет) цели лечения могут быть менее строгими

¹ Данные целевые значения не относятся к детям, подросткам и беременным женщинам.

² Нормальный уровень в соответствии со стандартами DCCT: до 6%.

³ ИБС (инфаркт миокарда в анамнезе, шунтирование стентирование коронарных артерий, стенокардия); нарушение мозгового кровообращения в анамнезе; заболевания артерий нижних конечностей (с симптоматикой).

⁴ Основными критериями риска тяжелой гипогликемии являются: тяжелая гипогликемия в анамнезе, бессимптомная гипогликемия, большая продолжительность СД, ХБП С3-5, деменция.

Примечание: следует учитывать, что биологический и паспортный возраст часто не совпадают, поэтому определения молодого, среднего и пожилого возраста относительно условны. В то же время существует понятие «ожидаемая продолжительность жизни» (ОПЖ), которое в большей степени, чем возраст, позволяет определить общее состояние пациента и клиническую значимость развития у него осложнений. Даже в пожилом возрасте ОПЖ может быть достаточно высокой, и в этих случаях не следует допускать завышения индивидуальных целей лечения.

Данным целевым уровням HbA1c будут соответствовать следующие целевые значения пре- и постпрандиального уровня глюкозы плазмы¹

HbA1c, % ²	Глюкоза плазмы натощак/перед едой, на ночь/ночью, ммоль/л	Глюкоза плазмы через 2 часа после еды, ммоль/л
< 6,5%	< 6,5%	< 8,0%
< 7,0%	< 7,0%	< 9,0%
< 7,5%	< 7,5%	< 10,0%
< 8,0%	< 8,0%	< 11,0%
< 8,5%	< 8,5%	< 12,0%

¹ Данные целевые значения не относятся к детям, подросткам и беременным женщинам.

² Нормальный уровень в соответствии со стандартами DCCT: до 6%.

Целевые уровни показателей артериального давления

Возраст	Систолическое АД, мм рт. ст.*	Диастолическое АД, мм рт. ст.*
18–65 лет	≥ 120 и < 130	> 70 и < 80
> 65 лет	≥ 130 и < 140	

*Нижняя граница целевых показателей АД относится к лицам на антигипертензивной терапии.

Целевые уровни показателей липидного обмена

Категория риска	Категория больных	Целевые значения холестерина ЛНП, ммоль/л ¹
Очень высокого риска	Больные с атеросклеротическими сердечно-сосудистыми заболеваниями, или с поражением других органов-мишеней ² или с 3 и более большими факторами риска ³ , или раннее начало СД 1-го типа длительностью > 20 лет	< 1,4 (УУР А, УДД 2)
Высокого риска	Больные СД длительностью ≥ 10 лет без поражения органов-мишеней + любой другой дополнительный фактор риска	< 1,8 (УУР А, УДД 1)
Среднего риска	Больные молодого возраста (СД 1-го типа < 35 лет или СД 2-го типа < 50 лет) с СД длительностью < 10 лет без других факторов риска	< 2,5 (УУР А, УДД 1)

¹Перевод из ммоль/л в мг/дл: ммоль/л x 38,6 = мг/дл.

²Протеинурия, СКФ < 30 мл/мин/1,73 м², гипертрофия левого желудочка или ретинопатия.

³Возраст, артериальная гипертензия, дислипидемия, курение, ожирение.

Изменение образа жизни:

- пациентам с избыточной массой тела рекомендуется субкалорийная диета (1200–1500 ккал в сутки) и режим питания (дробно, 4–5 раз в день), резкие нефизиологические ограничения в питании и голодание противопоказаны;
- снижение веса на 5–10% за 3–6 мес., в дальнейшем – индивидуально;
- отказ от курения;
- употребление алкоголя возможно в количестве 1 УЕ (15 г этанола) – для женщин, 2 УЕ – для мужчин (количество вина для мужчин – менее 280 мл, женщин – 140 мл, кратность – не ежедневно);
- ограничение потребления поваренной соли (до 5–6 г/сут.);
- регулярные аэробные физические нагрузки (предпочтительно ежедневно, но не менее 3 раз в неделю по 30–60 минут).

Направление в школу диабета

Медикаментозное лечение

(назначается и корректируется эндокринологом или терапевтом /ВОП)

Показания к назначению/ группы	Препараты по МНН (примерный перечень)	Суточная доза (мг)	Кратность приема (раз/сут.)	Длительность действия (часы)	Комментарии
Для снижения инсулинорезистентности мышечной и жировой ткани, а также подавления продукции глюкозы печенью					
Тиазолидиндионы	Пиоглитазон	15–45	1	16–24	Противопоказаны при заболеваниях печени: <ul style="list-style-type: none"> • отеках любого генеза; • хронической сердечной недостаточности любого функционального класса; • остром коронарном синдроме; • ИБС в сочетании с приемом нитратов; • кетоацидозе; • в комбинации с инсулином (за исключением подтвержденных случаев выраженной инсулинорезистентности); • при беременности и лактации
	Розиглитазон	2–8	1–2	12–24	

Показания к назначению/ группы	Препараты по МНН (примерный перечень)	Суточная доза (мг)	Кратность приема (раз/сут.)	Длительность действия (часы)	Комментарии
Бигуаниды	Метформин	500–3000	1–3	8–12	Противопоказан при СКФ < 30 мл/мин./1,73 м ² (при СКФ 30–44 мл/мин./1,73 м ² максимальная суточная доза не должна превышать 1000 мг), при печеночной недостаточности; остром коронарном синдроме; заболеваниях, сопровождающихся тяжелой гипоксией: алкоголизме, ацидозе любого генеза – беременности и лактации.
	Метформин пролонгированного действия	500–2550	1–2	12–24	Разрешен у детей с 10 лет. Препарат должен быть отменен в течение 2 суток до и после выполнения рентгеноконтрастных процедур, больших оперативных вмешательств
Для стимуляции секреции инсулина					
Препараты сульфонилмочевины (ПСМ)	Глибенкламид 1,75; 3,5	1,75–14	1–2	16–24	Противопоказаны при почечной (кроме гликлазида, глимепирида и гликвидона) и печеночной недостаточности; кетоацидозе; беременности и лактации.
	Гликлазид МВ	30–120	1	24	
	Гликлазид	80–320	1–2	16–24	
	Глимепирид	1–6	1	24	Не назначают с другими ПСМ, глинидами, инсулином короткого и ультракороткого действия
	Гликвидон	30–180	1–3	8–12	
	Глипизид	5–20	1–2	16–24	
Глиниды	Репаглинид	0,5–16	3–4	3–4	Противопоказаны при почечной (кроме репаглинида) и печеночной недостаточности; кетоацидозе; беременности и лактации. Не назначают с другими глинидами, ПСМ, инсулином короткого и ультракороткого действия
	Натеглинид	120–480	3–4	3–4	
Средства с инкретиновой активностью					
Ингибиторы ДПП4	Ситаглиптин	25–100	1	24	Возможно применение на всех стадиях ХБП, включая терминальную, с соответствующим снижением дозы (линаглиптин, эвоглиптин без снижения дозы). С осторожностью при тяжелой печеночной недостаточности (кроме саксаглиптина, линаглиптина), хронической сердечной недостаточности. Противопоказаны при кетоацидозе; беременности и лактации. Не назначают с препаратами аГПП-1
	Вилдаглиптин	50–100	1–2	16–24	
	Саксаглиптин	2,5–5	1	24	
	Линаглиптин	5	1	24	
	Алоглиптин	12,5–25	1	24	
	Гозоглиптин	20–30	1	24	
	Эвоглиптин	5	1	24	

Медикаментозное лечение

(назначается и корректируется эндокринологом или терапевтом/ВОП)

Показания к назначению/ группы	Препараты по МНН (примерный перечень)	Суточная доза (мг)	Кратность приема (раз/сут.)	Длительность действия (часы)	Комментарии
Агонисты ГПП-1	Эксенатид для п/к инъекций	10–20 мкг	2	12	Противопоказаны при тяжелой почечной и печеночной недостаточности; кетоацидозе; беременности и лактации. Не назначают с препаратами иДПП-4
	Эксенатид пролонгированного действия (2,0 мг) для п/к инъекций	–	1 раз в неделю	168	
	Лираглутид для п/к инъекций	0,6–1,8	1	24	
	Ликсисенатид для п/к инъекций	10–20 мкг	1	24	
	Дулаглутид (0,75, 1,5) для п/к инъекций	–	1 раз в неделю	168	
	Семаглутид (0,25; 0,5; 1,0) для п/к инъекций	–	1 раз в неделю	168	
Средства, ингибирующие реабсорбцию глюкозы в почках					
Ингибиторы НГЛТ-2	Дапаглифлозин	5–10	1	24	Противопоказаны при кетоацидозе, беременности, лактации, снижении СКФ < 45 мл/мин./1,73 м ² (ипраглифлозин < 30 мл/мин./1,73 м ²).
	Эмпаглифлозин	10–25	1	24	
	Канаглифлозин	100–300	1	24	Требуется осторожность при назначении: в пожилом возрасте (см. инструкцию к применению); при хронических урогенитальных инфекциях – при приеме мочегонных средств.
	Эртуглифлозин	5–15	1	24	
	Ипраглифлозин	50–100	1	24	
Средства, блокирующие всасывание глюкозы в кишечнике					
Ингибиторы агликозидазы	Акарбоза	150–300	3	6–8	Противопоказаны при заболеваниях ЖКТ; почечной и печеночной недостаточности; кетоацидозе; беременности и лактации

Для достижения целевых показателей HbA1c при неэффективности или противопоказании приема других ССП (сахароснижающих препаратов**)

Группа препаратов	Преимущества	Недостатки	Примечания
Инсулины – человеческие – аналоги	– Выраженный сахароснижающий эффект, – снижают риск микро- и макрососудистых осложнений	– Высокий риск гипогликемии, – прибавка массы тела, – требуют частого контроля гликемии, – инъекционная форма	Нет противопоказаний и ограничений в дозе
Группа препаратов	Препараты по МНН (примерный перечень)	Примечания	
Инсулин растворимый (человеческий генно-инженерный) короткого действия	Инсулин растворимый	Необходимость перекусов. Не применять с препаратами иДПП-4, аГПП-1, глинидами, сульфонилмочевины. Вводится дробно перед основными приемами пищи за 30–40 мин. до еды в п/к жировую клетчатку живота	
Аналоги инсулина ультракороткого действия	Инсулин аспарт Инсулин глулизин Инсулин лизпро	Не применять с препаратами иДПП-4, аГПП-1, глинидами, сульфонилмочевины. Можно вводить непосредственно перед приемом пищи или после еды. Вводятся дробно перед основными приемами пищи, начало действия через 5–15 мин., пик действия через 1–2 часа, длительность действия 4–5 часов. Перекусы не нужны	
Инсулины средней продолжительности действия	Инсулин изофан человеческий генно-инженерный	Начало действия через 2 часа, пик действия через 6–10 часов, длительность действия 12–16 часов. Вводится по времени, прием пищи после введения не требуется. Перед введением следует тщательно перемешать	
Длительного действия (аналоги инсулина человека)	Инсулин гларгин 100 ЕД/мл	Начало действия через 1–2 часа, пик действия не выражен, длительность действия до 29 часов. Вводится по времени, прием пищи после введения не требуется	
	Инсулин гларгин 300 ЕД/мл	Начало действия через 1–2 часа, пик действия не выражен, длительность действия до 36 часов. Вводится по времени, прием пищи после введения не требуется	
	Инсулин детемир	Начало действия через 1–2 часа, пик действия не выражен, длительность действия до 24 часов. Вводится по времени, прием пищи после введения не требуется	
Сверхдлительного действия (аналоги инсулина)	Инсулин деглудек	Начало действия через 30–90 мин., пик действия отсутствует, длительность действия более 42 часов. Вводится по времени, прием пищи после введения не требуется	
Готовые смеси инсулинов короткого действия и НПХ-инсулинов	Инсулин двухфазный (человеческий генно-инженерный)	Начало, пик и длительность действия такие же, как у инсулинов короткого действия и НПХ-инсулинов, то есть в смеси они действуют раздельно. Перед введением следует тщательно перемешать	
Готовые смеси аналогов инсулинов ультракороткого действия и протаминовых аналогов инсулинов ультракороткого действия	Инсулин лизпро двухфазный (ХумалогМикс 25, ХумалогМикс 50) Инсулин аспарт двухфазный (Новомикс 30)	Начало, пик и длительность действия такие же, как у инсулинов ультракороткого действия и НПХ-инсулинов, то есть в смеси они действуют раздельно. Перед введением следует тщательно перемешать	
Готовые комбинации аналогов инсулинов сверхдлительного действия и аналогов инсулина ультракороткого действия	Инсулин деглудек + инсулин аспарт в соотношении 70/30 (Райзодег)	Начало, пик и длительность действия такие же, как у инсулинов сверхдлительного действия и аналогов инсулина ультракороткого действия, то есть в комбинации они действуют раздельно	

**Выбор режима инсулинотерапии и подбор суточной дозы осуществляет эндокринолог.

Запас инсулина должен храниться при температуре +2...+8° С. Флаконы с инсулином или шприц-ручки, которые используются для ежедневных инъекций, хранятся при комнатной температуре (до +30° С) в течение одного месяца. Перед введением инсулин должен иметь комнатную температуру.

Рациональные комбинации сахароснижающих препаратов

	Метформин	иДПП-4	ПСМ/ глиниды	ТЗД	иНГЛТ-2	арГПП-1	Базальный инсулин ³	Инсулин короткого действия ³
Метформин		+	+	+	+	+	+	+
иДПП-4	+		+	+	+	НР	+	НР
ПСМ/ глиниды	+	+		+	+	+	+	НР
ТЗД	+	+	+		+	+	НР ¹	НР ¹
иНГЛТ-2	+	+	+	+		+ ²	+	+
арГПП-1	+	НР	+	+	+ ²		+	НР
Базальный инсулин ³	+	+	+	НР ¹	+	+		+
Инсулин короткого действия ³	+	НР	НР	НР ¹	+	НР	+	

Примечания:

+ рациональная комбинация, НР – нерациональная комбинация;

¹ за исключением подтвержденных случаев выраженной инсулинорезистентности;

² у отдельных препаратов не внесена в инструкцию;

³ включая аналоги инсулина.

Нерациональные комбинации сахароснижающих препаратов

- ПСМ + Глинид;
- арГПП-1 + иДПП-4;
- два ПСМ;
- ТЗД + инсулин*;
- ИКД (ИУКД) + иДПП-4 или арГПП-1, или Глинид, или ПСМ.

*За исключением подтвержденных случаев выраженной инсулинорезистентности.

Персонализация выбора сахароснижающих препаратов

Проблема	Рекомендованы (приоритет)	Безопасны/нейтральны	Не рекомендованы
Наличие сердечно-сосудистых факторов риска	Возможно эффективны в качестве первичной профилактики: • иНГЛТ-2 • арГПП-1	• Метформин • ПСМ • иДПП-4 • ТЗД • акарбоза • инсулины	
Сердечно-сосудистые заболевания атеросклеротического генеза (АССЗ) (кроме хронической сердечной недостаточности)	• иНГЛТ-2 • арГПП-1 (лираглутид, дулаглутид, семаглутид)	• Метформин • ПСМ • иДПП-4 • арГПП-1 • ТЗД • акарбоза • инсулины	• ПСМ (глибенкламид)
Хроническая сердечная недостаточность	• иНГЛТ-2	• Метформин • ПСМ (осторожность при выраженной декомпенсации) • иДПП-4 • арГПП-1 • акарбоза • инсулины (осторожность на старте)	• ПСМ (глибенкламид) • иДПП-4 (саксаглиптин) • ТЗД

Проблема	Рекомендованы (приоритет)	Безопасны/нейтральны	Не рекомендованы
ХБП С 1-3а (СКФ > 45 мл/мин./ 1,73 м ²)	<ul style="list-style-type: none"> • иНГЛТ-2 • арГПП-1 (лираглутид, семаглутид) • ПСМ (гликлазид МВ) 	<ul style="list-style-type: none"> • Метформин • ПСМ • иДПП-4 • арГПП-1 • ТЗД • акарбоза • инсулины 	<ul style="list-style-type: none"> • ПСМ (глибенкламид при СКФ < 60 мл/мин./1,73 м²)
ХБП С3б-5 (СКФ < 45 мл/мин./ 1,73 м ²)		<ul style="list-style-type: none"> • Метформин (до ХБП С3б) • ПСМ (до ХБП С4) • иДПП-4 • арГПП-1 (лираглутид, дулаглутид до ХБП С4) • инсулины 	<ul style="list-style-type: none"> • Метформин (при СКФ < 30 мл/мин./1,73 м²) • ПСМ (глибенкламид) • иДПП-4 (гозоглиптин) • иНГЛТ-2 (ипраглифлозин при СКФ < 30 мл/мин./1,73 м²) • арГПП-1 (при СКФ < 30 мл/мин./1,73 м²) • ТЗД • акарбоза
Ожирение	<ul style="list-style-type: none"> • Метформин • арГПП-1 • иНГЛТ-2 	<ul style="list-style-type: none"> • иДПП-4 • акарбоза 	<p>Вызывают прибавку массы тела (но при клинической необходимости должны быть назначены без учета этого эффекта)</p> <ul style="list-style-type: none"> • ПСМ • ТЗД • инсулины
Гипогликемии	<p>Препараты с низким риском:</p> <ul style="list-style-type: none"> • метформин • арГПП-1 • ТЗД 	<ul style="list-style-type: none"> • иДПП-4 • иНГЛТ-2 • акарбоза 	<p>Препараты с высоким риском:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ПСМ/глиниды • инсулины

Сахароснижающие препараты, допустимые к применению на различных стадиях ХБП

Препараты	Стадия ХБП
Метформин	С 1–3*
Глибенкламид (в т. ч. микронизированный)	С 1–2
Гликлазид и гликлазид МВ	С 1–4*
Глимепирид	С 1–4*
Гликвидон	С 1–4
Глипизид и глипизид ретард	С 1–4*
Репаглинид	С 1–4
Натеглинид	С 1–3*
Пиоглитазон	С 1–4
Росиглитазон	С 1–4
Ситаглиптин	С 1–5*
Вилдаглиптин	С 1–5*
Саксаглиптин	С 1–5*
Линаглиптин	С 1–5
Алоглиптин	С 1–5*

Препараты	Стадия ХБП
Гозоглиптин	С 1–3а
Эквоглиптин	С 1–4*
Эксенатид	С 1–3
Лираглутид	С 1–4
Ликсисенатид	С 1–3
Дулаглутид	С 1–4
Семаглутид	С 1–4
Акарбоза	С 1–3
Дапаглифлозин	С 1–3а
Эмпаглифлозин	С 1–3а
Канаглифлозин	С 1–3а
Ипраглифлозин	С 1–3
Эртуглифлозин**	С 1–3а
Инсулины, включая аналоги	С 1–5*

Примечания

*При ХБП С 3б–С 5 необходима коррекция дозы препарата.

Необходимо помнить о повышении риска развития гипогликемии у больных на инсулинотерапии по мере прогрессирования заболевания почек от ХБП С 1–2 до С 3–5, что требует снижения дозы инсулина.

**Регистрация препарата в РФ ожидается в 2019 г.

9. ПОСЛЕДСТВИЯ ПЕРЕНЕСЕННЫХ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

(I69.0; I69.1; I69.2; I69.3; I69.4; I67.8)

Выявление пациента с данным заболеванием:	терапевт/ВОП
Установление диагноза:	терапевт/ВОП, невролог
Назначение медикаментозного и немедикаментозного метода лечения:	терапевт/ВОП, неврологи
Наблюдение за эффективностью лечения:	терапевт/ВОП, невролог

Заболевание или состояние (группа заболеваний или состояний), при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение	Минимальная периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций)	Контролируемые показатели состояния здоровья в рамках проведения диспансерного наблюдения	Длительность диспансерного наблюдения	Примечания
Последствия перенесенных острых нарушений мозгового кровообращения	Первый год – раз в 3 месяца, затем не реже 1 раза в 6 месяцев	АД (согласно клиническим рекомендациям), ХС-ЛПНП (согласно клиническим рекомендациям)	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога

Последствия цереброваскулярных болезней (I69) Другие уточненные поражения сосудов мозга (I67.8)

Диагностика заболевания

Жалобы и анамнез:

- головные боли;
- головокружение;
- шум в голове;
- нарушение сна;
- преходящая потеря мышечного тонуса;
- двигательные и чувствительные расстройства;
- мнестические расстройства;
- когнитивные расстройства;
- нарушения речи и другие;
- нарушения высших корковых функций, различные парестезии, артропатии;
- в анамнезе ишемический инсульт (атеротромботический, кардиоэмболический, лакунарный инфаркт или ишемический инсульт другой установленной и не установленной этиологии), геморрагический инсульт.

Диагностические критерии:

- общемозговая симптоматика;
- нарушения со стороны иннервации черепно-мозговых нервов;
- двигательные и чувствительные расстройства;
- нарушения статики и координации движений;
- когнитивные и мнестические расстройства нарушения речи и другие нарушения высших корковых функций.

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные лабораторные исследования:

- общий анализ крови и мочи;
- исследование реологических свойств крови и системы гемостаза – агрегации тромбоцитов и эритроцитов, вязкости крови;
- биохимическое исследование крови (общий холестерин, ЛПНП, ЛПВП, ТГ, креатинин, глюкоза крови).

Обязательные инструментальные исследования:

- измерение АД;
- ультразвуковая доплерография (при наличии атеросклероза сонных артерий);
- электроэнцефалография (при судорожных состояниях);
- электрокардиография;
- эхокардиография (по показаниям);
- холтеровское суточное мониторирование сердечного ритма (при ишемическом инсульте неуточненной этиологии).

Дополнительные диагностические мероприятия:

- ультразвуковое исследование сонных, позвоночных и внутримозговых артерий (УЗДГ, дуплексное сканирование, транскраниальная доплерография), а при наличии соответствующих показаний – МРТ-ангиография;
- углубленное исследование сердечной деятельности, наряду с ЭКГ, проведение холтеровского мониторирования ЭКГ, велоэргометрии, эхокардиографии;
- 24-часовое мониторирование АД;
- компьютерная томография или МРТ головного мозга при непроведении их в период острого инсульта;
- КТ-ангиография при геморрагическом инсульте неясной этиологии.

Консультации специалистов:

- аритмия – кардиолог;
- аортальный стеноз – кардиолог, ангиохирург;
- эпилептические припадки – невролог;
- геморрагический инсульт не уточненной этиологии – нейрохирург (исключение аневризмы и мальформации);
- неясный диагноз – онколог, инфекционист, нефролог, ревматолог, офтальмолог и др.

Действия терапевта (ВОП) при декомпенсации заболевания (период подбора/коррекции терапии)

Кратность осмотра – по необходимости.

Обязательные лабораторно-инструментальные исследования:

- общий анализ крови и мочи;
- исследование реологических свойств крови и системы гемостаза – агрегации тромбоцитов и эритроцитов, вязкости крови;
- биохимическое исследование крови (общий холестерин, ЛПНП, ЛПВП, ТГ, креатинин, глюкоза крови);
- измерение АД;
- электрокардиография;
- эхокардиография (по показаниям).

Консультации специалистов

Невролог, кардиолог, психиатр.

Показания для экстренной госпитализации:

- сосудистый криз;
- ТИА;
- эпилептический припадок;
- повторный инсульт.

Показания для плановой госпитализации:

- неясный диагноз;
- проведение реабилитационных и профилактических мероприятий;
- подбор постоянной и/или курсовой терапии;
- неэффективность амбулаторного лечения.

Диспансерное наблюдение – пожизненно

Кратность осмотра:

первый год – раз в 3 месяца, затем не реже 1 раза в 6 месяцев.

Лабораторно-инструментальные исследования:

- уровень ОХС, ХС ЛНП, ХС ЛВП, ТГ определяется дважды при взятии под ДН и начале гиполипидемической терапии, далее – 1 раз в 6 мес. в первые 1,5 года, затем – 1 раз в 1–2 года и по показаниям;
- уровень АЛТ, АСТ, КФК – через 1 месяц после начала приема статинов, затем – 1 раз в год;
- уровень глюкозы крови натощак – 1 раз в год;
- уровень креатинина плазмы для расчета СКФ при взятии под ДН и по показаниям;
- у лиц, предъявляющих жалобы на симптомы миопатии на фоне приема статинов, определение активности креатинфосфокиназы крови;
- лабораторный контроль терапии непрямыми антикоагулянтами до 12 раз в год (при их применении) – общий (клинический) анализ крови, развернутый – по показаниям;
- ЭКГ – не менее 1 раза в 6 месяцев;

- ЭхоКГ – по показаниям;
- ультразвуковое исследование сонных артерий для выявления внекардиального атеросклероза (ТИМ, атеросклеротические бляшки) первично при взятии под ДН и далее по показаниям;
- холтеровское мониторирование сердечного ритма при ишемическом инсульте неуточненной этиологии;
- КТ-ангиография при геморрагическом инсульте и назначении нейрохирургом.

Консультации специалистов

Невролог – 1–2 раза в год.

Офтальмолог – 1 раз в год.

Кардиолог – при наличии аритмии.

Психиатр – по показаниям.

Лечение

Изменение образа жизни:

- отказ от курения;
- снижение веса (до достижения нормальных значений ИМТ);
- отказ от алкоголя;
- ограничение потребления поваренной соли (до 5–6 г/сут.);
- регулярные аэробные физические нагрузки;
- соблюдение режима сна и отдыха;
- ограничение животных жиров.

Медикаментозное лечение

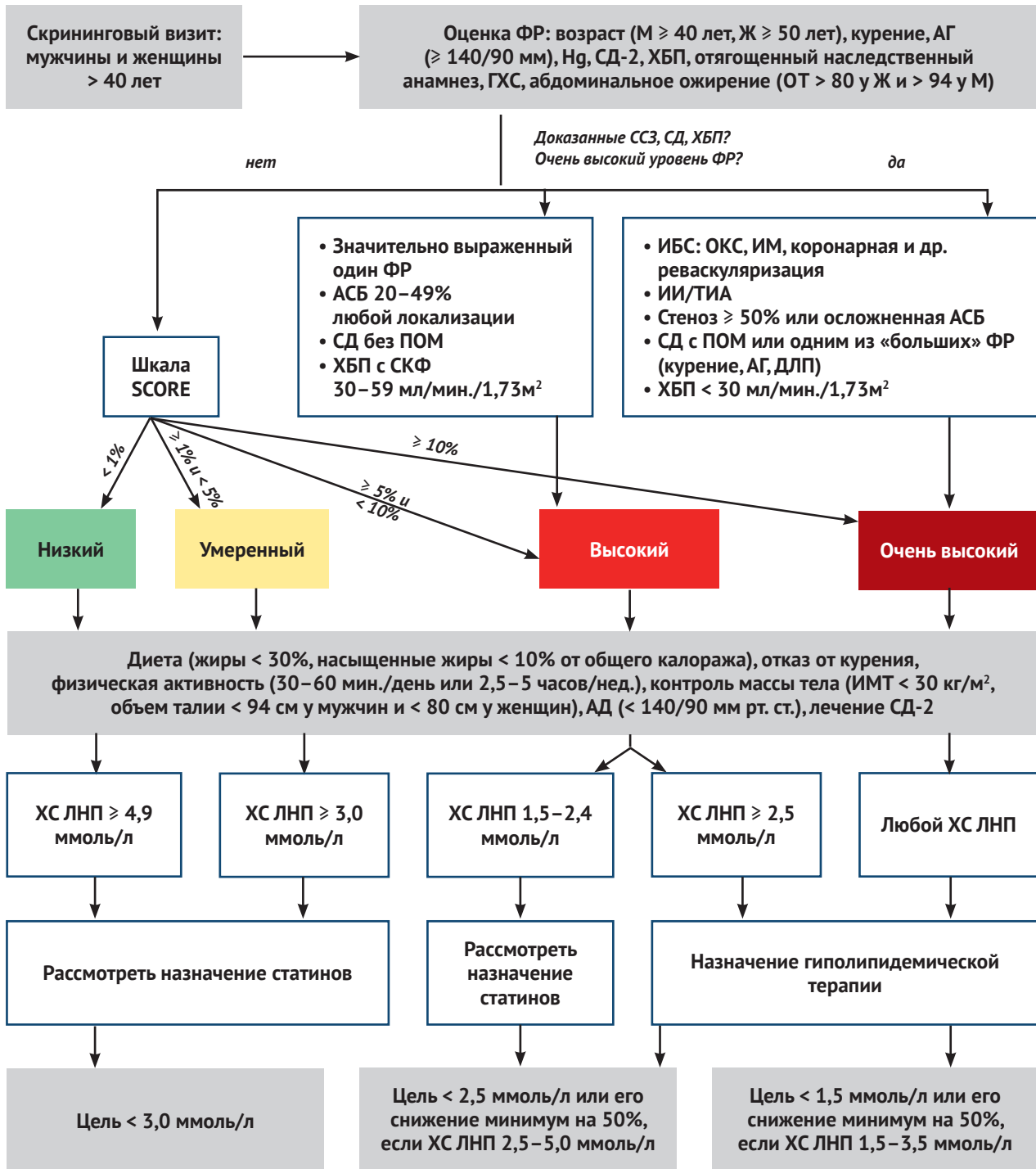
Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Антитромбоцитарная терапия	Монотерапия ацетилсалициловой кислотой (100–325 мг/день)/	Стартовая терапия
	Клопидогрель 75 мг/день при аллергии на аспирин	
Непрямые антикоагулянты	• Варфарин	При последствиях кардиоэмболического инсульта, при аритмиях в дозах, обеспечивающих необходимый уровень МНО или НОАК (дабигатран, ривароксабан, аписабан, доза индивидуальна в зависимости от функции почек)
Терапия статинами высокой интенсивности	• Аторвастатин 20–80 мг в день/ Розувастатин 20 мг/день	Стартовая терапия
Нейротрофическая медикаментозная терапия	• Цитиколин по 1000 мг внутривенно капельно на физрастворе 1–2 раза в сутки; затем раствор для приема внутрь по 200 мг (2 мл) 3 раза в день	Во время продолжения реабилитации. Внутривенно капельно в течение двух недель; раствор для приема внутрь в течение 6–8 недель
	• Винпоцетин 10 мг – 3 раза/сутки	Курс лечения 1–3 месяца
Антидепрессанты	• (Флуоксетин 20 мг)	При депрессии
Антигипертензивная терапия при наличии АГ	• Баклофен (начальная дозировка – 5 мг 2–3 раза в сутки; обычная дозировка – 20–30 мг/сут.) или Толперизон 50–150 мг/сут.	Для снижения тонуса при высокой спастике
	• Зопиклон 7,5 мг/сут.	При бессоннице. Курс лечения не более 4 недель. Учитывая взаимодействие с другими препаратами, нельзя назначать с антидепрессантами, транквилизаторами
	• Антидепрессанты • Карбамазепин или Габапентин	При центральном постинсультном болевом синдроме в индивидуальной дозировке

10. Гиперхолестеринемия

(E78)

Заболевание или состояние (группа заболеваний или состояний), при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение	Минимальная периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций)	Контролируемые показатели состояния здоровья в рамках проведения диспансерного наблюдения	Длительность диспансерного наблюдения	Примечания
Гиперхолестеринемия (при уровне общего холестерина более 8,0 ммоль/л)	Не реже 1 раза в год	ХС-ЛПНП (согласно клиническим рекомендациям)	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям

Алгоритм обследования больных с гиперхолестеринемией в амбулаторной практике



- До начала гиполипидемической терапии оценить АЛТ/АСТ, КФК
- Очередность приоритета назначения статинов: аторвастатин, розувастатин, симвастатин, питевастатин, флувастатин

Противопоказания к использованию статинов:

- активное заболевание печени;
- АЛТ/АСТ > 3 ВГН или КФК > 4 ВГН (повторить анализ);
- лактация или беременность.

Подозрение на ГХС*

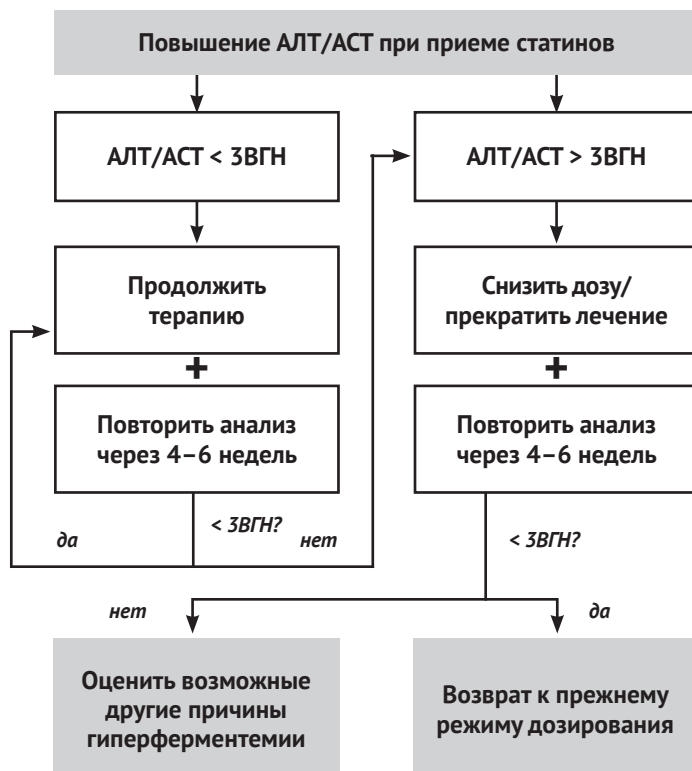
- ОХС ≥ 8 ммоль/л у взрослого, ХС ЛНП > 5 ммоль/л
- Ранняя ИБС у мужчин < 55 лет и женщин < 60 лет
- Сухожильные ксантомы у пациента/члена семьи
- Ранняя сердечная смерть члена семьи

*ГХС – семейная гиперхолестеринемия

Выбор гипOLIпидемической терапии



Контроль переносимости статинов (АЛТ/АСТ)



Кардиологом наблюдаются больные:

- 1) при недостижении целевых уровней ХС ЛНП при комбинированной терапии статинотом и эзетимибом в максимальных дозах;
- 2) при подозрении на наследственные нарушения липидного обмена;
- 3) при непереносимости статинов (повышение КФК).

11. Эзофагит

(эозинофильный, химический, лекарственный)

(K20)

Выявление пациента с данным заболеванием:	терапевт/ВОП
Установление диагноза:	терапевт/ВОП, гастроэнтеролог
Назначение медикаментозного и немедикаментозного метода лечения:	терапевт/ВОП, гастроэнтерологи
Наблюдение за эффективностью лечения:	терапевт/ВОП, гастроэнтеролог

Заболевание или состояние (группа заболеваний или состояний), при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение	Минимальная периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций)	Контролируемые показатели состояния здоровья в рамках проведения диспансерного наблюдения	Длительность диспансерного наблюдения	Примечания
Эзофагит (эозинофильный, химический, лекарственный)	Не реже 1 раза в 6 месяцев	Отсутствие рецидивов эрозивного процесса по данным эзофагогастродуоденоскопии < 12 >	В течение 3 лет с момента последнего обострения	Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога по медицинским показаниям

Диагностика заболевания

Типичные жалобы:

- дисфагия (затруднение при глотании твердой пищи);
- эпизоды вклинения пищевого комка в пищевод;
- боль в грудной клетке, не связанная с глотанием.
- изжога

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные лабораторные исследования:

- общий анализ крови;
- общий анализ мочи.

Дополнительные исследования:

биохимический анализ крови (общий белок, альбумин, С-реактивный белок, сиаловые кислоты, глюкоза, АлАТ, АсАТ, билирубин, амилаза, ЩФ, мочевины, креатинин, электролиты), HbS антиген, антитела к вирусу С.

Обязательные инструментальные исследования:

- эзофагогастродуоденоскопия с биопсией.

Дополнительные инструментальные исследования:

- рентгенологическое исследование;
- эзофагоскопия;
- эзофагоманометрия (фиксирует различные по характеру нарушения моторики пищевода);
- мониторинг рН-метрия пищевода.

Консультации специалистов

Гастроэнтеролог, аллерголог, эндоскопист.

Действия терапевта (ВОП) при декомпенсации заболевания (период подбора/коррекции терапии)

Кратность осмотра –

по необходимости.

Обязательные лабораторно-инструментальные исследования:

- ОАК;
- ЭГДС;
- УЗИ.

Консультации специалистов

Гастроэнтеролог – при неэффективности лечения.

Показания для плановой госпитализации –

нарастание дисфагии следует расценивать как основание для плановой госпитализации.

Показания для экстренной госпитализации –

острая обтурационная дисфагия (эпизод вклинения пищи в пищевод) служит показанием для экстренной госпитализации и проведения немедленной ЭГДС.

Диспансерное наблюдение – пожизненно

Кратность осмотра –

в течение 3 лет с момента последнего обострения.

Лабораторно-инструментальные исследования:

- клинический анализ крови – 1 раз в год;
- клинический анализ мочи – 1 раз в год;
- ЭГДС с биопсией – 1 раз в 1–2 года.

Консультации специалистов

Гастроэнтеролог.

Лечение

Изменение образа жизни:

- отказ от курения;
- снижение веса (до достижения нормальных значений ИМТ);
- отказ от алкоголя;
- после принятия пищи избегать наклонов вперед, не ложиться в течение 1,5 часа;
- спать с приподнятым не менее чем на 15 см головным концом кровати;
- не носить тесную одежду и тугие пояса;
- ограничить потребление продуктов, которые агрессивно действуют на слизистую оболочку пищевода (жиры, алкоголь, кофе, шоколад, цитрусовые);
- селективная диета при эозинофильном эзофагите.

Медикаментозная терапия:

- ИПП (рекомендуемой дозой ИПП является 20–40 мг омепразола или эквивалентных доз других ИПП, дважды в день);
- топические стероиды при ЭоЭ – Флутиказон (впрыск-глоток) 440–880 мкг дважды в день, Будесонид (густая суспензия) – 2 мг в день;
- прием антацидов симптоматически;
- прокинетики;
- анальгетики, седативные средства.

Хирургическое лечение

Показаниями к оперативному лечению являются:

- безуспешность консервативного лечения;
- осложнения эзофагита (стриктуры, повторные или массивные кровотечения);
- частые аспирационные пневмонии;
- пищевод Барретта (из-за опасности малигнизации).

12. ПИЩЕВОД БАРРЕТТА

(K22.7)

Выявление пациента с данным заболеванием:	терапевт/ВОП
Установление диагноза после морфологического подтверждения:	гастроэнтеролог
Назначение медикаментозного и немедикаментозного метода лечения:	терапевт/ВОП
Наблюдение за эффективностью лечения:	терапевт/ВОП, гастроэнтеролог

При неэффективности терапии – консультация гастроэнтеролога.

Терапевт – наблюдение за эффективностью лечения, гастроэнтеролог – при выявлении кишечной дисплазии.

Заболевание или состояние (группа заболеваний или состояний), при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение	Минимальная периодичность приемов (осмотров, консультаций)	Контролируемые показатели состояния здоровья в рамках проведения диспансерного наблюдения	Длительность диспансерного наблюдения	Примечания
Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом (без цилиндроклеточной метаплазии – без пищевода Барретта) K21.0	Не реже 1 раза в 6 месяцев	Отсутствие рецидивов эрозивного процесса по данным ЭГДС	В течение 5 лет с момента последнего обострения	Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога по медицинским показаниям
Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом и цилиндрической метаплазией – пищевод Барретта K21.0	Не реже 1 раза в 6 месяцев или по рекомендации врача-гастроэнтеролога	Отсутствие прогрессирования эндоскопических и морфологических изменений по данным ЭГДС с биопсией	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога 1 раз в год. Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям. Прием (осмотр, консультация) врача-хирурга по медицинским показаниям

Диагностика заболевания

Для диагностики заболевания необходимо морфологическое подтверждение наличия кишечной метаплазии, слизистой оболочки в дистальном отделе пищевода.

Симптомы заболевания

(такие же, как и при других формах ГЭРБ):

- изжога (чувство жжения за грудиной), регургитация (отрыжка кислым, горьким, пищей), загрудинная боль;
- внепищеводные проявления, обусловленные рефлюксом, – кашель рефлюксной природы, бронхиальная астма рефлюксной природы, ларингит, фарингит, синуситы, стоматит, эрозии зубной эмали, рецидивирующий средний отит.

Действия терапевта (ВОП) при декомпенсации заболевания

Обязательные лабораторные исследования:

- клинический анализ крови;
- анализ кала на скрытую кровь.

Дополнительные лабораторные исследования:

- возможна неинвазивная диагностика *H. pylori* (один из методов):
 - ¹³C-уреазный дыхательный тест или определение антигена *H. pylori* в кале (при наличии в МО). Могут быть ложноотрицательными на фоне приема ИПП за 14 дней до теста, антибиотиков, препаратов висмута за 30 дней до теста. Эти методы также рекомендованы для оценки эффективности лечения (через 30 дней после его завершения);
 - определение антител к *H. pylori* класса IgG в крови у лиц, ранее не получавших антихеликобактерную терапию (при наличии в МО).

Обязательные инструментальные исследования:

- ЭКГ;
- ЭГДС (предпочтительно узкоспектральная эндоскопия – NBI) с выполнением биопсии слизистой оболочки пищевода №3–6 для проведения морфологической диагностики и из антрального отдела желудка для выявления *H. pylori* (морфологическое исследование и/или быстрый уреазный тест).

Консультации специалистов

Гастроэнтеролог – для установления диагноза; при наличии дисфагии/одинофагии;

ГЭРБ с внепищеводными проявлениями;

положительный тест на *H. pylori* при наличии в анамнезе ранее проводимой антихеликобактерной терапии.

Хирург – при сочетании ГЭРБ с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы;

при наличии стриктуры дистального отдела пищевода, язвы или эрозивного эзофагита, осложненного рецидивирующим кровотечением.

Действия терапевта (ВОП) при декомпенсации заболевания (период подбора/коррекции терапии)

При усилении симптомов ГЭРБ.

Кратность осмотра – 1 раз в 10–14 дней.

Обязательные лабораторно-инструментальные исследования

- ЭГДС – однократно (в начале лечения).

Консультации специалистов

Гастроэнтеролог – при наличии дисфагии/одинофагии;

ГЭРБ с внепищеводными проявлениями;

положительный тест на *H. pylori* при наличии в анамнезе ранее проводимой антихеликобактерной терапии;

при циркулярном поражении пищевода выше 3 см от кардии и наличии «язычка» протяженностью более 3 см выше кардии.

Хирург – при сочетании ГЭРБ с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы;

при наличии стриктуры дистального отдела пищевода, язвы или эрозивного эзофагита, осложненного рецидивирующим кровотечением.

Диспансерное наблюдение – пожизненно

Кратность осмотра – 1 раз в 6 месяцев с оценкой эффективности контроля симптомов ГЭРБ.

Обязательные лабораторно-инструментальные исследования:

- ЭГДС с биопсией:
 - 1 раз в год – при кишечной метаплазии эпителия пищевода, дисплазии эпителия пищевода низкой степени,
 - 2 раза в год – при дисплазии эпителия пищевода высокой степени;
- клинический анализ крови – 1 раз в год;
- анализ кала на скрытую кровь – 1 раз в год.

Консультации специалистов

Гастроэнтеролог – 1 раз в год.

Онколог – при малигнизации процесса.

Хирург – при морфологическом выявлении дисплазии, при наличии стриктуры дистального отдела пищевода.

Лечение

Изменение образа жизни:

- диетические рекомендации – отказ от приема пищи, вызывающей изжогу, уменьшение объема порций (дробное питание), последний прием пищи не позднее чем за 2 часа до сна;
- снижение массы тела (при избыточной массе тела и ожирении);
- устранение факторов и состояний, приводящих к повышению внутрибрюшного давления (абдоминальное ожирение, хронический запор, метеоризм);
- сон с приподнятым головным концом кровати.

Медикаментозное лечение

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Препараты, ингибирующие протонный насос*		
Пищевод Барретта	<ul style="list-style-type: none"> • Омепразол 20–80 мг/сут. • Пантопризол 40–80 мг/сут. • Рабепразол 10–20 мг/сут. • Эзомепразол 20–40 мг/сут. • Лансопризол 30 мг/сут. • Декслансопризол 30–60 мг/сут. 	Длительность лечения: <ul style="list-style-type: none"> • основная терапия – 8–12 месяцев; • поддерживающая терапия – постоянно (индивидуальный подбор минимальной эффективной дозы)

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Антацидные препараты		
Симптоматическая терапия, в комбинации с ИПП (в первые дни приема)	<ul style="list-style-type: none"> Карбонат кальция 0,5–2 г/сут. Фосфат алюминия 0,75–3 г/сут. Гидроксид магния 15–45 мл/сут. 	Длительность лечения – 4 недели
Монотерапия, симптоматическая терапия, в комбинации с ИПП	<ul style="list-style-type: none"> Натрия альгинат 20–80 мл/сут. 	Возможен длительный прием
Прокинетики		
При наличии симптомов сопутствующей функциональной диспепсии, ассоциированных с нарушением моторики	<ul style="list-style-type: none"> Итоприда гидрохлорид 50–150 мг/сут. 	Длительность лечения – 4 недели
Препараты урсодезоксихолевой кислоты При наличии дуоденального ГЭР	<ul style="list-style-type: none"> УДХК 500–1000 мг/сут. 	Длительно

*ИПП назначаются за 30 минут до приема пищи, это требование не распространяется на деклансопрозол.

Эрадикационная терапия назначается при обнаружении *H. pylori*.

Терапия первой линии (курс 14 дней)

1-й компонент схемы	2-й компонент схемы	3-й компонент схемы	4-й компонент схемы
ИПП (омепразол 20 мг, пантопразол 40 мг, эзомепразол 20 мг, рабепразол 20 мг или лансопразол 30 мг)* 2 раза в день за 30 минут до приема пищи	Амоксициллин 1000 мг 2 раза в день	Кларитромицин 500 мг 2 раза в день или Джозамицин 1000 мг 2 раза в день	Висмута трикалия дицитрат 240 мг 2 раза в день

* Эзомепразол и рабепразол более эффективны, чем омепразол, лансопразол и пантопразол. Двойная доза ИПП повышает эффективность эрадикации.

При непереносимости препаратов пенициллинового ряда (курс 14 дней)

1-й компонент схемы	2-й компонент схемы	3-й компонент схемы	4-й компонент схемы
ИПП (омепразол 20 мг, пантопразол 40 мг, эзомепразол 20 мг, рабепразол 20 мг или лансопразол 30 мг)* 2 раза в день за 30 минут до приема пищи	Метронидазол 500 мг 3 раза в день или Тинидазол 500 мг 2 раза в день	Тетрациклин 1000 мг 2 раза в день	Висмута трикалия дицитрат 120 мг 4 раза или 240 мг 2 раза в день

* Эзомепразол и рабепразол более эффективны, чем омепразол, лансопразол и пантопразол. Двойная доза ИПП повышает эффективность эрадикации.

Через 30 дней после завершения приемов препаратов схемы эрадикации должно быть проведено исследование на *H. pylori* (контроль эффективности эрадикации). Определение антител к *H. pylori* класса IgG в крови у лиц, получавших антихеликобактерную терапию, не может быть использовано для контроля эрадикации.

Немедикаментозное лечение

Хирургические методы лечения (в т. ч. эндоскопическая хирургия) – при наличии пищевода Барретта с достаточно протяженным сегментом, структуры пищевода и осложнений, связанных с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы.

13. ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ

(K21.0; K21.9)

Выявление пациента с данным заболеванием: терапевт/ВОП

Установление диагноза: терапевт/ВОП

При подозрении на внепищеводные проявления: гастроэнтеролог

Назначение медикаментозного и немедикаментозного
метода лечения: терапевт/ВОП

При неэффективности терапии: гастроэнтеролог

Наблюдение за эффективностью лечения: терапевт/ВОП

Диагностика заболевания

Для диагностики заболевания необходимо наличие симптомов заболевания из пункта «а» и/или рефлюкс-эзофагита.

Симптомы заболевания:

- изжога (чувство жжения за грудиной), регургитация (отрыжка кислым, горьким, пищей), загрудинная боль;
- внепищеводные проявления, обусловленные рефлюксом, – кашель рефлюксной природы, бронхиальная астма рефлюксной природы, ларингит, фарингит, синуситы, стоматит, эрозии зубной эмали, рецидивирующий средний отит.

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные лабораторные исследования:

- клинический анализ крови;
- анализ кала на скрытую кровь.

Дополнительные лабораторные исследования:

- неинвазивная диагностика *H. pylori*:
 - ¹³C-уреазный дыхательный тест или определение антигена *H. Pylori* в кале (при наличии в МО). Могут быть ложноотрицательными на фоне приема ИПП за 14 дней до теста, антибиотиков, препаратов висмута, которые должны быть отменены за 30 дней до теста. Эти методы также рекомендованы для оценки эффективности лечения (через 30 дней после его завершения);
 - определение антител к *H. pylori* класса IgG в крови у лиц, ранее не получавших антихеликобактерную терапию.

Обязательные инструментальные исследования:

- ЭКГ;
- ЭГДС с биопсией слизистой оболочки пищевода для проведения морфологической диагностики (при подозрении на пищевод Барретта, при язве пищевода) и из антрального отдела желудка для выявления *H. pylori* (морфологическое исследование и/или быстрый уреазный тест);
- рентгеноскопия пищевода и желудка с контрастированием (при невозможности проведения ЭГДС).

Консультации специалистов

Гастроэнтеролог:

- при тяжелом рефлюкс-эзофагите;
- при наличии дисфагии/одинофагии;
- ГЭРБ с внепищеводными проявлениями;
- при наличии положительного теста на *H. pylori*;
- при наличии в анамнезе ранее проводимой антихеликобактерной терапии.

Пульмонолог:

- при наличии кашля и бронхиальной астмы и подозрении на их рефлюксную этиологию.

Оториноларинголог:

- фарингит, ларингит, рецидивирующий средний отит – при подозрении на их рефлюксную этиологию.

Стоматолог:

- стоматит, эрозии зубной эмали – при подозрении на их рефлюксную этиологию.

Хирург:

- при сочетании с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы;
- при наличии язвы, стриктуры дистального отдела пищевода или эрозивного эзофагита, осложненного рецидивирующим кровотечением.

Невролог/психотерапевт – при вовлечении психоэмоциональной сферы.

Действия терапевта (ВОП) при декомпенсации заболевания (период подбора/коррекции терапии)

Кратность осмотра –

1 раз в 2 недели.

Обязательные инструментальные исследования:

- ЭГДС (при эрозивно-язвенной форме ГЭРБ) – через 4–8 недель от начала терапии;
- гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.

Консультации специалистов

Гастроэнтеролог – при рецидивирующем течении ГЭРБ; неэффективности медикаментозного лечения; непереносимости лечения или аллергической реакции при проведении первой линии антихеликобактерной терапии.

Диспансерное наблюдение

В течение 5 лет с момента последнего обострения.

Пациенты с эндоскопически негативной ГЭРБ не нуждаются в наблюдении.

Кратность осмотра –

- 1 раз в 6 месяцев (в течение 5 лет).

Обязательные лабораторно-инструментальные исследования:

- клинический анализ крови;
- анализ кала на скрытую кровь – 1 раз в год;
- ЭГДС – кратность проведения определяется гастроэнтерологом.

Консультации специалистов

Гастроэнтеролог – при рефрактерном и рецидивирующем течении ГЭРБ – 1 раз в год.

Лечение

Изменение образа жизни:

- диетические рекомендации – отказ от приема пищи, вызывающей изжогу; уменьшение объема порций (дробное питание); последний прием пищи не позднее чем за 2 часа до сна.

Алгоритмы ведения пациентов:

- снижение массы тела (при избыточной массе тела – ИМТ больше 25 кг/м² и ожирении);
- устранение факторов и состояний, приводящих к повышению внутрибрюшного давления (абдоминальное ожирение, хронический запор, метеоризм);
- сон с приподнятым головным концом кровати.

Медикаментозное лечение

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Препараты, ингибирующие протонный насос*		
ГЭРБ	<ul style="list-style-type: none"> Омепразол 10–80 мг/сут. Пантопразол 20–40 мг/сут. Рабепразол 10–20 мг/сут. Эзомепразол 20–40 мг/сут. 	Длительность лечения: <ul style="list-style-type: none"> эндоскопически негативная ГЭРБ – 4–6 недель; эрозивный/язвенный эзофагит – 8–16 недель
Антацидные препараты		
Симптоматическая терапия, в комбинации с ИПП (в первые дни приема)	<ul style="list-style-type: none"> Карбонат кальция 0,5–2 г/сут. Фосфат алюминия 0,75–3 г/сут. Гидроксид магния 15–45 мл/сут. 	Длительность лечения: 4 недели. Применяется как монотерапия при непереносимости или неэффективности ИПП
Монотерапия, симптоматическая терапия, в комбинации с ИПП	<ul style="list-style-type: none"> Натрия альгинат 20–80 мл/сут. 	
Прокинетики		
При наличии симптомов сопутствующей функциональной диспепсии, ассоциированных с нарушением моторики	<ul style="list-style-type: none"> Домперидон 30–80 мг/сут. Итоприда гидрохлорид 50–150 мг/сут. 	Длительность лечения: 2–4 недели. Домперидон с осторожностью у лиц пожилого возраста

*ИПП назначаются за 30 минут до приема пищи, это требование не распространяется на деклансопразол.

Эрадикационная терапия назначается при обнаружении *H. pylori* и наличии показаний к длительному приему ИПП.

Терапия первой линии (курс 14 дней)

1-й компонент схемы	2-й компонент схемы	3-й компонент схемы	4-й компонент схемы
ИПП (омепразол 20 мг, пантопразол 40 мг, эзомепразол 20 мг, рабепразол 20 мг или лансопразол 30 мг)* 2 раза в день за 30 минут до приема пищи	Амоксициллин 1000 мг 2 раза в день	Кларитромицин 500 мг 2 раза в день или Джозамицин 1000 мг 2 раза в день	Висмута трикалия дицитрат 240 мг 2 раза в день

* Эзомепразол и рабепразол более эффективны, чем омепразол, лансопразол и пантопразол. Двойная доза ИПП повышает эффективность эрадикации.

При непереносимости препаратов пенициллинового ряда (курс 14 дней)

1-й компонент схемы	2-й компонент схемы	3-й компонент схемы	4-й компонент схемы
ИПП (омепразол 20 мг, пантопразол 40 мг, эзомепразол 20 мг, рабепразол 20 мг или лансопразол 30 мг)* 2 раза в день за 30 минут до приема пищи	Метронидазол 500 мг 3 раза в день или Тинидазол 500 мг 2 раза в день	Тетрациклин 1000 мг 2 раза в день	Висмута трикалия дицитрат 120 мг 4 раза или 240 мг 2 раза в день

* Эзомепразол и рабепразол более эффективны, чем омепразол, лансопразол и пантопразол. Двойная доза ИПП повышает эффективность эрадикации.

Через 30 дней после завершения приемов препаратов схемы эрадикации должно быть проведено исследование на *H. pylori* (контроль эффективности эрадикации). Определение антител к *H. pylori* класса IgG в крови у лиц, получавших антихеликобактерную терапию, не может быть использовано для контроля эрадикации.

14–15. ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И/ИЛИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

(K25; K26)

Выявление пациента с данным заболеванием:	терапевт/ВОП
Установление диагноза:	терапевт/ВОП
Назначение медикаментозного и немедикаментозного метода лечения:	терапевт/ВОП
При неэффективности терапии:	консультация гастроэнтеролога
Наблюдение за эффективностью лечения:	терапевт/ВОП

Заболевание или состояние (группа заболеваний или состояний), при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение	Минимальная периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций)	Контролируемые показатели состояния здоровья в рамках проведения диспансерного наблюдения	Длительность диспансерного наблюдения	Примечания
Язвенная болезнь желудка K25	Не реже 1 раза в 6 месяцев	Отсутствие или уменьшение частоты рецидивов	В течение всей жизни с момента установления диагноза (или до выявления малигнизации)	Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога – 1 раз в год, прием (осмотр, консультация) врача-онколога – по медицинским показаниям
Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки K26	Не реже 1 раза в год	Отсутствие или уменьшение частоты рецидивов	В течение 5 лет с момента последнего обострения	Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога – по медицинским показаниям

Диагностика заболевания

Для диагностики заболевания обязательно наличие язвенного дефекта в желудке или двенадцатиперстной кишке и/или рубцовой деформации по данным ЭГДС.

Симптомы заболевания, данные анамнеза:

- боли в эпигастральной области (верхней половине живота), чаще натощак или после приема пищи;
- прием НПВП в анамнезе;
- данные о наличии *H. pylori*.

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные лабораторные исследования:

- клинический анализ крови;
- анализ кала на скрытую кровь;
- цитологическое исследование отпечатков гастробиоптата (при наличии в МО);
- неинвазивная диагностика *H. pylori*:
 - ¹³C-уреазный дыхательный тест или определение антигена *H. Pylori* в кале (при наличии в МО). Могут быть ложноотрицательными на фоне приема ИПП за 14 дней до теста, антибиотиков, препаратов висмута, которые должны быть отменены за 30 дней до теста. Эти методы также рекомендованы для оценки эффективности лечения (через 30 дней после его завершения);
 - определение антител к *H. pylori* класса IgG в крови у лиц, ранее не получавших антихеликобактерную терапию.

Обязательные инструментальные исследования:

- ЭКГ;
- ЭГДС с биопсией из края язвы желудка для проведения морфологической диагностики № 6–9 и из антрального отдела желудка выявления *H. Pylori*;
- язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки (морфологическое исследование и/или быстрый уреазный тест);
- УЗИ органов брюшной полости.

Консультации специалистов

Гастроэнтеролог:

- при непереносимости лечения или аллергической реакции при проведении первой линии антихеликобактерной терапии (в том числе в анамнезе);
- при положительном тесте на *H. pylori* и наличии в анамнезе ранее проводимой антихеликобактерной терапии;
- при осложненном течении язвенной болезни (стеноз, признаки состоявшегося кровотечения).

Хирург:

- в экстренном порядке – при наличии клинических признаков перфорации язвы или кровотечения из язвы;
- в плановом порядке – для решения вопроса о целесообразности оперативного лечения язвенной болезни при наличии осложнений (пилоробульбарный стеноз, пенетрация язвы, кровотечение в анамнезе).

Невролог/психотерапевт – при выявлении отклонений в психоземotionalной сфере.

Действия терапевта (ВОП) до рубцевания язвенного дефекта при декомпенсации заболевания (период подбора/коррекции терапии)

Кратность осмотра – 1 раз в 2 недели.

Лабораторно-инструментальные исследования:

- при язвах ДПК – ЭГДС – через 3 недели лечения, при язвах желудка – через 3 недели с биопсиями 2–4 и далее каждые 3 недели, вплоть до рубцевания язвенного дефекта;
- исследование на *H. pylori*: ¹³C-уреазный дыхательный тест или антиген *H. pylori* в кале (при наличии в МО) через 30 дней после завершения приема препаратов схемы эрадикации. Определение антител к *H. Pylori* класса IgG в крови у лиц, получавших антихеликобактерную терапию;
- не может быть использовано для контроля эрадикации.

Консультации специалистов

Гастроэнтеролог:

- при длительно нерубцующейся язве (более 21 суток), множественных язвах;
- при непереносимости лечения или аллергической реакции при проведении первой линии антихеликобактерной терапии.

Хирург:

- для решения вопроса о целесообразности оперативного лечения язвенной болезни при наличии осложнений (пилоробульбарный стеноз, пенетрация язвы, рецидивирующее кровотечение).

Онколог – при подозрении на малигнизацию.

Госпитализация в стационар

Язвенная болезнь в фазе обострения при наличии следующих указаний:

- язва желудка более 1 см, язва луковицы двенадцатиперстной кишки более 0,5 см;
- часто рецидивирующее течение (обострение 3 раза в год и чаще);
- пилоробульбарный стеноз;
- длительно нерубцующаяся язва.

Диспансерное наблюдение – до 5 лет ремиссии

Кратность осмотра – 2 раза в год.

Обязательные лабораторно-инструментальные исследования:

- клинический анализ крови – 2 раза в год;
- анализ кала на скрытую кровь – 2 раза в год;
- ЭГДС (биопсия – по показаниям) – 1 раз в год.

Консультации специалистов

Гастроэнтеролог – 1 раз в год.

Лечение

Изменение образа жизни

Диетические рекомендации – полноценное питание с исключением продуктов, имеющих высокую кислотность и повышающих секрецию желудочного сока (курение, употребление алкоголя).

Во всех случаях перед назначением НПВП должно быть проведено обследование на наличие *H. pylori*, при обнаружении – эрадикация инфекции.

При приеме НПВП (в анамнезе) и возможности их отмены – это необходимо сделать.

При невозможности отмены НПВП и необходимости их дальнейшего приема – после рубцевания язвы обеспечить поддерживающую терапию ИПП в терапевтической дозе однократно утром (за 30 минут до приема пищи) на весь срок приема НПВП.

Медикаментозное лечение

При выявлении *H. pylori* обязательна эрадикационная терапия.

Терапия первой линии (курс 14 дней)

1-й компонент схемы	2-й компонент схемы	3-й компонент схемы	4-й компонент схемы
ИПП (омепразол 20 мг, пантопразол 40 мг, эзомепразол 20 мг, рабепразол 20 мг или лансопразол 30 мг)* 2 раза в день за 30 минут до приема пищи	Амоксициллин 1000 мг 2 раза в день	Кларитромицин 500 мг 2 раза в день или Джозамицин 1000 мг 2 раза в день	Висмута трикалия дицитрат 240 мг 2 раза в день

* Эзомепразол и рабепразол более эффективны, чем омепразол, лансопразол и пантопразол.

При непереносимости препаратов пенициллинового ряда (курс 14 дней)

1-й компонент схемы	2-й компонент схемы	3-й компонент схемы	4-й компонент схемы
ИПП (омепразол 20 мг, пантопразол 40 мг, эзомепразол 20 мг, рабепразол 20 мг или лансопразол 30 мг)* 2 раза в день за 30 минут до приема пищи	Метронидазол 500 мг 3 раза в день или Тинидазол 500 мг 2 раза в день	Тетрациклин 1000 мг 2 раза в день	Висмута трикалия дицитрат 120 мг 4 раза или 240 мг 2 раза в день

*Эзомепразол и рабепразол более эффективны, чем омепразол, лансопразол и пантопразол.

Двойная доза ИПП повышает эффективность эрадикации.

Добавление пробиотиков повышает эффективность и переносимость лечения в период эрадикационной терапии (по мнению некоторых исследователей).

Через 30 дней после завершения приемов препаратов схемы эрадикации должно быть проведено исследование на *H. pylori* (контроль эффективности эрадикации). Определение антител к *H. pylori* класса IgG в крови у лиц, получавших антихеликобактерную терапию, не может быть использовано для контроля эрадикации.

Особенности лечения

После завершения курса эрадикации у больных с неосложненным течением язвенной болезни 12 п. к. медикаментозная терапия может быть прекращена; при осложненном течении язвенной болезни 12 п. к. и при язвенной болезни желудка – терапия ИПП проводится до подтвержденного при ЭГДС-контроле рубцевания язвы. Возможно добавление в этом случае препаратов висмута трикалия дицитрата 120 мг x 4 раза в день до еды или ребамипида 100 мг x 3 раза в день 4 недели.

При достоверном подтверждении отсутствия *H. pylori* – терапия ИПП проводится в течение 4 недель с последующим ЭГДС-контролем. Возможно добавление в этом случае препаратов висмута трикалия дицитрата 120 мг x 4 раза в день до еды или ребамипида 100 мг x 3 раза в день 4 недели.

У больных с обострением язвенной болезни и невозможностью исследования на *H. pylori* в период обострения допустимо лечение обострения ИПП и/или препаратом висмута трикалия дицитратом до достижения ремиссии. При этом обязательно обследование на *H. pylori* в период ремиссии, при подтверждении наличия этой бактерии – обязателен курс эрадикации.

16. ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ

(K29.3–K29.7)

Выявление пациента с данным заболеванием: терапевт/ВОП

Установление диагноза по результату морфологического исследования: терапевт/ВОП

Назначение медикаментозного и немедикаментозного метода лечения: терапевт/ВОП

При неэффективности терапии консультация гастроэнтеролога

Наблюдение за эффективностью лечения: терапевт/ВОП

Заболевание или состояние (группа заболеваний или состояний), при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение	Минимальная периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций)	Контролируемые показатели состояния здоровья в рамках проведения диспансерного наблюдения	Длительность диспансерного наблюдения	Примечания
Хронический атрофический фундальный и мультифокальный гастрит K29.4 K29.5	2 раза в год	Стабилизация морфологических изменений по данным ЭГДС с биопсией	В течение всей жизни с момента установления диагноза (или до выявления опухоли)	Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога – 1 раз в год, прием (осмотр, консультация) врача-онколога – по медицинским показаниям

Диагностика заболевания

Диагноз «хронический гастрит» устанавливается в результате морфологического исследования биоптатов из слизистой оболочки желудка. Это заболевание может не иметь клинического эквивалента и протекает чаще всего бессимптомно. Клинические проявления – симптомы диспепсии, купированные после успешной эрадикации *H. pylori*.

Сохранение или рецидив симптомов после подтвержденной эрадикации *H. pylori* свидетельствует о диагнозе функциональной диспепсии (см. Алгоритм ведения пациентов с функциональной диспепсией).

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные лабораторные исследования:

- клинический анализ крови;
- неинвазивная диагностика *H. pylori*:
 - ¹³C-уреазный дыхательный тест или определение антигена *H. Pylori* в кале (при наличии в МО). Могут быть ложноотрицательными на фоне приема ИПП за 14 дней до теста, антибиотиков, препаратов висмута, которые должны быть отменены за 30 дней до теста. Эти методы также рекомендованы для оценки эффективности лечения (не ранее чем через 30 дней после его завершения);
 - определение антител к *H. pylori* класса IgG в крови у лиц, ранее не получавших антихеликобактерную терапию (при наличии в МО).

Обязательные инструментальные исследования:

- ЭКГ (до проведения ЭГДС) больным старше 45 лет; больным моложе 45 лет, находящимся на диспансерном наблюдении у кардиолога;
- ЭГДС с биопсией из тела и антрального отдела желудка для морфологического исследования и выявления *H. pylori* (гистологическое исследование и/или быстрый уреазный тест);
- УЗИ.

Консультации специалистов

Гастроэнтеролог:

- при положительном тесте на *H. pylori* и наличии в анамнезе ранее проводимой антихеликобактерной терапии;
- при наличии аллергии или непереносимости препаратов первой линии антихеликобактерной терапии;
- при подозрении на анацидный и гипоацидный гастрит (атрофический гастрит, подтвержденный морфологически).

Действия терапевта (ВОП) до полного исчезновения жалоб при декомпенсации заболевания (период подбора/коррекции терапии)

Кратность осмотра –

1 раз в 2 недели (до полного исчезновения жалоб), потом – через 1 месяц после завершения приема препаратов схемы эрадикации и/или ИПП.

Обязательные лабораторно-инструментальные исследования

Исследование на *H. pylori*: ¹³C-уреазный дыхательный тест или *H. pylori* в кале (при наличии в МО), через 30 дней после завершения приема препаратов схемы эрадикации и/или ИПП для оценки эффективности эрадикации инфекции. После эрадикации инфекции наблюдение не требуется.

Консультация специалистов:

Гастроэнтеролог – при неэффективности эрадикационной терапии 1-й линии.

Диспансерное наблюдение – пожизненно

У больных с неатрофическим гастритом после успешной эрадикации *H. pylori* – не требуется.

У больных с атрофическим гастритом после эрадикации *H. pylori* кратность осмотра – 1 раз в год.

Лабораторно-инструментальные исследования:

- клинический анализ крови;
- ЭГДС с биопсией из тела и антрального отдела желудка для морфологического исследования и выявления *H. pylori* (гистологическое исследование и/или быстрый уреазный тест) – 1 раз в 2 года при обнаружении кишечной метаплазии эпителия, либо атрофии слизистой оболочки в антральном отделе желудка, 1 раз в год – при обнаружении дисплазии или неоплазии эпителия желез низкой степени, либо при обнаружении атрофии эпителия желез в теле желудка, лучше в узкоспектральном свете, 1–2 раза в год – при обнаружении дисплазии или неоплазии эпителия высокой степени. Всем пациентам с дисплазией или неоплазией эпителия желез высокой степени необходимо проведение ФГС с биопсиями в Диагностическом центре Алтайского края или АКОД.

Консультации специалистов

Гастроэнтеролога – 1 раз в год.

Онколога – при малигнизации процесса.

Лечение

Диетические рекомендации (на весь период обострения заболевания):

пища должна быть механически, термически и химически щадящая;

исключить продукты, вызывающие симптомы диспепсии.

Медикаментозное лечение

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Антацидные препараты		
При синдроме эпигастральной боли	<ul style="list-style-type: none"> • Карбонат кальция • Фосфат алюминия • Гидроксид магния 	Применяются на этапе диагностики (до проведения ЭГДС)
Ингибиторы протонной помпы		
При синдроме эпигастральной боли	<ul style="list-style-type: none"> • Омепразол 20–80 мг/сут. • Пантопразол 40–80 мг/сут. • Рабепразол 10–20 мг/сут. • Эзомепразол 20–40 мг/сут. • Лансопразол 30 мг/сут. 	Входят в схему эрадикационной терапии. Длительность лечения определяется индивидуально
Гастропротекторы		
Обладают противовоспалительным эффектом	<ul style="list-style-type: none"> • Висмута трикалия дицитрат 240 мг 2 раза в день (или по 120 мг 4 раза в день) • Сукральфат 1000 мг 4 раза в день (или 2000 мг 2 раза в день) 	Монотерапия при отсутствии доказательств наличия <i>H. pylori</i>

Гастрит, ассоциированный с *H. pylori*, является инфекционным заболеванием, основа его лечения – эрадикация *H. pylori*.

Терапия первой линии (курс 14 дней)

1-й компонент схемы	2-й компонент схемы	3-й компонент схемы	4-й компонент схемы
ИПП (омепразол 20 мг, пантопразол 40 мг, эзомепразол 20 мг, рабепразол 20 мг или лансопразол 30 мг)* 2 раза в день за 30 минут до приема пищи	Амоксициллин 1000 мг 2 раза в день	Кларитромицин 500 мг 2 раза в день или Джозамицин 1000 мг 2 раза в день	Висмута трикалия дицитрат 240 мг 2 раза в день

* Эзомепразол и рабепразол более эффективны, чем омепразол, лансопразол и пантопразол.

Двойная доза ИПП повышает эффективность эрадикации.

При непереносимости препаратов пенициллинового ряда (курс 14 дней)

1-й компонент схемы	2-й компонент схемы	3-й компонент схемы	4-й компонент схемы
ИПП (омепразол 20 мг, пантопразол 40 мг, эзомепразол 20 мг, рабепразол 20 мг или лансопразол 30 мг)* 2 раза в день за 30 минут до приема пищи	Метронидазол 500 мг 3 раза в день или Тинидазол 500 мг 2 раза в день	Тетрациклин 1000 мг 2 раза в день	Висмута трикалия дицитрат 120 мг 4 раза или 240 мг 2 раза в день

* Эзомепразол и рабепразол более эффективны, чем омепразол, лансопразол и пантопразол.

Двойная доза ИПП повышает эффективность эрадикации.

Через 30 дней после завершения приемов препаратов схемы эрадикации должно быть проведено исследование на *H. pylori* (контроль эффективности эрадикации). Определение антител к *H. pylori* класса IgG в крови у лиц, получавших антихеликобактерную терапию, не может быть использовано для контроля эрадикации.

17. ПОЛИП ЖЕЛУДКА

(K31.7; D13.1)

Выявление пациента с данным заболеванием:	терапевт/ВОП
Установление диагноза:	гастробиоптат должен быть описан квалифицированным врачом-морфологом
Назначение медикаментозного и немедикаментозного метода лечения:	терапевт/ВОП
При неэффективности терапии:	консультация гастроэнтеролога
Наблюдение за эффективностью лечения:	терапевт/ВОП

Заболевание или состояние (группа заболеваний или состояний), при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение	Минимальная периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций)	Контролируемые показатели состояния здоровья в рамках проведения диспансерного наблюдения	Длительность диспансерного наблюдения	Примечания
Полипы (полипоз) желудка K31.7	1 раз в год	Отсутствие прогрессирования и морфологических изменений по данным ЭГДС с биопсией	В течение всей жизни с момента установления диагноза (или до выявления малигнизации)	Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога – 1 раз в год, прием (осмотр, консультация) врача-онколога – по медицинским показаниям

Диагностика заболевания

Для диагностики заболевания необходима морфологическая верификация эндоскопически выявленного полипа.

Симптомы заболевания

Отсутствуют.

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные лабораторные исследования:

- клинический анализ крови;
- анализ кала на скрытую кровь;
- неинвазивная диагностика *H. pylori* (если при ЭГДС данные не получены):
 - ¹³C-уреазный дыхательный тест или определение антигена *H. pylori* в кале (при наличии в МО). Могут быть ложноотрицательными на фоне приема ИПП за 14 дней до теста, антибиотиков, препаратов висмута за 30 дней до теста. Эти методы также рекомендованы для оценки эффективности лечения (через 30 дней после его завершения);
 - определение антител класса IgG в крови у лиц, ранее не получавших антихеликобактерную терапию.

Обязательные инструментальные исследования

- ЭГДС с биопсией полипа, а также взятие биоптата из антрального отдела желудка для выявления *H. pylori* (морфологическое исследование и/или быстрый уреазный тест).

Консультации специалистов

Гастроэнтеролог:

- при положительном тесте на *H. pylori* и наличии в анамнезе ранее проводимой антихеликобактерной терапии;
- при наличии аллергии или непереносимости препаратов первой линии антихеликобактерной терапии.

Онколог – при подозрении/выявлении злокачественного образования.

Хирург/эндоскопический хирург – при выявлении аденоматозного полипа любого размера, при выявлении гиперпластического полипа, расположенного рядом с физиологическими сфинктерами и/или более 2,5 см.

Действия терапевта (ВОП) при декомпенсации заболевания (период подбора/коррекции терапии)

Кратность осмотра:

- при выявлении гиперпластического полипа – 1 раз в год;
- при выявлении аденоматозного или гиперпластического полипа размерами более 2,5 см – наблюдение хирурга, решение вопроса о хирургическом вмешательстве;
- при выявлении *H. pylori* – лечение согласно вышеописанной схеме.

Диспансерное наблюдение

Пожизненно или до выявления малигнизации

Кратность осмотра –

1 раз в год.

Обязательные лабораторно-инструментальные исследования:

- клинический анализ крови – 1 раз в год;
- ЭГДС – 1 раз в год.

Консультации специалистов

Гастроэнтеролог – 1 раз в год.

Онколог – при подозрении/выявлении злокачественного образования.

Лечение**Медикаментозное лечение**

При выявлении *H. pylori* – эрадикационная терапия.

Терапия первой линии (курс 14 дней)

1-й компонент схемы	2-й компонент схемы	3-й компонент схемы	4-й компонент схемы
ИПП (омепразол 20 мг, пантопризол 40 мг, эзомепразол 20 мг, рабепразол 20 мг или лансопризол 30 мг)* 2 раза в день за 30 минут до приема пищи	Амоксициллин 1000 мг 2 раза в день	Кларитромицин 500 мг 2 раза в день или Джозамицин 1000 мг 2 раза в день	Висмута трикалия дицитрат 240 мг 2 раза в день

* Эзомепразол и рабепразол более эффективны, чем омепризол, лансопризол и пантопризол.

Двойная доза ИПП повышает эффективность эрадикации.

При непереносимости препаратов пенициллинового ряда (курс 14 дней)

1-й компонент схемы	2-й компонент схемы	3-й компонент схемы	4-й компонент схемы
ИПП (омепразол 20 мг, пантопризол 40 мг, эзомепразол 20 мг, рабепразол 20 мг или лансопризол 30 мг)* 2 раза в день за 30 минут до приема пищи	Метронидазол 500 мг 3 раза в день или Тинидазол 500 мг 2 раза в день	Тетрациклин 1000 мг 2 раза в день	Висмута трикалия дицитрат 120 мг 4 раза или 240 мг 2 раза в день

* Эзомепразол и рабепразол более эффективны, чем омепризол, лансопризол и пантопризол.

Двойная доза ИПП повышает эффективность эрадикации.

Через 30 дней после завершения приемов препаратов схемы эрадикации должно быть проведено исследование на *H. pylori* (контроль эффективности эрадикации). Определение антител к *H. pylori* класса IgG в крови у лиц, получавших антихеликобактерную терапию, не может быть использовано для контроля эрадикации.

Хирургическое лечение:

- эндоскопическая полипэктомия (при выявлении аденоматозного полипа любого размера, при выявлении гиперпластического полипа, расположенного рядом с физиологическими сфинктерами и/или более 2,5 см) – проводится в экспертном центре;
- при больших размерах полипа возможно видеолaparоскопическое эндоскопически ассистированное удаление полипа.

18. ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ

(K86.0; K86.1)

Выявление пациента с данным заболеванием:	терапевт/ВОП
Установление диагноза:	гастроэнтеролог
Назначение медикаментозного и немедикаментозного метода лечения:	гастроэнтеролог
Наблюдение за эффективностью лечения:	терапевт/ВОП

Заболевание или состояние (группа заболеваний или состояний), при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение	Минимальная периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций)	Контролируемые показатели состояния здоровья в рамках проведения диспансерного наблюдения	Длительность диспансерного наблюдения	Примечания
Хронический панкреатит с внешнесекреторной недостаточностью K86	2 раза в год	Отсутствие прогрессирования белково-энергетической недостаточности	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога – 1 раз в год, прием (осмотр, консультация) врача-хирурга – по медицинским показаниям

Диагностика заболевания

Для диагностики заболевания необходимо наличие одного из клинических симптомов заболевания и не менее одного признака (по кембриджской классификации) по данным УЗИ поджелудочной железы, компьютерная томография органов брюшной полости, МР-панкреатохолангиография.

Симптомы заболевания:

- болевой синдром: постпрандиальные или постоянные боли, требующие приема анальгетиков, локализованные в эпигастральной области и/или в левом подреберье, могут иррадиировать в спину, левое плечо, левую лопатку, левую половину грудной клетки;
- диспепсический синдром: снижение аппетита, рвота, метеоризм, нарушения стула (в зависимости от стадии заболевания) – склонность к послаблению, синдром экзокринной недостаточности поджелудочной железы: стеаторея, снижение массы тела/индекса массы тела ниже 20; гипоальбуминемия, анемия, снижение абсолютного количества лимфоцитов;
- синдром эндокринной недостаточности поджелудочной железы (сахарный диабет, обусловленный ХП).

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные лабораторные исследования:

- клинический анализ крови;
- биохимическое исследование крови: альфа-амилаза; глюкоза, HbA1c; общий холестерин, триглицериды; общий и прямой билирубин, АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза, ГГТ, общий белок, альбумин; глюкоза, гликированный гемоглобин. Тест толерантности к глюкозе.
- общий анализ кала (желательно исследование панкреатической эластазы в кале).

Обязательные инструментальные исследования:

- ЭКГ;
- УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства;
- компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием – записывать через удаленную регистратуру в Диагностический центр Алтайского края (при отсутствии противопоказаний);
- МР-панкреатохолангиография.

Консультации специалистов

Гастроэнтеролог.

Хирург:

- при воспалительных изменениях в анализе крови: лейкоцитоз, п/я сдвиг, увеличение СОЭ; гиперферментемия, гиперамилазурии);
- при подозрении на наличие любого осложнения со стороны поджелудочной железы и ее протоковой системы, билиарной, дуоденальной и портальной гипертензии.

Эндокринолог – при повышении глюкозы в крови и появлении клинических признаков сахарного диабета.

Действия терапевта (ВОП) при декомпенсации заболевания (период подбора/коррекции терапии)

Кратность осмотра –

1 раз в 5 дней.

Обязательные лабораторно-инструментальные исследования:

- клинический анализ крови – в начале лечения и через 7–10 дней (если были отклонения);
- биохимический анализ крови (глюкоза, общий холестерин, альбумин, амилаза, липаза, АЛТ, АСТ, ГГТ, щелочная фосфатаза, билирубин) – в начале лечения и через 7–10 дней (если были отклонения);
- общий анализ кала;
- УЗИ органов брюшной полости – 1 раз, при выявлении осложнений – решается индивидуально при каждом осмотре;
- КТ органов брюшной полости и малого таза с контрастным усилением;
- МР-панкреатохолангиография.

Консультации специалистов

Гастроэнтеролог – при неэффективности лечения.

Эндокринолог – при выявлении гипергликемии.

Хирург – для решения вопроса об экстренной госпитализации – показано при наличии острого панкреатита, осложнений со стороны псевдокиста (кровотечение, нагноение, перфорации), механической желтухи, холангита, стеноза двенадцатиперстной кишки.

Диспансерное наблюдение

При неосложненном течении и отсутствии рецидивов – в течение 5 лет;
при осложненном течении, нарушении функции поджелудочной железы – пожизненно.

Кратность осмотра –

2 раза в год с определением индекса массы тела (кг/м²).

Обязательные лабораторные исследования:

- клинический анализ крови – 1 раз в год;
- биохимический анализ крови (общий холестерин, альбумин, амилаза, липаза, АЛТ, АСТ, ГГТ, щелочная фосфатаза, билирубин) – 1 раз в год;
- глюкоза – 4 раза в год.

Обязательные инструментальные исследования

- УЗИ органов брюшной полости – 1 раз в год;
- компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием.

Консультации специалистов

Гастроэнтеролог – 1 раз в год, при осложненном течении – 2 раза в год.

Эндокринолог – 1 раз в год (при выявлении гипергликемии, сахарного диабета).

Хирург – 1 раз в год (при стойком болевом синдроме).

Лечение

Соблюдение диеты и режима питания:

- диета в фазе обострения – химически и механически щадящая пища с исключением острого, жирного, жареного, копченого: протертые супы, паровые котлеты из мяса, рыбы, птицы; овощи и фрукты в отварном виде, ограничение молочных продуктов. Режим питания дробный, небольшими порциями (5–6 раз в день). Диета должна быть сбалансирована по жирам, белкам и углеводам;
- диета в фазе ремиссии – сбалансированная диета (с обязательной ферментной заместительной терапией в адекватной дозе): непротертые супы, мясо, рыба и птица в отварном и тушеном виде, включается клетчатка в сыром виде (овощи, фрукты), должна содержать повышенное количество белка – 120–140 г/сут.;
- исключение алкоголя и табакокурения.

Медикаментозное лечение (назначение осуществляет гастроэнтеролог)

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Ненаркотические анальгетики		
Купирование болевого синдрома	<ul style="list-style-type: none"> • Парацетамол 1000–2000 мг/сут. • Кетопрофен 100–200 мг/сут. • Диклофенак натрия 50–150 мг/сут. 	Доза подбирается индивидуально, начиная с самой низкой эффективной
Спазмолитики		
Купирование болевого синдрома	<ul style="list-style-type: none"> • Дротаверина гидрохлорид 120–240 мг/сут. • Мебеверин 200–400 мг/сут. 	Можно сочетать с ненаркотическими анальгетиками
Ферментные препараты		
Коррекция экзокринной функции при наличии внешнесекреторной недостаточности поджелудочной	<ul style="list-style-type: none"> • Минимикросферы или микротаблетки панкреатина более 100 000 – 200 000 ЕД липазы/сут. 	От 25 000 ЕД до 50 000 ЕД 3 раза в сутки в основные приемы пищи и от 10 000 ЕД до 25 000 ЕД 2–3 раза в сутки в перекусы. Лечение проводится постоянно
Лечение сахарного диабета		
Коррекция сахарного диабета	<ul style="list-style-type: none"> • Препараты инсулина 	Осуществляется эндокринологом
Антисекреторная терапия		
Ингибиторы протонной помпы	<ul style="list-style-type: none"> • Омепразол 20–80 мг/сут. • Пантопразол 40–80 мг/сут. • Рабепразол 10–20 мг/сут. • Эзомепразол 20–40 мг/сут. • Лансопразол 30 мг/сут. 	Не рекомендуются для лечения боли при хроническом панкреатите. Показаны при недостаточной эффективности адекватной дозы ферментной терапии (назначается гастроэнтерологом) и при назначении НПВП больным с факторами риска ЖКК
Адьювантная терапия		
Коррекция болевого синдрома, сопутствующих или соматогенно-обусловленных психических изменений	<ul style="list-style-type: none"> • Психотерапия • Трициклические антидепрессанты 	Осуществляется психотерапевтом, психиатром

Плановое хирургическое лечение

Показано при наличии псевдокист, панкреатической гипертензии, вируснолитиаза, билиарной и портальной гипертензии.

19. ПРОСТОЙ И СЛИЗИСТО-ГНОЙНЫЙ ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ

(J41.0; J41.1; J41.8)

Выявление пациента с данным заболеванием:	терапевт/ВОП
Установление диагноза:	терапевт/ВОП
Уточнение диагноза:	пульмонолог
Назначение медикаментозного и немедикаментозного метода лечения:	терапевт/ВОП
Наблюдение за эффективностью лечения:	терапевт/ВОП

Заболевание или состояние (группа заболеваний или состояний), при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение	Минимальная периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций)	Контролируемые показатели состояния здоровья в рамках проведения диспансерного наблюдения	Длительность диспансерного наблюдения	Примечания
Рецидивирующий и хронический бронхиты J41.0 J41.1 J41.8	1 раз в год	Отсутствие или уменьшение частоты обострений. Сатурация кислорода в крови (согласно клиническим рекомендациям)	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-пульмонолога – по медицинским показаниям

Диагностика заболевания

Начало хронического бронхита постепенное: утренний кашель с отделением слизистой мокроты, который постепенно начинает беспокоить в течение суток, усиливаясь в холодную и сырую погоду, с годами становится постоянным. Мокрота слизистая, в периоды обострения – слизисто-гнойная или гнойная. Появляется и прогрессирует одышка. Типичны частые обострения, особенно в периоды холодной сырой погоды: усиливаются кашель и одышка, увеличивается количество мокроты, появляются недомогание, потливость, быстрая утомляемость. Температура тела нормальная или субфебрильная.

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные лабораторные исследования:

- клинический анализ крови;
- исследование мокроты: макроскопическое, цитологическое, бактериологическое.

Обязательные инструментальные исследования:

- сатурация кислорода крови;
- спирография;
- ЭКГ.

Дополнительные инструментальные исследования:

- рентгенография органов грудной полости;
- бронхоскопия (при подозрении на онкологическую патологию, при гнойности мокроты) с исследованием на атипические клетки, бактериологическое исследование.

Консультации специалистов

Пульмонолог – при неэффективности лечения, сомнениях в диагнозе.

Действия терапевта (ВОП) при обострении заболевания в период подбора/коррекции терапии

Кратность осмотра –

2 раза в 5–7 дней.

Обязательные лабораторно-инструментальные исследования:

- сатурация кислорода крови;
- общий анализ крови – 1 раз при обострении;
- контрольное исследование – по показаниям;
- исследование мокроты: макроскопическое, цитологическое, биохимическое бактериологическое;
- спирограмма – 1 раз при обострении;
- контрольное исследование – по показаниям.

Консультации специалистов

Пульмонолог – при неэффективности лечения.

Показания к госпитализации при хроническом бронхите:

- обострение бронхита с присоединением других ранее не наблюдававшихся симптомов (изменение характера одышки, появление кашля с гнойной мокротой);
- неэффективность проводимой терапии;

- наличие осложнений (пневмония, бронхоэктазы);
- наличие тяжелых сопутствующих заболеваний.

Диспансерное наблюдение – пожизненно

Кратность осмотра –

1 раз в год.

Лабораторно-инструментальные исследования:

- клинический анализ крови – 1 раз в год;
- исследование мокроты – цитологическое, бактериологическое – 1 раз в год;
- спирометрия – 1 раз в год;
- сатурация кислорода крови – 1 раз в год.

Консультации специалистов

Пульмонолог – при неэффективности лечения.

Лечение

Изменение образа жизни:

- отказ от курения;
- иммунизация против гриппа.

Медикаментозное лечение

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Антибиотикотерапия	<ul style="list-style-type: none"> • Амоксициллин 0,5 г 3 раза в сутки – 7 дней и/или • Азитромицин 0,5 г 1 раз в сутки – 3 дня 	При обострении (в случае подтверждения бактериальной природы обострения)
Обструктивный синдром	<ul style="list-style-type: none"> • Ипратропия бромид /фенотерол по 20 мкг/50 мкг в ДАИ по 2 дозы до 3 раз в сутки или 10–20 капель раствора ипратропия бромид • Бромид/фенотерол (250 мкг + 500 мкг/1 мл) для ингаляций через небулайзер 2–3 раза в сутки, или • метилксантины (аминофиллин 0,15 г 3 раза в сутки внутрь, или • пролонгированный теофиллин 350 мг 2 раза в сутки или 500 мг 1 раз в сутки внутрь 	
Муколитики	<ul style="list-style-type: none"> • Амброксол 0,03 г 3 раза в сутки внутрь или 2 мл через небулайзер • Ацетилцистеин внутрь 400–600 мг /сутки в 2 приема 	При лечении острых состояний средняя продолжительность терапии – 5–10 дней, при длительной терапии хронических состояний курс лечения – до 6 месяцев

20. ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ

(J44.0; J44.8; J44.9)

Выявление пациента с данным заболеванием: терапевт/ВОП

Установление диагноза: терапевт/ВОП

Назначение медикаментозного и немедикаментозного метода лечения: терапевт/ВОП

Наблюдение за эффективностью лечения: терапевт/ВОП

Заболевание или состояние (группа заболеваний или состояний), при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение	Минимальная периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций)	Контролируемые показатели состояния здоровья в рамках проведения диспансерного наблюдения	Длительность диспансерного наблюдения	Примечания
Хроническая обструктивная болезнь легких J44.0 J44.8 J44.9	1–3 раза в год	Отсутствие или уменьшение частоты обострений. Функция внешнего дыхания < 13> (согласно клиническим рекомендациям). Сатурация кислорода в крови (согласно клиническим рекомендациям)	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-пульмонолога – по медицинским показаниям

Диагностика заболевания

Для установления диагноза необходимо наличие всех признаков.

Симптомы заболевания:

- табакокурение или другое ингаляционное патологическое воздействие;
- кашель с мокротой или без нее;
- нарастающая одышка при физической нагрузке или в покое (оценка степени одышки по шкале одышки (mMRC):
 - 0 – нет;
 - 1 – при быстрой ходьбе по ровной местности или подъеме по пологому холму;
 - 2 – медленная ходьба по ровной поверхности по сравнению с другими людьми того же возраста или затруднения/остановки дыхания при ходьбе по ровной поверхности в прежнем привычном темпе;
 - 3 – одышка при ходьбе 100 метров;
 - 4 – сильная одышка, чтобы выходить из дому, при одевании и т. п.);
- ОФВ1/ФЖЕЛ постбронхолитический менее 0,7 (вне обострения).

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные лабораторные исследования:

- клинический анализ крови;
- общий анализ мокроты.

Обязательные инструментальные исследования:

- пульсоксиметрия;
- ЭКГ;
- рентгенография органов грудной клетки;
- спирометрия с бронхолитиком (сальбутамол 400 мкг);
- ЭхоКГ.

Консультации специалистов

Пульмонолог – при необходимости дифференциального диагноза.

Кардиолог – при необходимости дифференциального диагноза и определение возможной сердечно-сосудистой патологии.

Консультации других специалистов назначаются в зависимости от клинической ситуации.

Действия терапевта (ВОП) при обострении заболевания в период подбора/коррекции терапии

Кратность осмотра:

при подборе/изменении лечения – 1 раз в неделю до достижения стабильного состояния или по необходимости;

при выписке из стационара по поводу обострения ХОБЛ – в течение 48 часов после выписки из стационара, далее – 1 раз в 2 недели до достижения стабильного состояния.

Обязательные лабораторно-инструментальные исследования:

- пульсоксиметрия – при каждом осмотре;
- клинический анализ крови;
- спирометрия с бронхолитиком (сальбутамол 400 мкг);
- рентгенография органов грудной клетки – 1 раз;
- общий анализ мокроты – 1 раз за период.

Консультации специалистов

Пульмонолог – при неэффективности лечения, необходимости уточнения или дифференциального диагноза.

Консультации других специалистов назначаются в зависимости от клинической ситуации.

Диспансерное наблюдение – пожизненно**Кратность осмотра –**

1–3 раза в год.

Обязательные лабораторные исследования – 1 раз в год:

- клинический анализ крови;
- анализ мокроты общий.

Обязательные инструментальные исследования – 1 раз в год:

- ЭКГ;
- рентгенография органов грудной клетки или низкодозовая КТ органов грудной клетки (предпочтительно);
- спирометрия с бронхолитиком.

Консультации специалистов – 1 раз в год:

пульмонолог, кардиолог.

Лечение**Изменение образа жизни:**

- отказ от курения;
- поддержание физической активности;
- обучение технике ингаляции и основам самоконтроля;
- проведение лечения сопутствующих заболеваний (сердечно-сосудистых, ГЭРБ);
- проведение вакцинации от гриппа и пневмококковой инфекции.

Плановое лечение

Назначение бронхолитиков короткого действия в качестве скорой помощи.

Назначение одного или двух бронхолитиков длительного действия. При значимой клинической картине, возможно, потребуются сразу два бронхолитика длительного действия.

Добавьте ИГКС, если имеются:

- обратимость бронхиальной обструкции;
- частые неинфекционные обострения;
- эозинофилия крови (выше 300 кл/мкл);
- астма или аллергия в анамнезе.

Неэффективность терапии, частые обострения, рецидивы гнойной респираторной инфекции, клиническая картина не вполне соответствует диагнозу ХОБЛ – направление на консультацию к пульмонологу.

Медикаментозное лечение

Плановая медикаментозная терапия

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Бронхолитики короткого действия		
Обструктивный синдром	Ингаляционные β-2-агонисты короткого действия (КДБА): <ul style="list-style-type: none"> Сальбутамол 100–200 мкг на прием по потребности Фенотерол/ипратропий 1–2 инг. дозы на прием по потребности 	Применяются в качестве неотложной облегчающей терапии у всех пациентов, возможно применение с помощью небулайзера
Бета-2-агонисты длительного действия (ДДБА)		
Обструктивный синдром	<ul style="list-style-type: none"> Формотерол 24–48 мкг 2 раза в сутки Индакатерол 150–300 мкг 1 раз в сутки 	Применяются как изолированно, так и в комбинации с другими препаратами
Холинолитики длительного действия		
Обструктивный синдром	<ul style="list-style-type: none"> Тиотропий 5 или 18 мкг 1 раз в сутки Аклидиний 322 мкг 2 раза в сутки Гликопирроний 50 мкг 1 раз в сутки 	Применяются как изолированно, так и в комбинации с другими препаратами
Комбинированные бронхолитики длительного действия		
Обструктивный синдром	<ul style="list-style-type: none"> Тиотропий/олодатерол 1 инг. доза/сут. Гликопирроний/индакатерол 1 инг. доза/сут. Умеклидиний/вилантерол 1 инг. доза/сут. 	Применяются изолированно или в сочетании с ингаляционными ГКС
Ингаляционные глюкокортикостероиды		
Обструктивный синдром	<ul style="list-style-type: none"> Беклометазон 400–800 мкг/сут. Будесонид 400–800 мкг/сут. Флутиказон 125–500 мкг/сут. Мометазон 200–400 мкг/сут. Циклесонид 160–640 мкг/сут. 	См. действие 4-й таблицы «Плановое лечение»
Фиксированные комбинации ИГКС + ДДБА		
Обструктивный синдром	<ul style="list-style-type: none"> Будесонид/формотерол 160/4,5 мкг 2–4 раза в сутки Будесонид/формотерол 200/12 мкг 2–4 раза в сутки Беклометазон/формотерол 400/12 мкг 2–4 раза в сутки Мометазон/формотерол 200/10 мкг 2–4 раза в сутки Флутиказона пропионат/сальметерол 125/25 мкг 2–4 раза в сутки Флутиказона фураат/вилантерол 92/22 мкг 1–2 дозы 1 раз в сутки 	

Медикаментозная терапия при обострении – дополнение к базисной терапии

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
<p>Признаки бактериальной инфекции</p> <p>Усиление одышки, увеличение объема и гнойности мокроты</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Амоксициллин/клавуланат 625 мг (3 раза в сутки) или 1–2 г (2 раза в сутки) – 7–10 дн. • Амоксициллин /сульбактам 1 г (3 раза в сутки) или 2 г (2 раза в сутки) 7–10 дн. • Азитромицин 500 мг 1 раз в сут. – 3 дня <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Ацетилцистеин 600–1200 мг/сут. – до месяца • Амброксол 60–90 мг/сут. – до месяца 	Амбулаторное лечение
<p>Усиление одышки, снижение переносимости повседневных нагрузок умеренное, возможно небольшое снижение сатурации крови до 93%</p>	<p>Увеличение дозы и/или частоты приема бронхолитиков. Комбинирование бета-2-агонистов и холинолитиков. Предпочтение – длительно действующие бронхолитики</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Ацетилцистеин 600 мг/сут. • Амброксол 60–90 мг/сут. • Бромгексин 1–24 мг/сут. 	<p>Возможно амбулаторное лечение. Введение мукоактивных препаратов и бронхолитиков возможно с помощью небулайзера. Ипратропия бромид/ фенотерол 2 инг. дозы на прием по потребности, до 8 ингаляций/сут. или по 20–40 капель (1–2 мл на 3–4 мл физиологического раствора) через небулайзер Ипратропия бромид/Сальбутамол 0,5/3 мг по 1 небуле 3–4 раза/сут.</p>
<p>Тяжелое усиление одышки, которое приводит к значительному ограничению физической активности, значительное падение сатурации</p>		Лечение в стационарных условиях.
<p>Быстрое ухудшение состояния, стремительное нарастание одышки</p>		<p>При невозможности госпитализации требуется ежедневный контроль за состоянием пациента</p>

21. БРОНХОЭКТАЗИЯ

(J47.0)

Выявление пациента с данным заболеванием:	терапевт/ВОП
Установление диагноза:	терапевт/ВОП
Назначение медикаментозного и немедикаментозного метода лечения:	терапевт/ВОП
Наблюдение за эффективностью лечения:	терапевт/ВОП

Заболевание или состояние (группа заболеваний или состояний), при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение	Минимальная периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций)	Контролируемые показатели состояния здоровья в рамках проведения диспансерного наблюдения	Длительность диспансерного наблюдения	Примечания
Бронхоэктатическая болезнь J47.0	1–3 раза в год	Отсутствие или уменьшение частоты обострений ФВД (согласно клиническим рекомендациям). Сатурация кислорода в крови (согласно клиническим рекомендациям)	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-пульмонолога – по медицинским показаниям

Диагностика заболевания

Клинические проявления БЭ складываются из кашля, продукции мокроты, одышки и появления плевральных болей. При обострении болезни на первый план может выходить астенический синдром (на фоне нерезко выраженной интоксикации) с превалированием жалоб и расстройств общего характера: субфебрильная температура, познабливание, слабость, потливость и т. п. При дополнительном опросе пациента может быть выявлен многолетний («привычный») кашель со скудной мокротой, иногда небольшие кровохарканья.

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные лабораторные исследования:

- клинический анализ крови;
- клинический анализ мочи;
- биохимическое исследование крови (белки острой фазы воспаления);
- микроскопическое и бактериологическое исследование мокроты.

Дополнительные лабораторные исследования:

иммунологическое обследование (выявляется повышение уровня циркулирующих иммунных комплексов, увеличение в глобулиновых фракциях количества IgG и IgM).

Обязательные инструментальные исследования:

- пульсоксиметрия;
- спирография;
- компьютерная томография органов грудной клетки;
- ЭхоКГ.

Дополнительные инструментальные исследования:

бронхоскопия.

Консультации специалистов

Пульмонолог.

Действия терапевта (ВОП) при обострении заболевания (период подбора/коррекции терапии)

Кратность осмотра –

по необходимости.

Обязательные лабораторно-инструментальные исследования:

- клинический анализ крови;
- биохимическое исследование крови (белки острой фазы воспаления);
- микроскопическое и бактериологическое исследование мокроты;
- пульсоксиметрия;
- спирография.

Консультации специалистов

Пульмонолог – при неэффективности лечения.

Торакальный хирург – по показаниям.

Показания к хирургическому лечению:

- рецидивирующее кровохарканье;
- легочное кровотечение;
- пневмоторакс;
- частые обострения заболевания и короткие ремиссии (невозможность достигнуть стойкой ремиссии в течение 2–3 лет);
- цирроз легкого с гнойным процессом в резко расширенных бронхах.

Диспансерное наблюдение – пожизненно

Кратность осмотра –

1–3 раза в год.

Лабораторно-инструментальные исследования:

- клинический анализ крови – 1 раз в год;
- клинический анализ мочи – 1 раз в год;
- ЭхоКГ – 1 раз в год;
- пульсоксиметрия – при каждом посещении;
- спирография – 1 раз в год;
- рентгенография грудной клетки – 1 раз в год.

Консультации специалистов

Пульмонолог, торакальный хирург.

Лечение

Изменение образа жизни:

- отказ от курения;
- регулярные аэробные физические нагрузки, дыхательная гимнастика.

Медикаментозное лечение

При консервативном лечении основная задача – это постоянный полноценный дренаж мокроты и санация бронхиального дерева на фоне повышения неспецифической резистентности организма. Оптимально санацию бронхов следует начинать с диагностической (лечебной) бронхоскопии.

Ингаляции муколитиков, бронходилататоров (амброксол 30 мг внутрь 2–3 раза в сутки, сальбутамол (ДАИ) 100 мкг 2 ингаляции не более 3 раз в сутки или ипратропия бромид/фенотерол через небулайзер).

Лечение бронхообструктивного синдрома у больных с БЭ проводится аналогично таковому у пациентов с хронической обструктивной патологией легких. Антибиотикотерапия является важной частью лечения БЭ при обострении (гнойного) эндобронхита. Первоначальная эмпирическая химиотерапия антибиотиками в последующем корректируется результатами посева мокроты (и/или бронхиальных смывов) на микрофлору и ее чувствительность к антибиотикам.

В тяжелых случаях схема лечения соответствует таковой при острых легочных нагноениях:

- амоксициллин/клавуланат;
- ампициллин/сульбактам + метронидазол;
- цефтазидим + аминогликозиды;
- цефоперазон/сульбактам.

Альтернативными препаратами и комбинациями являются:

- линкозамиды + аминогликозиды;
- фторхинолоны (левофлоксацин, моксифлоксацин) + метронидазол;
- карбапенемы (эртапенем, имипенем, меропенем);
- тикарциллин/клавуланат;
- пиперациллин/тазобактам.

Длительность терапии определяется индивидуально, может достигать 3–4 недель.

Если заболевание началось с вирусной инфекции, дополнительно можно назначить противовирусные препараты. При выраженном эндотоксикозе используются методы эфферентной терапии. У больных с БЭ необходима санация возможных очагов внелегочной инфекции (ротовая полость, носоглотка и др.), лечение сопутствующей патологии.

Оперативное лечение

Объем операции: сегментэктомия, лобэктомия, билобэктомия, пневмонэктомия.

При ограниченных двусторонних поражениях возможно последовательное (с интервалом в 3–4 мес. – журнал *«Практическая пульмонология»* № 4, 2015 г., статья *«Респираторная инфекция»*, с. 32–33) выполнение двусторонних резекций легких. Первым этапом выполняется операция на стороне наибольшего поражения. При определении объема операции необходимо помнить о частом сочетании поражения БЭ нижней доли с поражением язычковых сегментов (слева) и средней доли (справа).

22. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА

(J45.0)

Выявление пациента с данным заболеванием:	терапевт/ВОП
Установление диагноза:	терапевт/ВОП
Назначение медикаментозного и немедикаментозного метода лечения:	терапевт/ВОП
Наблюдение за эффективностью лечения:	терапевт/ВОП

Заболевание или состояние (группа заболеваний или состояний), при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение	Минимальная периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций)	Контролируемые показатели состояния здоровья в рамках проведения диспансерного наблюдения	Длительность диспансерного наблюдения	Примечания
Бронхиальная астма J45.0 J45.1 J45.8 J45.9	1–3 раза в год	Достижение полного или частичного контроля бронхиальной астмы ФВД (согласно клиническим рекомендациям)	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-пульмонолога, врача-аллерголога – по медицинским показаниям

Диагностика заболевания

Симптомы заболевания (вне контроля или неполном контроле болезни):

- свистящее дыхание;
- удушье;
- чувство заложенности, тяжести в груди;
- одышка;
- кашель, особенно ночью или ранним утром;

при физикальном обследовании:

- распространенные сухие свистящие хрипы в легких с двух сторон; отсутствие хрипов в легких не исключает диагноза бронхиальной астмы;
- низкие показатели пиковой скорости выдоха или объема форсированного выдоха за 1 секунду (ретроспективно или в серии исследований), не объяснимые другими причинами;
- наличие других аллергических заболеваний, наличие аллергических реакций, повышение количества эозинофилов в анализе крови увеличивает вероятность диагноза бронхиальной астмы.

Наличие хотя бы одного из этих признаков (за исключением других аллергических заболеваний, аллергических реакций, повышенного количества эозинофилов в анализе крови при отсутствии других клинических или функциональных проявлений) заставляет заподозрить диагноз бронхиальной астмы.

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные лабораторные исследования:

- клинический анализ крови;
- общий анализ мокроты.

Обязательные инструментальные исследования:

- спирометрия с бронхолитиком – сальбутамол 400 мкг;
- ЭКГ;
- рентгенография органов грудной клетки;
- пульсоксиметрия;
- осмотр ЛОР-органов (для ВОП) – по показаниям.

Консультации специалистов

Аллерголог.

Отоларинголог – при наличии признаков патологии ЛОР-органов.

Кардиолог – при необходимости проведения дифференциального диагноза.

Пульмонолог – при необходимости проведения дифференциального диагноза.

Гастроэнтеролог – для исключения ГЭРБ с внепищеводными проявлениями.

Действия терапевта (ВОП) при обострении заболевания (период подбора/коррекции терапии)

Кратность осмотра:

при подборе терапии – 1 раз в неделю до достижения стабильного состояния или по необходимости;

при выписке из стационара по поводу обострения астмы – в течение 48 часов после выписки из стационара, далее – 1 раз в две недели до достижения стабильного состояния.

Обязательные лабораторно-инструментальные исследования:

- клинический анализ крови;
- глюкоза крови (при назначении глюкокортикостероидов любого способа введения);
- общий анализ мокроты;
- рентгенография органов грудной клетки – однократно в начале лечения, далее – по показаниям;
- ЭКГ – однократно в начале лечения, далее – по показаниям при каждом осмотре;
- пульсоксиметрия – дважды в день и при каждом осмотре для контроля состояния.

Консультации специалистов

Пульмонолог/аллерголог – при неэффективности терапии.

Диспансерное наблюдение – пожизненно

Кратность осмотра –

1 раз в год.

Обязательные лабораторные исследования – 1 раз в год:

клинический анализ крови.

Обязательные инструментальные исследования – 1 раз в год:

- ЭКГ;
- рентгенография органов грудной клетки;
- спирометрия с бронхолитиком.

Консультации специалистов – 1 раз в год:

пульмонолог.

Лечение

Изменение образа жизни

- отказ от курения;
- занятия физической культурой;
- обучение технике ингаляции и основам самоконтроля;
- проведение вакцинации от гриппа и пневмококковой инфекции.

Медикаментозное лечение

Начальный объем терапии выбирают исходя из симптоматики.

Признак	Интермиттирующая астма	Легкая персистирующая астма	Среднетяжелая персистирующая астма	Тяжелая персистирующая астма
Дневные симптомы	Менее 1 раза в неделю	Более 1 раза в неделю	Ежедневно	Ежедневно
Ночные симптомы	Менее 2 раз в месяц	Более 2 раз в месяц	> 1 раза в неделю	Каждую ночь
Ограничение активности	Нет	Небольшое	Умеренное	Выраженное
ОФВ1/ПСВ	Более 80%	Более 80%	60–80%	Менее 60%
Разброс ПСВ или ОФВ1	Менее 20%	20–30%	Более 30%	Более 30%
Начальное лечение	Степень 1	Степень 2	Степень 3	Степень 4–5

Ступенчатая схема лечения

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Ступень 1	<p>Ингаляционные β-2-агонисты короткого действия (КДБА):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Сальбутамол 100–200 мкг на прием по потребности • Фенотерол/ 2 инг. на прием по потребности <p>Низкие дозы ИГКС:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Беклометазон (ЭМД) 100–200 мкг/сут. • Беклометазон (не ЭМД) 200–500 мкг/сут. • Будесонид 200–400 мкг/сут. • Циклесонид 80–160 мкг/сут. • Флютиказон 100–250 мкг/сут. • Мометазон 110–220 мкг/сут. в 1–2 приема • Беклометазон/Сальбутамол 250/100–500/200 мкг/сут. в 1 или 2 приема или антилейкотриеновые препараты: Монтелукаст 10 мг 	Применяются в качестве неотложной облегчающей терапии у всех пациентов с симптомами астмы на всех ступенях терапии
Ступень 2	<p>По потребности: (КДБА):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Сальбутамол 100–200 мкг • Фенотерол 2 инг. на прием <p>Низкие дозы ИГКС:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Беклометазон (ЭМД) 100–200 мкг/сут. • Беклометазон (не ЭМД) 200–500 мкг/сут. • Будесонид 200–400 мкг/сут. • Циклесонид 80–160 мкг/сут. • Флютиказон 100–250 мкг/сут. • Мометазон 110–220 мкг/сут. в 1 или 2 приема • Беклометазон/Сальбутамол 250/100–500/200 мкг/сут. в 1 или 2 приема <p>Альтернативное лечение Антилейкотриеновые препараты:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Монтелукаст 10 мг • Низкие дозы теофиллина 	У взрослых стартовая доза, как правило, эквивалентна дозе Беклометазона дипропионата (БДП) 400 мкг в день
Ступень 3	<p>Низкие дозы ИГКС/ДДБА (фиксированные комбинации):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Будесонид/Формотерол 160–320/4,5–9 мкг/сут. • Будесонид/Формотерол 200–400/12–24 мкг/сут. • Беклометазон/Формотерол 100–200/6–12 мкг/сут. • Мометазон/Формотерол 100–200/5–10 мкг/сут. • Флутиказона пропионат/Сальметерол 125–250/25–50 мкг/сут. • Флутиказона фураат/Вилантерол 22/92 мкг/сут. <p>Альтернативное лечение:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Низкие дозы ИГКС + Тиотропий • Низкие дозы ИГКС + Антилейкотриеновый препарат • Низкие дозы ИГКС + Теофиллин замедленного высвобождения <p>По потребности:</p> <ul style="list-style-type: none"> • КДБА • Сальбутамол 100–200 мкг • Фенотерол/Ипратропий 2 инг. на прием 	<p>Возможно раздельное применение ИГКС + ДДБА:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Беклометазон (ЭМД) 100–200 мкг/сут. • Беклометазон (не ЭМД) 200–500 мкг/сут. • Будесонид 200–400 мкг/сут. • Циклесонид 80–160 мкг/сут. • Флютиказон 100–250 мкг/сут. • Мометазон 110–220 мкг/сут. + Формотерол 12–48 мкг/сут. <p>Возможно увеличение доз ИГКС в эквиваленте БДП до 800 мкг/сут. в два приема</p>

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
<p>Ступень 4</p>	<p>Повышение дозы ИГКС в комбинации ИГКС/ДДБА:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Беклометазон 800–1000 мкг/сут. • Будесонид 400–800 мкг/сут. • Флютиказон 250–500 мкг/сут. • Мометазон 400–800 мкг/сут. в 1 или 2 приема. <p>Или терапия единым ингалятором: фиксированная комбинация ИГКС/ДДБА в мультидозовом ингаляторе 160/4,5 по 1–2 дозы утром и вечером плюс по потребности или ИГКС/ДДБА в виде дозированного аэрозоля 100/6 мг по 1–2 дозы утром и вечером плюс по потребности.</p> <p>По потребности:</p> <ul style="list-style-type: none"> • КДБА • Сальбутамол 100–200 мкг на прием • Фенотерол/ипратропий 2 инг. на прием (при режиме терапии единым ингалятором ингаляции по потребности проводятся основным препаратом) 	<p>Возможно добавление Монтелукаста 10 мкг/сут. Добавление Тиотропия 10 мкг/сут. или 18 мкг/сут. Добавление Теофиллина замедленного высвобождения 200–350 мг/сут.</p> <p>Повышение дозы ИГКС (до 1000–2000 мкг в эквиваленте БДП) + ДДБА в два приема. При неэффективности – направление к специалисту</p>
<p>Ступень 5</p>	<p>Максимальная доза ИГКС (см. ступень 4) в два приема. Минимальная доза пероральных стероидов 5–7,5 мг преднизолона или эквивалент.</p> <p>Или терапия единым ингалятором: фиксированная комбинация ИГКС/ДДБА в мультидозовом ингаляторе 160/4,5 по 1–2 дозы утром и вечером плюс по потребности или ИГКС/ДДБА в виде дозированного аэрозоля 100/6 мг по 1–2 дозы утром и вечером плюс по потребности Тиотропий 10 или 18 мкг/сут. Анти-IgE-терапия (Омализумаб)</p> <p>По потребности:</p> <ul style="list-style-type: none"> • КДБА • Сальбутамол 100–200 мкг • Фенотерол/Ипратропий 2 инг. на прием (при режиме терапии единым ингалятором ингаляции по потребности проводятся основным препаратом) 	<p>Пациент, требующий лечения согласно ступени 5, нуждается в консультации специалиста для проведения дифференциального диагноза, возможного назначения анти-IgE-терапии и оценки необходимости системных кортикостероидов</p>

23. ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ, НЕ КЛАССИФИЦИРОВАННАЯ В ДРУГИХ РУБРИКАХ (J12); ПНЕВМОНИЯ, ВЫЗВАННАЯ STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE (J13); ПНЕВМОНИЯ, ВЫЗВАННАЯ HAEMOPHILUS INFLUENZAE [ПАЛОЧКОЙ АФАНАСЬЕВА – ПФЕЙФФЕРА] (J14)

Выявление пациента с данным заболеванием: терапевт/ВОП

Установление диагноза: терапевт/ВОП

Назначение медикаментозного и немедикаментозного метода лечения: терапевт/ВОП

Наблюдение за эффективностью лечения: терапевт/ВОП

Заболевание или состояние (группа заболеваний или состояний), при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение	Минимальная периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций)	Контролируемые показатели состояния здоровья в рамках проведения диспансерного наблюдения	Длительность диспансерного наблюдения	Примечания
Состояние после перенесенной пневмонии J12 J13 J14	1 раз в год	Сатурация кислорода в крови согласно клиническим рекомендациям		По рекомендации врача-пульмонолога

Диагностика заболевания

Лихорадка в сочетании с жалобами на острый кашель, одышку, отделение мокроты и/или боль в грудной клетке, связанную с дыханием или кашлем. Пациенты с ВП часто жалуются на немотивированную слабость, утомляемость, ознобы, сильное потоотделение по ночам. Развитию ВП могут предшествовать симптомы поражения верхних дыхательных путей (боли в горле, насморк и др.). При тяжелой ВП клиническая картина может дополняться развитием СШ, острой ДН и другой органной дисфункции. Классическими объективными признаками являются отставание пораженной стороны грудной клетки при дыхании, усиление голосового дрожания, укорочение (притупление) перкуторного звука над пораженным участком легкого, появление бронхиального дыхания, наличие фокуса мелкопузырчатых хрипов или крепитации, усиление бронхофонии.

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные лабораторные исследования:

- клинический анализ крови;
- клинический анализ мочи;
- биохимическое исследование крови (СРБ, мочевины, креатинин, электролиты, печеночные ферменты, билирубин, глюкоза, альбумин);
- бактериоскопия и культуральное исследование мокроты.

Обязательные инструментальные исследования:

- измерение АД дважды, на обеих руках;
- аускультация легких;
- обзорная рентгенография ОГК в двух проекциях;
- пульсоксиметрия;
- ЭКГ.

В случае подозрения на наличие параневмонического экссудативного плеврита – трансторакальное ультразвуковое исследование грудной полости.

Всем амбулаторным пациентам с ВП для оценки прогноза рекомендуется использовать шкалу CURB/CRB-65.

Шкала CURB-65 включает анализ 5 признаков:

- нарушение сознания, обусловленное пневмонией;
- повышение уровня азота мочевины > 7 ммоль/л;
- тахипноэ ≥ 30 /мин.;
- снижение систолического артериального давления < 90 мм рт. ст. или диастолического ≤ 60 мм рт. ст.;
- возраст больного ≥ 65 лет.

Наличие каждого признака оценивается в 1 балл, общая сумма может варьировать от 0 до 5 баллов, риск летального исхода возрастает по мере увеличения суммы баллов. CRB-65 отличается отсутствием в критериях оценки азота мочевины. Основное значение прогностических шкал заключается в возможности выделить больных ВП с низким риском неблагоприятного прогноза, которые не требуют госпитализации и могут лечиться в амбулаторных условиях. К ним относятся пациенты 1-й группы по шкалам CURB-65/CRB-65. Напротив, прогноз является чрезвычайно неблагоприятным при наличии > 3 баллов по шкале CURB/CRB-65. Такие пациенты требуют обязательной и неотложной госпитализации в ОПИТ.

Действия терапевта (ВОП)

Пациенты 2-й и 3-й группы экстренно госпитализируются.

Пациенты 1-й группы в случае отказа от госпитализации – лечение амбулаторно.

Обязательные лабораторно-инструментальные исследования:

- клинический анализ крови;
- клинический анализ мочи;
- биохимическое исследование крови (СРБ);
- бактериоскопия и культуральное исследование мокроты;
- обзорная рентгенография ОГК в двух проекциях;
- пульсоксиметрия.

Стартовая терапия:

- Амоксициллин/Клавуланат 625 мг (3 раза в сутки) или 1–2 г (2 раза в сутки)
- Амоксициллин/Сульбактам 1 г (3 раза в сутки) или 2 г (2 раза в сутки)

или

- Азитромицин 500 мг 1 раз в сут.

Оценка эффективности стартовой терапии – через 48–72 часа.

Медикаментозная терапия

Антибактериальная терапия ВП у амбулаторных пациентов

Группа	Наиболее частые возбудители	Препараты выбора	Альтернатива
Нетяжелая ВП у пациентов без сопутствующих заболеваний ¹ , не принимавших за последние 3 мес. АМП ≥ 2 дней и не имеющих других факторов риска ²	S. pneumoniae M. pneumoniae C. pneumoniae H. influenzae Респираторные вирусы	Амоксициллин внутри	Макролид внутри ³
Нетяжелая ВП у пациентов с сопутствующими заболеваниями ¹ и/или принимавшими за последние 3 мес. АМП ≥ 2 дней и/или имеющих другие факторы риска ²	S. pneumoniae H. influenzae C. pneumoniae S. aureus Enterobacterales Респираторные вирусы	Амоксициллин/ Клавуланат и др. ИЗП внутри	РХ (левофлоксацин, моксифлоксацин, гемифлоксацин) внутри или ЦС III ⁴ внутри

Критерии эффективности антимикробной терапии:

- температура < 37,5° С;
- отсутствие интоксикации;
- отсутствие дыхательной недостаточности (частота дыхания менее 20 в минуту);
- отсутствие гнойной мокроты;
- количество лейкоцитов в крови < 10 x 10⁹/л, нейтрофилов < 80%, юных форм < 6%;
- отсутствие отрицательной динамики на рентгенограмме.

При отсутствии критериев эффективности – экстренная госпитализация.

Диспансерное наблюдение

Диспансерное наблюдение после перенесенной пневмонии – в течение 6 месяцев.

Кратность осмотра –

через 1, 3, 6 месяцев после излечения.

Лабораторно-инструментальные исследования:

- клинический анализ крови – через 1, 3, 6 месяцев после излечения;
- рентгенография ОГК – по показаниям;
- пульсоксиметрия – при каждом посещении;
- ЭКГ – при каждом посещении.

Консультации специалистов

Пульмонолог – после тяжелой пневмонии.

Вакцинация!

Проводится не ранее чем через 3 месяца после перенесенной пневмонии.

Вакцинация против пневмококковой инфекции:

первоначально вводится Превенар 13, через 1 месяц – Пневмо 23.

Вакцинация против гриппа: проводится ежегодно, до начала сезона.

Лечение

Изменение образа жизни:

- отказ от курения;
- отказ от алкоголя;
- регулярные аэробные физические нагрузки;
- соблюдение режима сна и отдыха;
- потребление достаточного количества жидкости.

Санаторно-курортное лечение –

в течение 12 месяцев после перенесенной пневмонии.

24. ДРУГИЕ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЕ ЛЕГОЧНЫЕ БОЛЕЗНИ

(J84.1)

Выявление пациента с данным заболеванием: терапевт/ВОП

Установление диагноза: терапевт/ВОП

Назначение медикаментозного и немедикаментозного метода лечения: терапевт/ВОП

Наблюдение за эффективностью лечения: терапевт/ВОП

Заболевание или состояние (группа заболеваний или состояний), при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение	Минимальная периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций)	Контролируемые показатели состояния здоровья в рамках проведения диспансерного наблюдения	Длительность диспансерного наблюдения	Примечания
Интерстициальные заболевания легких J84.1 V86	1 раз в год	Отсутствие или уменьшение частоты обострений ФВД (согласно клиническим рекомендациям). Сатурация кислорода в крови (согласно клиническим рекомендациям)	Пожизненно	По рекомендации врача-пульмонолога

Диагностика заболевания

Основные симптомы:

- постоянная, прогрессирующая и плохо поддающаяся воздействию терапии одышка (100%);
- тахипноэ – до 50% случаев;
- кашель – сухой и непродуктивный. Однако у 20% пациентов в тяжелых случаях кашель может быть с отделением слизистой и иногда слизисто-гноющей мокроты;
- нежные, высокие, двусторонние, трескучие, крепитирующие хрипы (т. н. конечно-инспираторная крепитация). Наиболее часто хрипы выслушиваются в заднебазальных отделах, хотя при прогрессировании заболевания крепитация может выслушиваться над всей поверхностью легких и в течение всей фазы вдоха. На ранних этапах болезни базальная крепитация может ослабевать или даже полностью исчезать при наклоне больного вперед.
- сухой плеврит;
- симптом «барабанных пальцев» у 25–50% больных (колбовидное утолщение концевых фаланг пальцев кистей и стоп с характерной деформацией ногтевых пластинок в виде часовых стекол);
- возможно возникновение спонтанного пневмоторакса;
- по мере прогрессирования заболевания появляются признаки дыхательной недостаточности и легочного сердца: диффузный серо-пепельный цианоз, набухание шейных вен, периферические отеки, усиление II тона над легочной артерией, тахикардия, S3 галоп.

Снижение массы тела больных, вплоть до развития кахексии, является характерным признаком терминальной стадии идиопатического фиброзирующего альвеолита.

Лихорадка и кровохарканье для заболевания нетипичны.

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные лабораторные исследования:

- клинический анализ крови;
- клинический анализ мочи.

Обязательные инструментальные исследования:

- обзорная рентгенография ОГК;
- спирометрия.

Консультации специалистов

Пульмонолог.

Действия терапевта (ВОП) при декомпенсации заболевания (период подбора/коррекции терапии)

Направление к пульмонологу.

Диспансерное наблюдение – пожизненно

Кратность осмотра

Через 6, 12, 18 месяцев.

Лабораторно-инструментальные исследования:

- ОАК;
- обзорная рентгенография ОГК;
- компьютерная томография высокого разрешения;
- спирометрия.

Консультации специалистов

Пульмонолог.

Лечение

Изменение образа жизни:

- отказ от курения.

Медикаментозная терапия

Рекомендации пульмонолога.

25 – 27. ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК

(N18.0; N18.1; N18.2; N18.3, N18.4; N18.5; N18.9)

Заболевание или состояние (группа заболеваний или состояний), при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение	Минимальная периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций)	Контролируемые показатели состояния здоровья в рамках проведения диспансерного наблюдения	Длительность диспансерного наблюдения	Примечания
<p>Пациенты, перенесшие острую почечную недостаточность, в стабильном состоянии, с хронической почечной недостаточностью 1-й стадии</p> <p>N18.1</p>	<p>4 раза в год</p>	<p>АД (согласно клиническим рекомендациям). ХС-ЛПНП (согласно клиническим рекомендациям). Скорость клубочковой фильтрации < 14> (согласно клиническим рекомендациям)</p>	<p>По рекомендации врача-нефролога</p>	<p>Прием (осмотр, консультация) врача-нефролога – 1 раз в год</p>
<p>Пациенты, страдающие хронической болезнью почек (независимо от ее причины и стадии), в стабильном состоянии с хронической почечной недостаточностью 1-й стадии</p> <p>N18.1</p>	<p>4 раза в год</p>	<p>АД (согласно клиническим рекомендациям). СКФ (согласно клиническим рекомендациям). ХС-ЛПНП (согласно клиническим рекомендациям)</p>	<p>Пожизненно</p>	<p>Прием (осмотр, консультация) врача-нефролога – 1 раз в год</p>
<p>Пациенты, относящиеся к группам риска поражения почек</p> <p>N18.9</p>	<p>Не реже 1 раза в год</p>	<p>АД (согласно клиническим рекомендациям). СКФ (согласно клиническим рекомендациям)</p>	<p>По рекомендации врача-нефролога</p>	<p>Прием (осмотр, консультация) врача-нефролога – 1 раз в год</p>

Диспансерное наблюдение

Диспансерному наблюдению подлежат все пациенты с ХБП, а также лица с высоким риском ее развития.

Лица из группы риска развития ХБП, а также пациенты с ХБП с умеренным комбинированным риском терминальной почечной недостаточности (ТПН) и сердечно-сосудистых осложнений (ССО) проходят диспансерное наблюдение у участкового врача, пациенты с ХБП с высоким и очень высоким риском – совместно участковым врачом и нефрологом.

Факторы риска развития ХБП, требующие диспансерного наблюдения:

- сахарный диабет;
- артериальная гипертензия;
- другие сердечно-сосудистые заболевания (ИБС, хроническая сердечная недостаточность, поражение периферических артерий и сосудов головного мозга);
- обструктивные заболевания мочевых путей (камни, аномалии мочевых путей, заболевания простаты, нейрогенный мочевой пузырь);
- аутоиммунные и инфекционные системные заболевания (системная красная волчанка, васкулиты, ревматоидный артрит, инфекционный эндокардит, HBV-, HCV, ВИЧ-инфекция);
- болезни нервной системы и суставов, требующие регулярного приема анальгетиков и НПВП (не менее 1 дозы в неделю или 4 доз в месяц);
- случаи терминальной почечной недостаточности или наследственные заболевания почек в семейном анамнезе;
- ОПН или нефропатия беременных в анамнезе;
- случайное выявление гематурии или протеинурии, изменений в почках по данным УЗИ в прошлом.

Гиперлипидемия, ожирение, возраст старше 50 лет, курение, злоупотребление алкоголем являются признанными факторами риска развития ХБП, однако не рассматриваются в качестве самостоятельных показаний к диспансерному наблюдению.

Диагностика заболевания

Хроническая болезнь почек (ХБП) – надзооогическое понятие, объединяющее всех пациентов с сохраняющимися в течение трех и более месяцев признаками повреждения почек и/или снижением их функции.

Диагноз ХБП следует устанавливать на основании следующих критериев:

- наличие любых клинических маркеров повреждения почек, подтвержденных с интервалом не менее 3 месяцев;
- любые маркеры необратимых структурных изменений органа, выявленные однократно при прижизненном морфологическом исследовании органа или при его визуализации;
- снижение СКФ < 60 мл/мин./1,73 м² в течение трех и более месяцев, вне зависимости от наличия других признаков повреждения почек.

Основные маркеры повреждения почек

Маркер	Замечания
Альбуминурия/протеинурия	Стойкое повышение экскреции альбумина с мочой
Стойкие изменения в осадке мочи	Эритроцитурия, цилиндринурия, лейкоцитурия
Изменения почек при визуализирующих методах исследования	Аномалии развития почек, кисты, гидронефроз, изменение размеров почек и др.
Изменения состава крови и мочи	Изменения сывороточной и мочевой концентрации электролитов, нарушения КОС и др.
Стойкое снижение скорости клубочковой фильтрации менее 60 мл/мин./1,73 м ²	При отсутствии других маркеров повреждения почек
Патоморфологические изменения в ткани почек, выявленные при прижизненной нефробиопсии	Изменения, указывающие на «хронизацию» процесса

Стадии ХБП

Стадия ХБП	Описание	СКФ (мл/мин./1,73 м ²)
C1	Высокая или оптимальная СКФ	≥ 90
C2	Незначительно сниженная СКФ	60–89
C3a	Умеренно сниженная СКФ	45–59
C3b	Существенно сниженная СКФ	30–44
C4	Резко сниженная СКФ	15–29
C5	Терминальная почечная недостаточность	< 15

Шкала оценки комбинированного риска терминальной почечной недостаточности (ТПН) и сердечно-сосудистых осложнений (ССО) у лиц, отнесенных в группу риска ХБП при терпевтическом обследовании

		Протеинурия	
		Отсутствует или следовая < 0,5 г/л	Повышенная > 0,5 г/л
СКФ мл/мин./ 1,73 м ²	≥ 90	Отсутствие ХБП или ХБП с умеренным риском	ХБП с высоким риском
	60–89	Отсутствие ХБП или ХБП с умеренным риском	ХБП с высоким риском
	45–59	ХБП с высоким риском	ХБП с очень высоким риском
	30–44	ХБП с очень высоким риском	ХБП с очень высоким риском
	15–29	ХБП с очень высоким риском	ХБП с очень высоким риском
	< 15	ХБП с очень высоким риском	ХБП с очень высоким риском

Основные показания к амбулаторной консультации нефролога – впервые выявленные и подтвержденные при повторном исследовании:

- протеинурия;
- альбуминурия ≥ 30 мг/сут. (мг/г);
- гематурия;
- снижение СКФ ниже 60 мл/мин.;
- повышение креатинина или мочевины крови;
- АГ, впервые выявленная в возрасте моложе 40 лет или старше 60 лет. Резистентная к лечению АГ;
- тубулопатии (никтурия, полиурия, гипоизостенурия, глюкозурия).

Основные показания к специализированному нефрологическому стационарному обследованию:

- олигурия (диурез менее 50 мл/сут.), анурия;
- быстро прогрессирующее снижение функции почек (удвоение уровня креатинина крови менее чем за 2 мес.);
- впервые выявленное снижение СКФ ниже 30 мл/мин. или уровень креатинина ≥ 250 мкмоль/л (м) и ≥ 200 мкмоль/л (ж);
- нефротический синдром (протеинурия более 3 г/сут.);
- впервые выявленный выраженный мочевого синдром (протеинурия более 1 г/сут.).

Алгоритм диспансерного наблюдения лиц с факторами риска ХБП и пациентов с ХБП в зависимости от риска ТПН и ССО

Заболевание, состояние	Регулярность профилактических посещений	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время профилактических посещений
<p>1 и более факторов риска ХБП</p>	<p>При наличии 1 фактора риска – 1 раз в 3 года.</p> <p>При сочетании нескольких факторов риска – 1 раз в год</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Сбор жалоб и анамнеза, активный опрос на наличие, характер и выраженность болей в поясничной области, отеков, никтурии; – опрос и краткое консультирование по поводу курения, характера питания, физической активности; – уточнение фактора приема анальгетиков, НПВП и других препаратов, обладающих нефротоксичностью; – уточнение факта приема гипотензивных препаратов при наличии показаний; – уточнение факта приема гиполипидемических, антиагрегантных и гипогликемических препаратов при наличии показаний; – измерение АД – при каждом посещении; – анализ данных СКАД; – уточнение характера гипотензивной терапии (при наличии АГ); – общий осмотр и физикальное обследование, включая измерение индекса массы тела и окружности талии, – при каждом посещении; – общий анализ мочи – при каждом посещении; – анализ крови биохимический с определением содержания креатинина, мочевой кислоты, общего холестерина, триглицеридов, глюкозы – при каждом посещении; – расчет скорости клубочковой фильтрации по формуле СКД-ЕРІ – при каждом посещении; – УЗИ почек (для лиц с наличием прямых родственников с ХБП, для пациентов с гематурией); – вакцинация от гриппа (при отсутствии противопоказаний у больных с аутоиммунными заболеваниями почек) – ежегодно; – при наличии АГ, СД 2-го типа, ИБС, ЦВБ осуществляется ДН также и по алгоритму при этих заболеваниях; – корректировка терапии (при необходимости); – объяснение пациенту и/или обеспечение его памяткой по алгоритму неотложных действий при жизнеугрожающем состоянии, вероятность развития которого у пациента наиболее высокая
<p>ПУ < 0,5 СКФ ≥ 60 (ХБП с умеренным риском ТПН и ССО)</p>	<p>1 раз в год</p> <p>Консультации нефролога:</p> <p>первичная – при выявлении ХБП,</p> <p>повторная – при ухудшении течения ХБП, то есть появлении ПУ > 0,5 и/или снижении СКФ до уровня < 60</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Опрос на наличие болей в поясничной области, отеков, никтурии – Опрос и краткое консультирование по поводу курения, характера питания, физической активности; – уточнение фактора приема анальгетиков, НПВП и других препаратов, обладающих нефротоксичностью; – уточнение факта приема гипотензивных препаратов при наличии показаний; – уточнение факта приема гиполипидемических, антиагрегантных и гипогликемических препаратов при наличии показаний; – измерение АД – при каждом посещении; – анализ данных СКАД; – уточнение характера гипотензивной терапии (при наличии АГ); – общий осмотр и физикальное обследование, включая измерение индекса массы тела и окружности талии, – при каждом посещении; – стратификация риска ТПН и ССО – при каждом посещении; – общий анализ мочи – при каждом посещении; – анализ крови биохимический с определением содержания креатинина, мочевой кислоты, общего холестерина, триглицеридов, глюкозы – при каждом посещении; – расчет скорости клубочковой фильтрации по формуле СКД-ЕРІ – при каждом посещении; – УЗИ почек при взятии под ДН, далее – по назначению нефролога; – вакцинация от гриппа (при отсутствии противопоказаний у больных с аутоиммунными заболеваниями почек) – ежегодно; – при наличии АГ, СД 2-го типа, ИБС, ЦВБ осуществляется ДН также и по алгоритму при этих заболеваниях; – корректировка терапии (при необходимости); – объяснение пациенту и/или обеспечение его памяткой по алгоритму неотложных действий при жизнеугрожающем состоянии, вероятность развития которого у пациента наиболее высокая

Заболевание, состояние	Регулярность профилактических посещений	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время профилактических посещений
<p>ПУ $\geq 0,5$ и СКФ ≥ 60 или СКФ 45–59, независимо от уровня ПУ (ХБП с высоким риском ТПН и ССО)</p>	<p>Не менее 1 раза в 6 месяцев.</p> <p>Наблюдение нефролога не менее 1 раза в год</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Опрос на наличие болей в поясничной области, отеков, никтурии; – опрос на наличие и выраженность боли в грудной клетке и одышки при физической нагрузке, эпизодов кратковременной слабости в конечностях, онемения половины лица или конечностей; – опрос и краткое консультирование по поводу курения, характера питания, физической активности; – уточнение фактора приема анальгетиков, НПВП и других препаратов, обладающих нефротоксичностью; – уточнение характера антипротеинурической терапии препаратами, блокирующими ренин-ангиотензиновую систему (при наличии ПУ $> 0,5$); – уточнение характера гипотензивной терапии (при наличии АГ); – уточнение характера гиполипидемической, антиагрегантной терапии; – уточнение факта приема гипогликемических препаратов и препаратов, снижающих мочевую кислоту – при наличии показаний; – измерение АД – при каждом посещении; – анализ данных СКАД; – общий осмотр и физикальное обследование, включая измерение индекса массы тела и окружности талии, – при каждом посещении; – стратификация риска ТПН и ССО – при каждом посещении; – общий анализ мочи при взятии под ДН, далее – по назначению нефролога; – исследование мочи на альбинурию – не менее 1 раза в год (у пациентов с АГ и сахарным диабетом и ПУ $< 0,5$); – общий анализ крови при взятии под ДН, далее – по назначению нефролога; – анализ крови биохимический с определением содержания креатинина, мочевой кислоты, общего холестерина, триглицеридов, глюкозы, натрия, калия – при взятии под ДН, далее – по назначению нефролога; – расчет скорости клубочковой фильтрации по формуле СКД-EPI – при каждом посещении; – УЗИ почек при взятии под ДН, далее – по назначению нефролога; – вакцинация от гриппа (при отсутствии противопоказаний у больных с аутоиммунными заболеваниями почек) – ежегодно; – при наличии АГ, СД 2-го типа, ИБС, ЦВБ осуществляется ДН также и по алгоритму при этих заболеваниях; – корректировка терапии (при необходимости); – объяснение пациенту и/или обеспечение его памяткой по алгоритму неотложных действий при жизнеугрожающем состоянии, вероятность развития которого у пациента наиболее высокая
<p>ПУ $\geq 0,5$ и СКФ 30–59 или СКФ 30–44, независимо от уровня ПУ (ХБП с очень высоким риском ТПН и ССО)</p>	<p>Не менее 1 раза в 3 месяца.</p> <p>Наблюдение нефролога не менее 1 раза в 6 месяцев</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Опрос на наличие болей в поясничной области, отеков, никтурии; – опрос на наличие и выраженность боли в грудной клетке и одышки при физической нагрузке, эпизодов кратковременной слабости в конечностях, онемения половины лица или конечностей; – опрос и краткое консультирование по поводу курения, характера питания, физической активности; – уточнение фактора приема анальгетиков, НПВП и других препаратов, обладающих нефротоксичностью; – уточнение характера антипротеинурической терапии препаратами, блокирующими ренин-ангиотензиновую систему (при наличии ПУ $> 0,5$); – уточнение характера гипотензивной терапии (при наличии АГ); – уточнение характера гиполипидемической, антиагрегантной терапии; – уточнение факта приема гипогликемических препаратов и препаратов, снижающих мочевую кислоту, – при наличии показаний; – измерение АД – при каждом посещении; – анализ данных СКАД; – общий осмотр и физикальное обследование, включая измерение индекса массы тела и окружности талии, – при каждом посещении; – стратификация риска ТПН и ССО – при каждом посещении; – общий анализ мочи при взятии под ДН, далее – по назначению нефролога; – исследование мочи на альбинурию (у пациентов с АГ и сахарным диабетом и ПУ $< 0,5$) – при взятии под ДН, далее – по назначению нефролога; – общий анализ крови при взятии под ДН, далее – по назначению нефролога; – анализ крови биохимический с определением содержания креатинина, мочевой кислоты, общего холестерина, триглицеридов, глюкозы, натрия, калия, кальция, фосфора, альбумина – при каждом посещении; – расчет скорости клубочковой фильтрации по формуле СКД-EPI – при каждом посещении; – УЗИ почек при взятии под ДН, далее – по назначению нефролога; – вакцинация от гриппа (при отсутствии противопоказаний у больных с аутоиммунными заболеваниями почек) – ежегодно; – при наличии АГ, СД 2-го типа, ИБС, ЦВБ осуществляется ДН также и по алгоритму при этих заболеваниях; – объяснение пациенту и/или обеспечение его памяткой по алгоритму неотложных действий при жизнеугрожающем состоянии, вероятность развития которого у пациента наиболее высокая

Примечания: ПУ – протеинурия, СКФ – скорость клубочковой фильтрации, ТПН – терминальная почечная недостаточность, ССО – сердечно-сосудистые осложнения, СКАД – самостоятельный контроль АД.

Пациенты с ХБП очень высокого риска ТПН и ССО с СКФ < 30 мл/мин. направляются к нефрологу для подготовки к заместительной почечной терапии.

Медикаментозное лечение

Группы препаратов, назначаемых при ХБП с целью нефро-, кардиопротекции, и особенности их применения

Направление нефро-, кардиопротекции	Группы препаратов	Тактика применения при ХБП
Антипротеинурическая (нефропротективная) терапия	ИАПФ БРА	<p>Рекомендуются при протеинурии > 0,5 г/л (IA) и могут быть эффективны при альбуминурии 30–300 мг/г (IIbC). Антипротеинурический эффект развивается постепенно и достигает максимума через 3–6 месяцев лечения.</p> <p>ИАПФ и БРА сопоставимы по влиянию на протенурию, БРА отличаются меньшим риском сухого кашля, ангионевротического отека и гиперкалиемии.</p> <p>Назначаются под тщательным контролем креатинина и СКФ до и через 5–7 дней после назначения. Повышение уровня креатинина на 30% после их назначения допустимо и свидетельствует об их эффективности (устранение феномена гиперфилтрации); на 30–49% требует уменьшения дозы, на 50% и более – немедленной отмены.</p> <p>Риск ОПН резко увеличивается на фоне гиповолемии, при сочетании с анальгетиками и НПВП, при введении рентген-контрастных средств.</p> <p>Назначаются под контролем калия сыворотки крови. При его уровне 5,0–5,4 ммоль/л – назначать с большой осторожностью в сочетании с низкокалорийной диетой и салуретиком. При уровне калия > 5,5 ммоль/л данные препараты противопоказаны.</p> <p>Противопоказаны при двустороннем стенозе почечных артерий</p>
	ИАПФ и БРА	При альбуминурии менее 30 мг/г могут применяться с целью контроля АД (не имеют преимуществ перед другими препаратами). Противопоказания и побочные действия – см. выше
Лечение артериальной гипертонии	Ингибитор ренина	Может применяться в виде монотерапии при альбуминурии менее 30 мг/г с целью снижения АД. Противопоказания и побочные действия – такие же, как у ИАПФ и БРА. Изучение комбинации ингибитора ренина с БРА не показало преимуществ по эффективности перед монотерапией БРА, но сопровождалось высокой частотой гиперкалиемии и эпизодов гипотонии
	Антагонисты кальция	<p>Препараты 2–3-го ряда.</p> <p>Некоторые антагонисты кальция (нифедипин, амлодипин) могут усиливать протеинурию, однако этот эффект нивелируется при сочетании с ИАПФ или БРА</p>
	Диуретики	<p>Препараты 2–3-го ряда.</p> <p>Салуретики значительно усиливают антипротеинурический эффект ИАПФ и БРА. Эффективность тиазидов снижается при ХБП С3А-ЗБ; при ХБП С4-5 они не рекомендуются. При СКФ менее 45 мл/мин. предпочтительны петлевые мочегонные. Опасность гиперурикемии и уратного криза при назначении тиазидов или петлевых диуретиков.</p> <p>Антагонисты альдостерона обладают хорошим антигипертензивным, а также нефро- и кардиопротективным эффектом. Однако необходим строгий контроль калия, особенно при комбинации с ИАПФ или БРА. Альдактон вызывает у мужчин эндокринные и онкологические осложнения, в отличие от селективного эплеренона. Альдактон противопоказан при СКФ < 30, эплеренон – при СКФ < 45 мл/мин.</p>
	Бета-адреноблокаторы	<p>Препараты 3–4-го ряда.</p> <p>Не обладают нефропротективным действием, однако снижают риск ССО. Преимущество – кардиоселективным средствам</p>
	Агонисты имидазолиновых рецепторов	<p>Препараты 3–4-го ряда.</p> <p>Обладают преимуществом при метаболическом синдроме</p>
	Альфа-адреноблокаторы	<p>Препараты 4–5-го ряда при резистентной артериальной гипертонии.</p> <p>Не обладают нефропротективным действием, но эффективно снижают АД.</p> <p>Опасность ортостатической гипотонии</p>
	Альфа-, бета-адреноблокаторы	

Направление нефро-, кардиопротекции	Группы препаратов	Тактика применения при ХБП
Коррекция гиперлипидемии, вазопротекция	Статины Эзетимиб	Не вызывает сомнения необходимость назначения статинов всем больным с ХБП и гиперхолестеринемией (IA). Согласно рекомендациям KDIGO 2013 г., статины показаны всем пациентам в возрасте ≥ 50 лет с ХБП С3А-5 и, с меньшей степенью доказательности, при ХБП С1-2, а также у лиц с ХБП моложе 50 лет, перенесших ОНМК, страдающих ИБС, сахарным диабетом вне зависимости от уровня холестерина и триглицеридов. Аторвастатин не требует коррекции дозы при СКФ < 30 мл/мин., дозы симвастатина и розувастатина должны быть снижены в 2 раза. Эзетимиб показан в дополнение к статинам больным с недостаточной эффективностью последних, в особенности при гипертриглицеридемии
Коррекция гиперурикемии	Аллопуринол	Требуется осторожность при назначении пациентам с ХБП – не более 100 мг/сут., при ХБП С3Б – 50 мг/сут., при ХБП 4-5 – назначение нежелательно
Коррекция нарушений фосфорно-кальциевого обмена	Фосфат-биндеры Препараты витамина D Агонисты рецепторов к витамину D Кальцимитетики	У пациентов с ХБП С4-5 (до начала лечения диализом) следует поддерживать уровень фосфатов сыворотки крови в нормальном диапазоне. Это может быть достигнуто назначением кальцийсодержащих фосфат-связывающих препаратов (карбоната или ацетата кальция). При гиперкальциемии используются бескальциевые фосфат-биндеры. Назначение препаратов витамина D с препаратами кальция связано с риском гиперкальциемии. Для коррекции гиперпаратиреоза применяют препараты витамина D или кальцимитетики (особенно при склонности к гиперкальциемии) или их комбинацию
Коррекция анемии	Препараты железа Препараты, стимулирующие эритропоэз	При выявлении анемии у больного с ХБП необходимо обследование для выявления всех возможных ее внепочечных причин. Лечение начинают с насыщения организма железом под контролем трансферрина и ферритина. Энтеральный путь на поздних стадиях ХБП малоэффективен. Препараты, стимулирующие эритропоэз, назначают при уровне гемоглобина ниже 100 г/л, поддерживая его на уровне 100–115 г/л. Более высокие значения гемоглобина связаны с увеличением риска ССО и повышением смертности. Одной из причин резистентности к препаратам, стимулирующим эритропоэз, является хроническое воспаление. Показано тщательное обследование и санация очагов хронической инфекции
Дополнительное снижение ССО	Антиагреганты	С целью кардиопротекции всем больным с ХБП с высоким и очень высоким риском ССО показано назначение АСК в дозе 100 мг/сут. в дополнение к другим лечебным воздействиям на факторы риска ССО. У больных с ХБП С4-5 возрастает риск кровотечений, что требует повышенной осторожности при назначении антиагрегантой терапии

Основная цель диспансерного наблюдения пациентов с ХБП –

максимальное снижение риска развития ТПН и ССО путем воздействия на весь спектр модифицируемых неблагоприятных факторов. К ним относятся: персистирующая протеинурия $\geq 0,5$ г/л, артериальная гипертензия, нерациональное питание (высокое потребление соли, избыточное потребление или дефицит белка, калорий, дефицит потребления жидкости), нарушения углеводного, жирового, пуринового, фосфорно-кальциевого обмена, анемия и хроническое воспаление, наличие обструктивных заболеваний мочевых путей, курение, пагубное потребление анальгетиков и НПВП, а также пищевых добавок, злоупотребление алкоголем, гиподинамия.

Мероприятия по изменению образа жизни

рекомендуются в обязательном порядке всем пациентам с ХБП, а также лицам, входящим в группу риска ее развития.

- **Отказ от курения.** Курение – не только один из главных факторов риска ССЗ. Курение вызывает нарушение почечной гемодинамики с развитием клубочковой гипертензии, которая приводит к усилению альбуминурии/протеинурии и формированию гломерулосклероза.
- **Нормализация массы тела.** Избыточная масса тела не только способствует развитию АГ и ССЗ, приводящих к поражению почек, но и непосредственно негативно влияет на почки, вызывая клубочковую гипертензию и гиперфльтрацию. Больным с ХБП рекомендуется поддержание ИМТ в пределах 20–25 кг/м² и окружности талии менее 102 см – у мужчин и менее 88 см – у женщин. У лиц с ожирением уменьшение массы тела на 5–10% от исходного приводит к достоверному снижению риска развития ССО, улучшению контроля АД, что крайне важно для прогноза ХБП.

- **Снижение потребления алкоголя.** Лицам с ХБП или входящим в группу риска ее развития следует ограничить его прием: менее 20 г алкоголя в сутки – для мужчин и 10 г в сутки – для женщин.
- **Увеличение физической активности.** Дозированные физические нагрузки показаны всем пациентам с ХБП, кроме больных с нефротическим синдромом, острой почечной недостаточностью. Аэробные нагрузки (плавание, ходьба, занятия на велотренажере) необходимы для оптимизации веса, АД, снижения риска ССО. Полезны и силовые упражнения для оптимизации белкового обмена, укрепления мышц. Занятия физкультурой должны быть регулярными и равномерно распределены в течение недели. Как минимум 30 минут в день 5–7 раз в неделю или по часу 3 раза в неделю.
- **Употребление анальгетиков, НПВП и других препаратов,** обладающих нефротоксичностью, должно быть максимально ограничено – не более 2 доз в месяц при невозможности полного исключения.

Диета при ХБП имеет огромное значение.

Она позволяет эффективно воздействовать на основные факторы прогрессирования ХБП и достоверно замедляет наступление ТПН.

Питание должно быть регулярным, по возможности частым – 3 основных приема пищи плюс 2 легких перекуса. Рацион должен содержать большое количество овощей и фруктов (не менее 400 г в сут.). Субпродукты, консервы, пищевые концентраты, продукты быстрого приготовления и полуфабрикаты, а также шипучие напитки, богатые фосфором, содержащие искусственные красители и синтетические вкусовые добавки, должны быть исключены.

Основа диеты при ХБП – строгое ограничение хлорида натрия (менее 5 г в сут.) и контролируемое ограничение потребления белка: малобелковая (0,6–0,8 г на кг веса в сутки) – для больных с ХБП С3а-Б или низкобелковая диета (0,3–0,6 г/кг/сут.) – для больных с ХБП С4-5 (до начала диализа).

В условиях ограничения суточного потребления белка важно, чтобы не менее 50% его составляли белки, богатые незаменимыми аминокислотами. Назначение комплекса кетоаналогов незаменимых аминокислот (кетостерил по 1 таб. на 5 кг массы тела в сутки) и высокая калорийность (30–35 ккал/кг в сутки) позволяют безопасно ограничивать потребление белка. Малобелковая диета приводит к уменьшению внутривенной гипертензии и протеинурии, что способствует замедлению прогрессирования ХБП, а низкобелковая диета с назначением кетоаналогов незаменимых аминокислот на поздних стадиях ХБП уменьшает уремическую интоксикацию, метаболический ацидоз.

В дополнение к ограничению белка при наличии гиперурикемии назначается низкопуриновая диета. Пациентам с ХБП С4-5 необходимо дополнительно ограничивать потребление фосфора (не более 800 мг/сут.) и калия при наличии соответствующих нарушений.

28. ОСТЕОПОРОЗ

(M80–M82)

Выявление пациента с данным заболеванием:	терапевт/ВОП
Установление диагноза:	терапевт, ревматолог, эндокринолог или травматолог-ортопед
Назначение медикаментозного и немедикаментозного метода лечения:	ревматолог, эндокринолог или травматолог-ортопед
Наблюдение за эффективностью лечения:	терапевт/ВОП

Заболевание или состояние (группа заболеваний или состояний), при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение	Минимальная периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций)	Контролируемые показатели состояния здоровья в рамках проведения диспансерного наблюдения	Длительность диспансерного наблюдения	Примечания
Остеопороз первичный M81.5	1 раз в год или по рекомендации врача – акушера-гинеколога, врача-эндокринолога, врача-ревматолога		Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача – акушера-гинеколога (для женщин с остеопорозом, развившимся в течение 3 лет после наступления менопаузы), врача-эндокринолога, врача-ревматолога – по медицинским показаниям

Диагностика заболевания

Для диагностики заболевания: выявление снижения минеральной плотности костной ткани по денситометрии или перенесенного низкоэнергетического перелома.

Симптомы заболевания, имеющие диагностическое значение:

- боль в спине, возникающая при длительном стоянии и быстро проходящая при разгрузке спины;
- изменение осанки (усиление грудного кифоза и/или выпрямление поясничного лордоза);
- уменьшение роста на 4 см или более по сравнению с максимальным (в юности);
- расстояние между ребрами и крыльями подвздошных костей менее 2 пальцев;
- низкоэнергетический перелом (возникший при действии силы, соответствующей падению с высоты собственного роста или меньшей).

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные лабораторные исследования:

- клинический анализ крови;
- биохимический анализ: клиренс креатинина (скорость клубочковой фильтрации), щелочная фосфатаза, магний, печеночные ферменты, глюкоза;
- ионизированный кальций крови, неорганические фосфаты крови, суточная моча на кальций; 25ОН-витамин D;
- расчет FRAX (десятилетняя вероятность развития низкоэнергетического перелома).

Обязательные инструментальные исследования:

- денситометрия (двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия поясничного отдела позвоночника и проксимальных отделов бедра – ДРА);
- рентгенография Th4-L5 позвонков в стандартной боковой проекции.

Консультации специалистов

Ревматолог/эндокринолог – при подозрении на заболевание, при подозрении на вторичный характер остеопороза.

Ортопед/нейрохирург при наличии показаний к вертебропластике или кифопластике.

Врач ЛФК – для подбора комплекса гимнастики после установления диагноза.

Действия терапевта (ВОП) при декомпенсации заболевания (период подбора/коррекции терапии)

Кратность осмотра –

однократно через 3 месяца (в случае выявления нарушений обмена кальция).

Обязательные лабораторно-инструментальные исследования:

- через 3 месяца лечения (в случае выявления нарушений обмена кальция):
- ионизированный кальций крови;
- фосфор крови;
- суточная моча на кальций.

Консультации специалистов

Ревматолог – при неэффективности лечения.

Травматолог-ортопед – по рекомендации ревматолога.

Диспансерное наблюдение – пожизненно

Кратность осмотра – 1 раз в год.

Обязательные лабораторно-инструментальные исследования:

рентгенография грудного и поясничного отделов позвоночника – 1 раз в год;

двухэнергетическая рентгеновская денситометрия – 1 раз в 1–2 года (по показаниям);

исследование ионизированного кальция крови и кальция суточной мочи – 1 раз в год.

Консультации специалистов

Ревматолог или эндокринолог – в случае неэффективности или плохой переносимости лечения.

Лечение

Изменение образа жизни:

коррекция питания (продукты, богатые кальцием);

отказ от курения и злоупотребления алкоголем.

Медикаментозное лечение

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Витамины и микроэлементы		
Коррекция обмена кальция и витамина D, профилактика и лечение остеопороза	• Кальций 0–1 г/сут. внутрь	
	• Витамин D3 800–2000 МЕ/сут. внутрь	6000–15 000 МЕ в неделю (с учетом уровня витамина D)
Препараты, воздействующие на костный метаболизм		
Лечение остеопороза	• Алендронат 70 мг внутрь	1 раз в неделю (строго по инструкции)
	• Ризендронат 35 мг внутрь	1 раз в неделю (строго по инструкции)
	• Золендроновая кислота 5 мг в/в капельно	Вводится в течение 20 мин., 1 раз в год
	• Деносумаб 60 мг подкожно	1 раз в 6 месяцев
	• Терипаратид 20 мкг подкожно	Ежедневно
	• Ибандронат 3 мг (3 мл) для в/в струйно	1 раз в 3 месяца (строго по инструкции)
	• Ибандронат 150 мг 1 таб. внутрь	1 раз в месяц

Немедикаментозное лечение:

- ходьба и физические упражнения (упражнения с нагрузкой весом тела, силовые упражнения и тренировка равновесия);
- образовательные программы («Школа здоровья для пациентов с остеопорозом»);
- ношение жестких и полужестких корсетов для снижения выраженности болевого синдрома после перелома позвонка. Длительное ношение корсета может привести к слабости мышц спины, и как следствие – к плохим отдаленным результатам;
- при высоком риске падений – мероприятия, направленные на его снижение.