

КРАТКИЕ АЛГОРИТМЫ ВЕДЕНИЯ
ПАЦИЕНТОВ
НА ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ
ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ
ПОМОЩИ

Пособие для врачей-терапевтов

Москва, 2019

Под редакцией Дранкиной О.М.

Коллектив авторов:

Алексееenko С.А., Багдасарян А.А., Бакулин И.Г., Брико Н.И., Вергазова Э.К., Гамбарян М.Г., Гиляревский С.Р., Гимаева З.Ф., Голованова Е.В., Гребенева Л.С., Демко И.В., Дехнич Н.Н., Дмитриева Т.В., Долгалев И.В., Ежов М.В., Каракулина Е.В., Костинов М.П., Куняева Т.А., Лавренова Е.А., Лазебник Л.Б., Лапина Е.Д., Ливзан М.А., Лялюкова Е.А., Мирончев О.В., Невзорова В. А., Непомнящих Д.Л., Онучина Е.В., Панина Е.С., Петрова М.М., Пешехонов С.Г., Позднякова О.Ю., Самсонов А.А., Сарсенбаева А.С., Сереброва С.Ю., Туркина С.В., Уметов М.А., Хабарова Ю.А., Чернышева Е.Н., Чесникова А.И., Шевяков М.А., Шепель Р.Н., Шестакова М.В., Якоб О.В., Яковлев С.В., Янковая Т.Н.

Предисловие

При большом разнообразии клинических рекомендаций, протоколов и стандартов врачу-терапевту, в условиях лимитированного времени приема пациента, необходим краткий алгоритм диагностики и лечения, особенно тех заболеваний, которые играют ведущую роль среди причин общей смертности.

Представленные схемы разработаны коллективом экспертов с целью оптимизации оказания первично медико-санитарной помощи участковыми терапевтами на амбулаторном этапе. При создании данного пособия учтены все замечания и предложения главных внештатных специалистов по терапии органов исполнительной власти субъектов и федеральных округов Российской Федерации.

Алгоритмы были апробированы на фокус-группах практикующих терапевтов-участковых в различных субъектах Российской Федерации и получили положительную оценку.

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПЕРВИЧНЫХ НЕОБСЛЕДОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С СИМПТОМАМИ ДИСПЕПСИИ НА ЭТАПЕ ПЕРВОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ*

Диспепсия – это один или несколько симптомов в различных сочетаниях: боль и чувство жжения в эпигастрии; чувство переполнения в эпигастрии после еды, раннее насыщение; возможны тошнота, отрыжка

Предварительный диагноз: Диспепсия Неуточненная (МКБ-10: K31.9)
Обследование согласно Приказу МЗ РФ №248. Исключить тревожные признаки.
Стартовая терапия на период обследования: ИПП (омепразол или рабепразол 20 мг/сут), ПРОКИНЕТИКИ (домперидон 30 мг/сут).

Эзофагогастродуоденоскопия. Исследование на *H. pylori*:

Определение антител класса IgG к *H. pylori* в крови у лиц, ранее не получавших антигеликобактерную терапию, вне зависимости от приема ИПП, антибиотиков и/или препаратов висмута. В отсутствие приема указанных групп препаратов возможно применение, включая для контроля эффективности эрадикации: ¹³C-уреазного дыхательного теста, определения антигена *H. pylori* в кале, быстрого уреазного теста с биоптатом, гистологического и бактериологического методов.

НР «+»

Эрадикационная терапия.

Симптомы диспепсии сохраняются более 6 мес.

Симптомы диспепсии прошли до 6 мес.

Диспепсия ассоциированная с инфекцией *H. pylori* (МКБ-10: B98.0)

Функциональная Диспепсия (МКБ-10: K30)
 ИПП (омепразол или рабепразол 20 мг/сут),
 ПРОКИНЕТИКИ (домперидон 30 мг/сут) 4 нед.

Гастриты, Дуодениты (МКБ-10: K29)

ИПП (омепразол или рабепразол 20 мг/сут), ПРОКИНЕТИКИ (домперидон 30 мг/сут) 4-8 нед.

Язвенная болезнь ДПК, неосложненная (МКБ-10: K26)

ИПП (омепразол, рабепразол или эзомепразол 20 мг/сут). При сохранении симптомов диспепсии после эрадикации к ИПП возможно добавление ПРОКИНЕТИКА (домперидон 30 мг/сут) 4 нед.

ГЭРБ без эзофагита*** (МКБ-10: K21.9). **ГЭРБ с эзофагитом** (МКБ-10: K21.0)

ИПП (омепразол; рабепразол; эзомепразол 20 мг/сут или пантопразол 40 мг/сут),
 ПРОКИНЕТИКИ (домперидон 30 мг/сут или итоприд 150 мг/сут) 4-8 нед.

Тревожные признаки «+»

Экстренная госпитализация, консультация хирурга и др. специалистов:

- Угроза желудочно-кишечного кровотечения или перфорации; положительный симптом раздражения брюшины; повторная рвота; отсутствие отхождения газов, перистальтических шумов; усиление боли в животе, лихорадка.
- Подозрение на абдоминальную форму острого инфаркта миокарда, мезентериальную ишемию

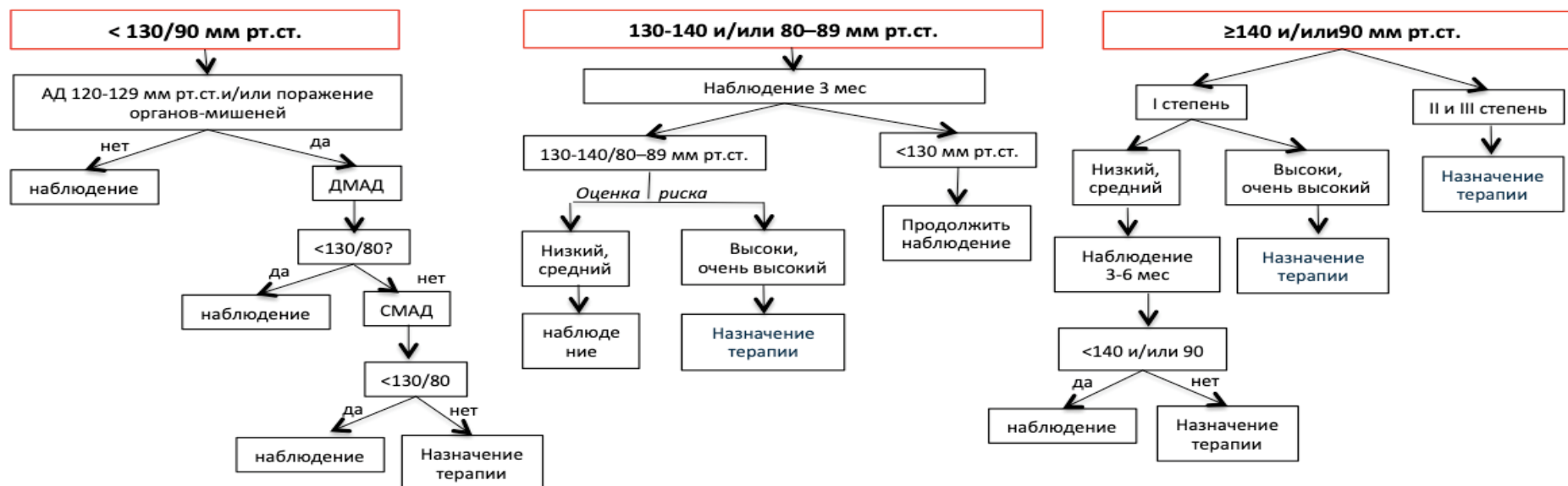
Плановая госпитализация:

- Тяжелая соматическая патология, пожилой возраст.

Дополнительные обследования, консультации «узких специалистов»:

- Дебют диспепсии после 45 лет, короткий (менее 6 месяцев) анамнез.
- Симптомы носят постоянный или прогрессирующий характер.
- Ночная симптоматика, вызывающая пробуждение.
- Дисфагия, необъясненное снижение массы тела.
- Изменения, выявленные при физикальном обследовании больного или при рутинных исследованиях *
- Подозрение на онкологию, выявление предраковых заболеваний ЖКТ, семейный анамнез по онкологическим заболеваниям.
- Язва желудка.
- ГЭРБ 2-4 стадии (по Савари-Миллеру) или В-Д степени (по Лос-Анжелесской классификации).
- Отсутствие эффекта от проводимой терапии.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ



Определение стадии гипертонической болезни, сердечно-сосудистого риска

Факторы риска:

- Мужской пол
- ≥55 лет у М, ≥65 лет у Ж
- Курение
- Дислипидемия
- Глюкоза 5,6 – 6,9 ммоль/л, НТГ
- Ожирение: ИМТ ≥ 30 кг/м² (в т.ч. абдоминальное: >94 у М, > 80 у Ж)
- Семейный анамнез ранних ССЗ (<55 лет у М, <65 лет у Ж)

Бессимптомное ПОМ:

- Пульсовое давление ≥60 мм рт.ст. (пожилой и старческий возраст)
- ГЛЖ (индекс Соколова-Лайона >35 мм, ИММЛЖ >115 г/м² у М и >95 г/м² у Ж)
- КИМ >0,9 мм или бляшка
- СРПВ > 10 м/сек
- ЛПИ <0,9
- СКФ 30 – 60 мл/мин/м²
- Микроальбуминурия

Имеющиеся ССЗ:

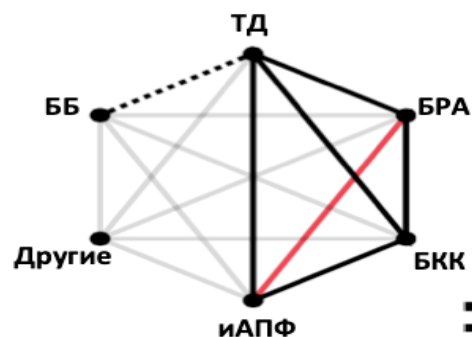
- ЦВБ (ИИ, кровоизлияние в мозг, ТИА)
- ИБС: ИМ, стенокардия, реваскуляризация
- Сердечная недостаточность
- Клинически манифестное поражение периферических артерий
- СКФ < 30 мл/мин/м², протеинурия > 300 мг/сут
- Тяжелая ретинопатия

Исключение симптоматической симптоматической АГ:

Синдром обструктивного апноэ сна
Реноваскулярная
Ренопаренхиматозная,
Эндокринная
(гиперальдостеронизм, феохромоцитома, гиперкортицизм, патология ЩЖ)

ПОМ – поражение органов мишеней, ЦВЗ – церебро-васкулярные заболевания, ХБП – хроническая болезнь почек, НТГ – нарушение толерантности к глюкозе, КИМ – комплекс интима-медиа, СРПВ – скорость распространения пульсовой волны, ЛПИ – лодыжечно-плечевой индекс, ДМАД – домашнее мониторирование АД, ЩЖ – щитовидная железа

Рациональные и нерациональные комбинации антигипертензивных препаратов



Целевые уровни АД (мм рт.ст.)

<140/90 мм рт.ст.
у всех категорий больных

*Возможно сочетание ББ и дигидропиридиновых БКК

— Предпочтительная комбинация
- - - Целесообразные комбинации
— Возможные комбинации
— Не рекомендуемая комбинация

Степени АГ:	САД мм рт.ст.	ДАД мм рт.ст.
1 степень	140–159	90–99
2 степень	160–179	100–109
3 степень	≥180	≥110

Выбор препарата в зависимости от клинической ситуации

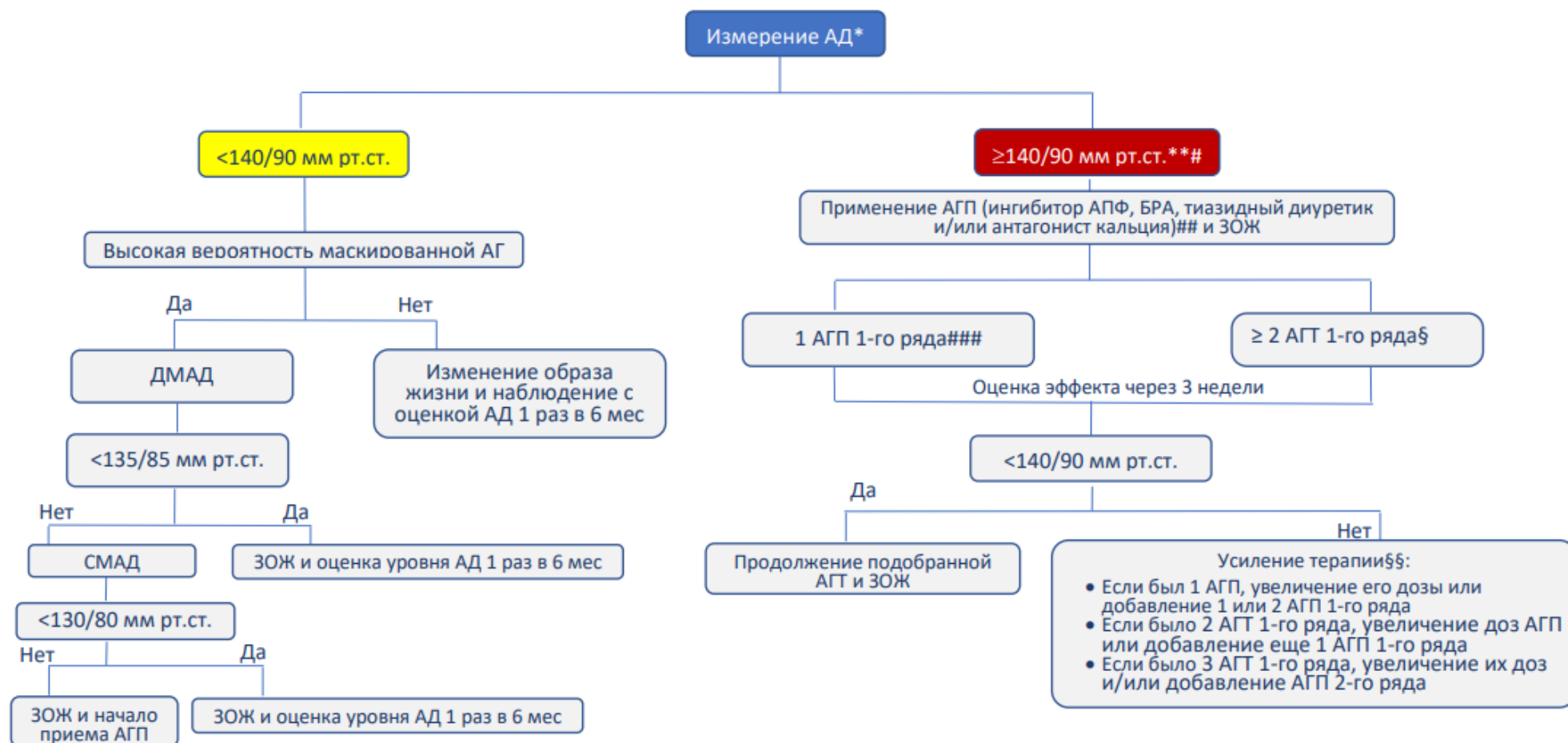
Клиническая ситуация	Препарат
ГЛЖ	иАПФ/БРА, БКК
Бессимптомный атеросклероз	БКК, иАПФ
МАУ, протеинурия, нарушение функции почек	иАПФ/БРА
Инсульт в анамнезе	Любой препарат, эффективно контролирующий АД
ИМ в анамнезе	ББ, иАПФ/ БРА
Стенокардия	ББ, БКК
Сердечная недостаточность	Диуретик, ББ, иАПФ/БРА, АМКР
ФП (профилактика)	БРА, иАПФ, ББ/АМКР
ФП (контроль ритма)	ББ, недигидропиридиновые БКК
Поражение периферических артерий	иАПФ, БКК
ИСАГ (пожилой и старческий возраст)	Диуретик, БКК
Метаболический синдром	иАПФ/БРА, БКК
СД	иАПФ/БРА

Порядок амбулаторного наблюдения при АГ

1. Наблюдение врачом общей практики: больные с низким/средним риском после достижения целевых значений АД (периодичность: 1 раз в 6 мес.)
2. Наблюдение кардиологом:
 - Больные высокого/очень высокого риска после достижения целевого АД (периодичность: 1 раз в 3 мес.)
 - Больные с трудно контролируемой АД
3. Консультация невролога, офтальмолога 1 раз в год при соответствующих симптомах

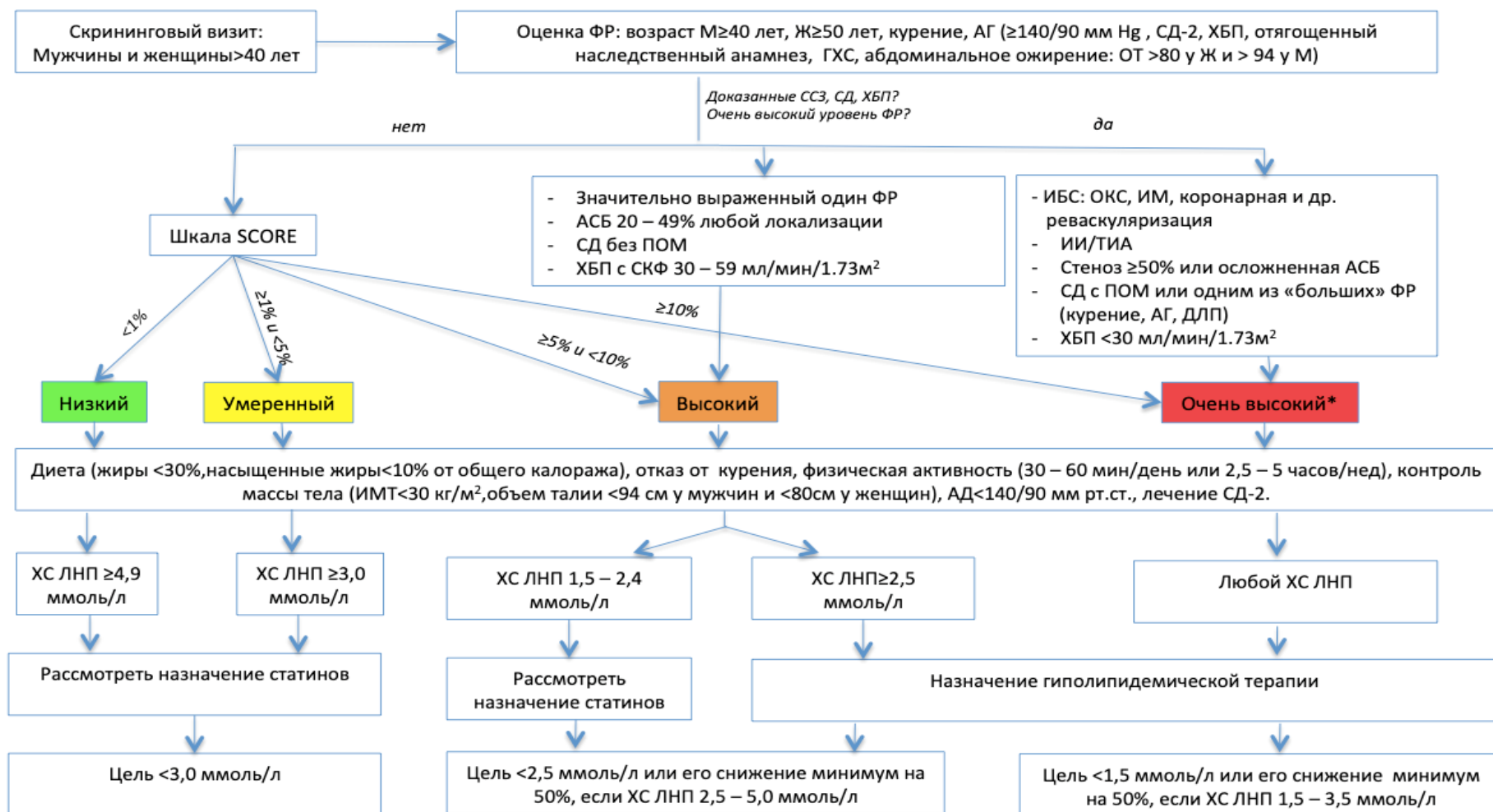
*Оценка эффективности подобранной схемы лечения – через 3-4 нед.

ББ – бета-блокаторы, БКК – блокаторы кальциевых каналов, иАПФ – ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, БРА – блокаторы рецепторов ангиотензина



Примечание. * — для оценки индивидуального уровня АД измеряйте АД не менее 2 раз в разные 2 дня или более. ** — исключите вторичный характер артериальной гипертензии (АГ). # — исключите АГ белого халата. ## — в качестве препаратов 1-го ряда может использоваться любой из препаратов, относящийся к таким классам; β-блокаторы используют при наличии дополнительных показаний; препараты других классов (препараты центрального действия, α-блокаторы, антагонисты минералокортикоидных рецепторов и петлевые диуретики применяют в случае неэффективности комбинированной АГТ препаратами 1-го ряда). ### — при исходном АД, на 20 мм рт.ст. превышающих пороговый, в качестве начальной терапии показан прием ≥ 2 АГП 1-го ряда; § — противопоказан сочетанный прием ингибитора АПФ и БРА. §§ — обязательна оценка степени соблюдения ранее назначенной терапии АГП и рекомендуемых подходов к ЗОЖ). АГ — артериальная гипертензия; АД — артериальное давление; АГП — антигипертензивные препараты; АПФ — ангиотензинпревращающий фермент; БРА — блокатор рецепторов ангиотензина II; ЗОЖ — здоровый образ жизни; ДМАД — домашнее мониторирование АД; СМАД — амбулаторное мониторирование АД.

АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ



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

ГХС – семейная гиперхолестеринемия

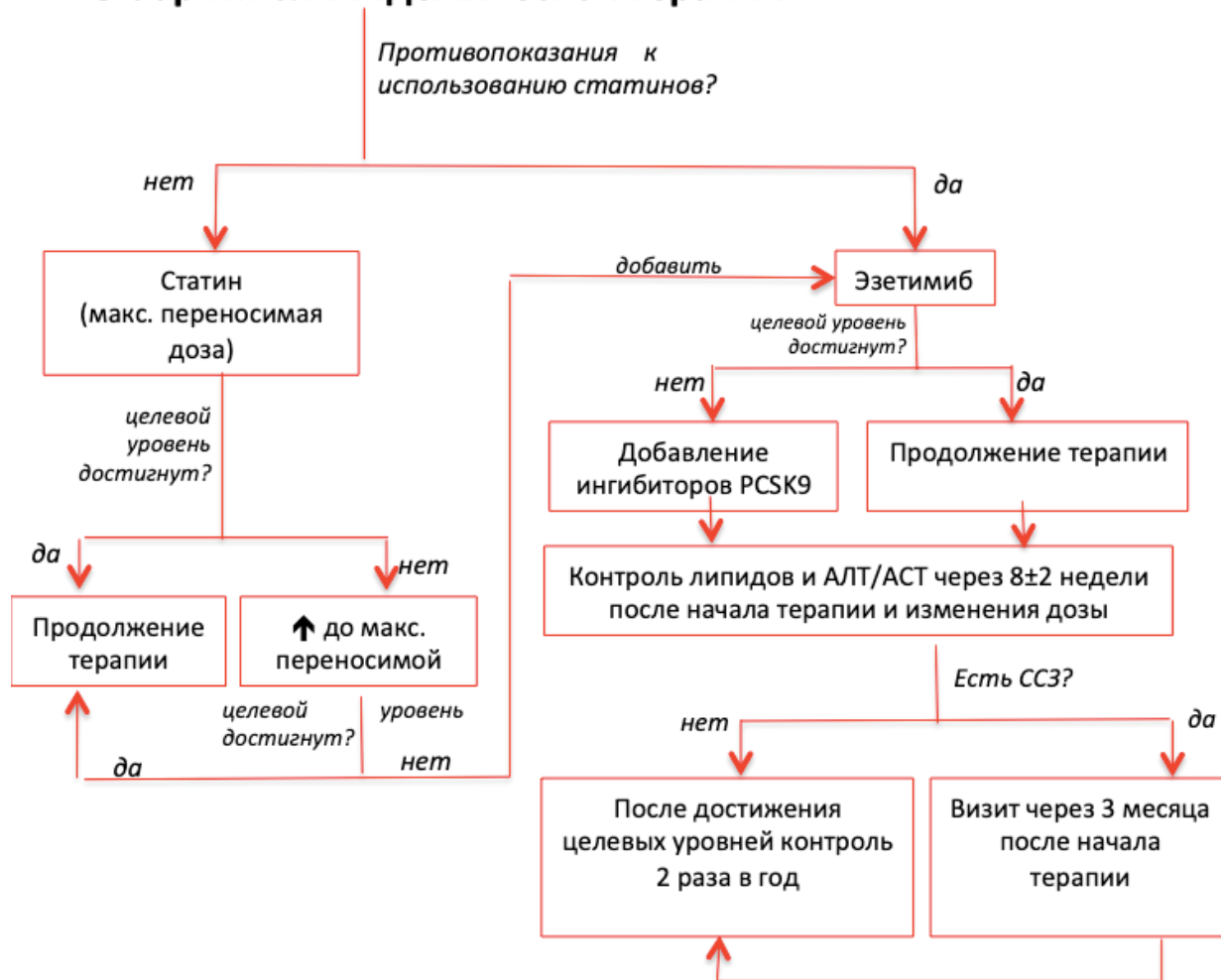
Противопоказания к использованию статинов:

- 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

Выбор гиполипидемической терапии



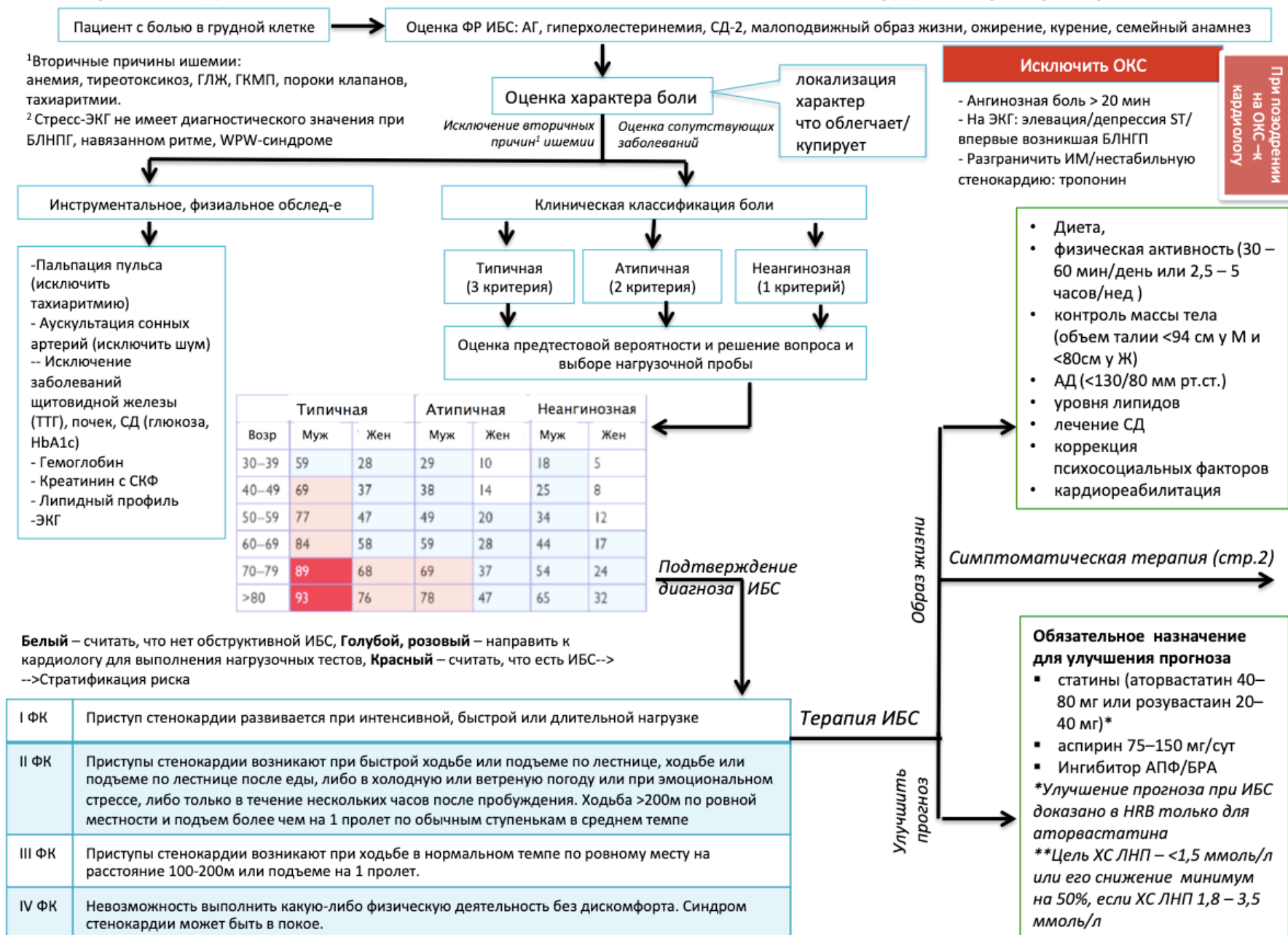
Контроль переносимости статинов (АЛТ/АСТ)



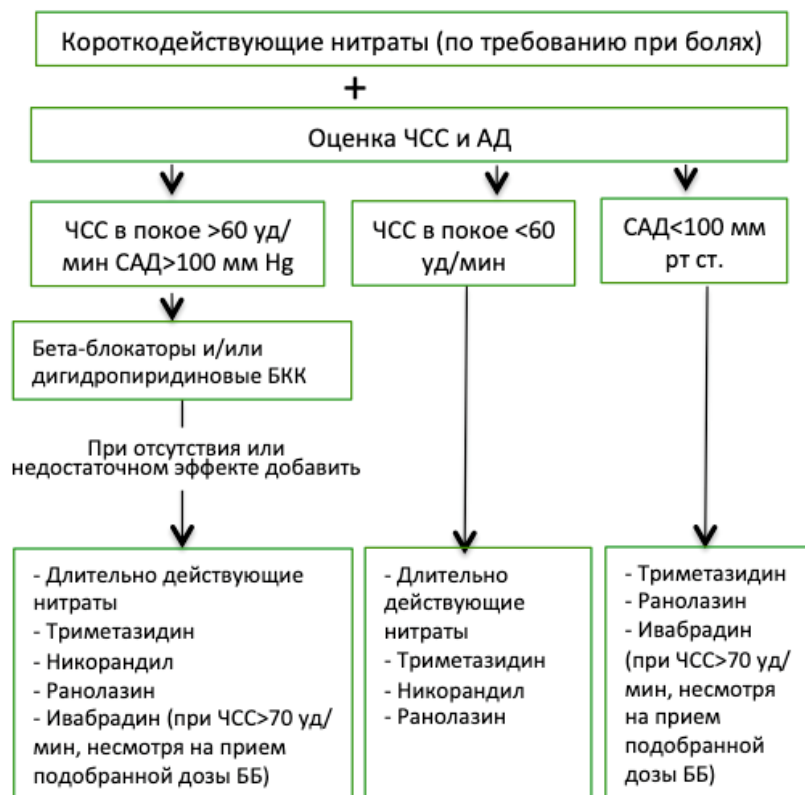
Кардиологом наблюдаются больные

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

Алгоритм обследования и лечения больного с стабильной ишемической болезнью сердца в амбулаторных условиях



Алгоритм выбора симптоматической терапии



Целевая ЧСС < 70 уд/мин
ББ – бета-блокаторы

При стабильном состоянии после проведенного неосложненного ЧКВ по поводу стабильной ИБС:

- Наблюдение кардиологом в течение 1 года – 3 раза в год (периодичность визитов после выписки: 1-ый, 6-ой, 12-ый месяц).
- Далее – наблюдение терапевта минимум 1 раз в год (или при сохраняющейся стенокардии – в зависимости от ФК)

Наблюдение за больными со стабильной ИБС

I – II ФК у лиц трудоспособного возраста:

- В течение 1-го года после постановки диагноза – наблюдение кардиологом (визиты 2 раза в год)
- Далее – наблюдение терапевтом (частота визитов 2 – 4 раза в год пожизненно)

I – IV ФК у лиц пенсионного возраста и III-IV ФК у трудоспособных

- В течение 1-го года после постановки диагноза – наблюдение кардиологом (визиты 3 раза в год, чаще – в зависимости от течения)
- Далее – наблюдение терапевтом (1 раз в год пожизненно)

Консультация кардиолога показана

- При дестабилизации состояния
- Для рассмотрения вопроса о проведении высокотехнологичных диагностических/лечебных методов, направлении в стационар

При рефрактерности к терапии

- Направление в стационар

После выписки по случаю ОКС:

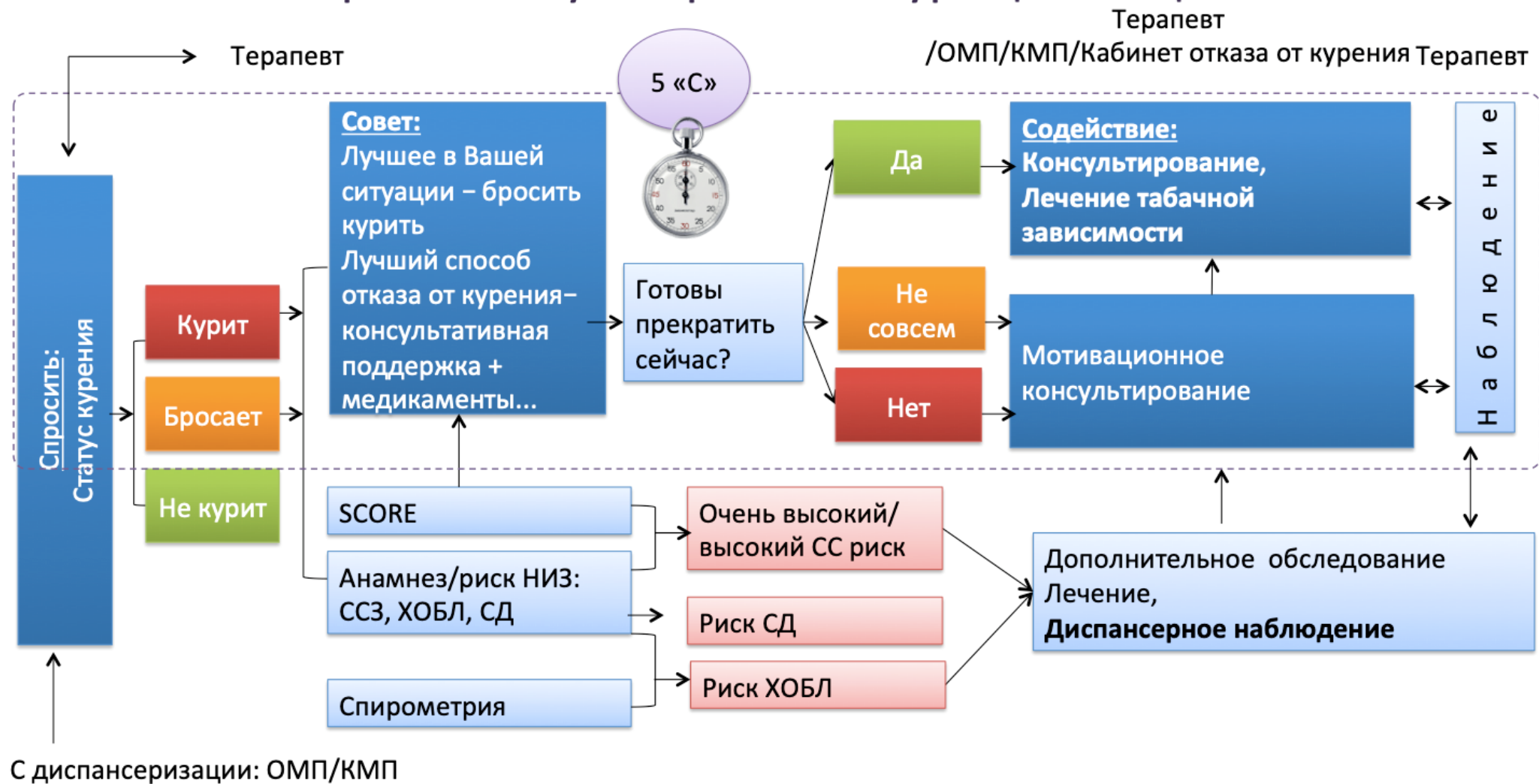
Наблюдение кардиолога:

- При осложненном ИМ – 4 раза в месяц до стабилизации состояния
- При неосложненном ИМ – 2 раза в месяц до стабилизации состояния
- При нестабильной стенокардии – 2 раза в месяц до стабилизации состояния

Через год после стабилизации состояния:

- а) Наблюдение терапевтом при отсутствии стенокардии или при стенокардии I-II ФК и ХСН I-II ФК
- б) Наблюдение кардиологом в остальных случаях (периодичность 2 – 4 раза в год)

Алгоритм консультирования курящего пациента



Алгоритм краткого консультирования курящего пациента: 5 «С»

1С СПРОСИТЬ

Вы курите?:
Ежедневно или не каждый день?
Уже нет? Бросили курить, недавно
– менее года назад?

2С СОВЕТОВАТЬ

- Индивидуальный и аргументированный совет
- Лучший способ снизить риск заболевания/справиться с вашим заболеванием/повысить эффективность лечения – полностью отказаться от курения/остаться некурящим....
 - Лучший способ отказаться от курения – сочетание поддержки и лекарственного лечения

3С СВЕРИТЬ

- Оценить готовность бросить курить + интенсивность курения и никотиновую зависимость у готовых бросить курить
- 1) Готовы бросить курить, скажем, в ближайший месяц? (Можно оценить по 10 бальной шкале)
 - 2) Сколько Вы курите сигарет в день и когда выкуриваете первую сигарету утром?



Не готовы бросить курить

Не совсем готовы бросить курить

Готовы бросить курить

4С СОДЕЙСТВОВАТЬ

- Спасибо за визит, если решитесь на консультацию, приходите,
- Возьмите, наш буклет, здесь информация как бросить курить и наши контакты.

- Существуют следующие методы лечения табачной зависимости..
- Пожалуйста, пройдите в наше ОМП/Кабинет отказа от курения для консультации и дальнейшего лечения ИЛИ
- Запишитесь ко мне на прием, когда будете готовы
- Возьмите, наш буклет, здесь информация как бросить курить и наши контакты.

- Давайте рассмотрим, какой способ лечения табачной зависимости Вам наиболее подходит
- Если готовы, давайте назначим дату отказа. ...
- Попробуем начать терапию выбранным препаратом
- Запишитесь ко мне на прием для назначения / коррекции лечения ИЛИ
- Пожалуйста, пройдите в наше ОМП/Кабинет отказа от курения

5С СОСТАВИТЬ РАСПИСАНИЕ

последующих визитов



- Запишитесь на повторную консультацию (для назначения лечения) когда будете готовы

- Ждем Вас на повторную консультацию (дата и время)
- Если будут вопросы, позвоните...

Алгоритм краткого консультирования курящего пациента (5 «С»)

СПРОСИТЬ

Вы курите?: Ежедневно или не каждый день?
Уже нет? Бросили курить, менее года назад?

СОВЕТОВАТЬ

- Индивидуальный и аргументированный совет
- Лучший способ снизить риск заболевания/справиться с вашим заболеванием/повысить эффективность лечения – полностью отказаться от курения/остаться некурящим....
 - Лучший способ отказаться от курения – сочетание психологической поддержки и лекарственного лечения

3С СВЕРИТЬ Оценить готовность бросить курить + интенсивность курения и никотиновую зависимость у готовых бросить курить

1) Готовы бросить курить, скажем, в ближайший месяц? (Можно оценить по 10 бальной шкале)

2) Сколько Вы курите сигарет в день и когда выкуриваете первую сигарету утром?



СОДЕЙСТВОВАТЬ

Не готовы бросить курить

- Спасибо за визит, если решитесь на консультацию, приходите,
- Возьмите, наш буклет, здесь информация как бросить курить и наши контакты.

Не совсем готовы бросить курить

- Существуют следующие методы лечения табачной зависимости..
- Пожалуйста, пройдите в наше ОМП/Кабинет отказа от курения для консультации и дальнейшего лечения ИЛИ
- Запишитесь ко мне на прием, когда будете готовы
- Возьмите, наш буклет, здесь информация как бросить курить и наши контакты.

Готовы бросить курить

- Давайте рассмотрим, какой способ лечения табачной зависимости Вам наиболее подходит
- Если готовы, давайте назначим дату отказа. ...
- Попробуем начать терапию выбранным препаратом
- Запишитесь ко мне на прием для назначения / коррекции лечения ИЛИ
- Пожалуйста, пройдите в наше ОМП/Кабинет отказа от курения

СОСТАВИТЬ РАСПИСАНИЕ последующих визитов



- Запишитесь на повторную консультацию (для назначения лечения) когда будете готовы

- Ждем Вас на повторную консультацию (дата и время)
- Если будут вопросы, позвоните...

Фармакотерапия табачной зависимости

Варианты фармакотерапии

ВАРЕНИКЛИН

- (при любом уровне зависимости)
- С 18 лет, противопоказан при беременности и лактации,
- терминальной стадии почечной недостаточности,
- индивидуальной непереносимости

Назначение и дозировки

- 1-3 дни – по 0,5 мг 1 р/д
- 4-7 дни по 0,5 мг 2 р/д
- Со 2-й недели до конца курса – по 1 мг 2 р/д

Успешный отказ от курения в выбранную дату, высокая мотивация – продолжительность курса 12 недель

Успешный отказ от курения до конца 12-й недели, высокая степень зависимости – продолжительность курса 24 недели

Никотинзаместительная терапия (НЗТ)

- Противопоказана при гиперчувствительности.
- С осторожностью при ССЗ, ЯБЖ, нарушении функций печени, почек, гипертиреозе, феохромоцитоме, сахарном диабете, беременности и лактации

≥ 20
сигарет
/день

Жевательная Резинка ИЛИ **Подъязычные Таблетки** 4 мг; 8-12 резинок (макс. 15) или 2х 8-12 таблеток в сутки (макс. 30) в первые 3 мес после отказа от курения, затем снизить до 1-2 резинок или 2-4 таблеток в сутки (макс. 6 мес); **ЛИБО** **Пластырь** 25 мг/16 ч 8 недель, 15 мг/16 ч 2 недели, 10 мг/16 ч 2 нед.

< 20
сигарет
/день

Жевательная Резинка ИЛИ **Подъязычные Таблетки** 2 мг, 8-12 резинок/таблеток в сутки (макс. 15) в первые 3 мес после отказа от курения, снизить до 1-2 в сутки (макс. 6 мес) **ЛИБО** **Пластырь** 15 мг/16 ч 8 недель, 10 мг/16 ч 4 недели

Спрей при непреодолимом желании закурить. Каждый час не более 4-х впрыскиваний. Не более 64 доз в сутки. Средний курс 6 недель. Постепенное снижение числа впрыскиваний, на 12-й неделе не более 4-х впрыскиваний. Отмена при снижении до 2-4 впрыскиваний в сутки.

ЦИТИЗИН

- Противопоказания: ОИМ,
- гиперчувствительность,
 - нестабильная стенокардия, аритмия,
 - перенесенный инсульт, атеросклероз,
 - артериальная гипертензия,
 - беременность, лактация

С осторожностью: при ИБС, ХСН, ХПН, печеночной недостаточности, заболеваниях периферических артерий, гипертиреозе, язвенной болезни желудка, сахарном диабете, ГЭРБ, шизофрении, возрасте старше 40 лет

Назначение и дозировки

- С 1 по 3 день по 1 таб. 6 р/д каждые 2 часа
- С 4 по 12 день по 1 таб. 5 р/д каждые 2,5 часа
- С 13 по 16 день по 1 таб. 4 р/д каждые 3 часа
- С 17 по 20 день 3 р/д по 1 таб. каждые 5 ч
- С 21 по 25 день 2 р/д по 1 таб.

Алгоритм диагностики и лечения пациентов с сахарным диабетом 2 типа

Группы риска развития СД 2 типа

- возраст ≥ 45 лет
- ИМТ ≥ 25 кг/м²
- родители или сибсы с СД 2 типа
- привычно низкая физическая активность
- нарушение гликемии натощак или НТГ в анамнезе
- гестационный СД или крупный плод в анамнезе
- установленный диагноз АГ
- ХС-ЛПВП $\leq 0,9$ ммоль/л и/или уровень ТГ $\geq 2,82$ ммоль/л
- ССЗ, СПКЯ
- абдоминальное ожирение (ОТ > 94 см для М и > 80 см для Ж)
- прием препаратов, способствующих гипергликемии (ГКС, тиазиды, α , β -адреноблокаторы, β -адреномиметики, тиреоидные гормоны и др.)

Скрининг (глюкоза натощак/ПГТТ)

Нормальная ИМТ, нет ФР, ≥ 45 лет

ИМТ ≥ 25 кг/м², ≥ 1 ФР, любой возраст

Если норма – обследование 1 раз в 3 года

Если предиабет – обследование 1 раз в год

Если дебют СД – ежедневно несколько раз. Далее – в зависимости от вида сахароснижающей терапии.

	Норма*		НГН		НТГ		СД ¹	
	КК	ВП	КК	ВП	КК	ВП	КК	ВП
Натощак	$<5,6$	$<6,1$	$\geq 5,6$ и $<6,1$	$\geq 6,1$ и $<7,0$	$<6,1$	$<7,0$	$\geq 6,1$	$\geq 7,0$
2ч после ПГТТ	$<7,8$	$<7,8$	$<7,8$	$<7,8$	$\geq 7,8$ и $<11,1$	$\geq 7,8$ и $<11,1$	$\geq 11,1^{1,2}$	$\geq 11,1$

Коррекция образа жизни³

+

Рассмотреть метформин 500 – 850 мг 2 раза/день (особенно у лиц <60 лет с ИМТ >30 кг/м²)
При хорошей переносимости – рассмотреть акарбозу

Оценка осложнений СД

Поздние

Макроангиопатия, нефро-, ретино-, нейропатия, синдром диабетической стопы

Острые

Гиперосмолярная кома
Гипогликемия

Определение терапевтических целей по HbA1c

	Возраст		
	Молодой	Средний	Пожилой и/или ОПЖ <5 лет
Тяжелые макрососудистые осложнения и/или риск тяжелой гипогликемии ⁴			
Нет	$<6,5\%$	$<7,0\%$	$<7,5\%$
Есть	$<7,0\%$	$<7,5\%$	$<8,0\%$

Основы лечения СД 2 типа

КОРРЕКЦИЯ ОБРАЗА ЖИЗНИ³

- **ПИТАНИЕ:** снижение массы тела: умеренно гипокалорийное питание ($\downarrow$ жиров и простых углеводов). Если предиабет, цель – $\downarrow$ массы тела на 5-7% от исх.
- **ФИЗ.НАГРЗКА:** регулярная физ. активность умеренной интенсивности ≥ 30 мин в большинстве дней недели (не менее 150 мин/нед). При приеме инсулина или ПССП, стимулирующих секрецию инсулина, физ.активность может вызывать гипогликемию.

+

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- Пероральные сахароснижающие препараты (метформин, иДПП-4, СМ/глиниды, ТЗД, ИНГЛТ-2), аГПП-1, базальный инсулин, инсулин короткого действия)
- Строится на основании учета рациональности комбинаций.

Нерациональные комбинации сахароснижающих препаратов

- СМ + глинид
- аГПП-1 + иДПП-4
- два препарата СМ
- ТЗД + инсулин
- Инсулин короткого действия + иДПП-4/аГПП-1/глинид/СМ

АГ – артериальная гипертензия, аГПП-1 – агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида-1, ВП – венозная плазма, ГКС – глюкокортикостероиды, иДПП-4 – ингибиторы дипептидилпептидазы-4, ИНГЛТ-2 – ингибиторы натрий-глюкозного ко-транспортера 2-го типа, КК – капиллярная кровь, ИМТ – индекс массы тела, НТГ – нарушение толерантности к глюкозе, НГН – нарушение гликемии натощак, ОПЖ – ожидаемая продолжительность жизни, ПССП – пероральные сахароснижающие препараты, СМ – препараты сульфонилмочевины, ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания, СПКЯ – синдром поликистозных яичников, СКФ – скорость клубочковой фильтрации, ТЗД – тиазолидиндионы, ТГ – триглицериды, ФР – фактор риска, ХС-ЛПВП – холестерин липопротеинов высокой плотности

* Значение гликемии в ммоль/л

1 - диагноз СД может быть поставлен на основании HbA1c $\geq 6,5\%$

2 - в т.ч. при случайном определении глюкозы при наличии симптомов гипергликемии

3 - см. далее

4 - тяжелая гипогликемия: тяжелая гипогликемия в анамнезе, бессимптомная гипогликемия, большая продолжительность СД, ХБП $\geq$ СЗ, декомпенсация

Подход к медикаментозной терапии при СД 2 типа



Препараты, не рекомендованные в определенной клинической ситуации

Проблема	Не рекомендованы
ССЗ (но не ХСН)	СМ (глибенкламид)
ХСН	СМ (глибенкламид), ТЗД иДПП-4 (саксаглиптин)
ХБП 1-3а ст.	СМ (глибенкламид) при СКФ < 60 мл/мин/1,73м ²
ХБП 3б-5 ст.	СМ (глибенкламид), метформин, иНГЛТ-2 агПП-1 (при СКФ < 30 мл/мин/1,73м ²), ТЗД, акарбоза, иДПП-4 (гозоглиптин)
Ожирение	Вызывают прибавку массы тела СМ, ТЗД, инсулины

Периодичность консультаций эндокринолога/диабетолога при СД 2 типа

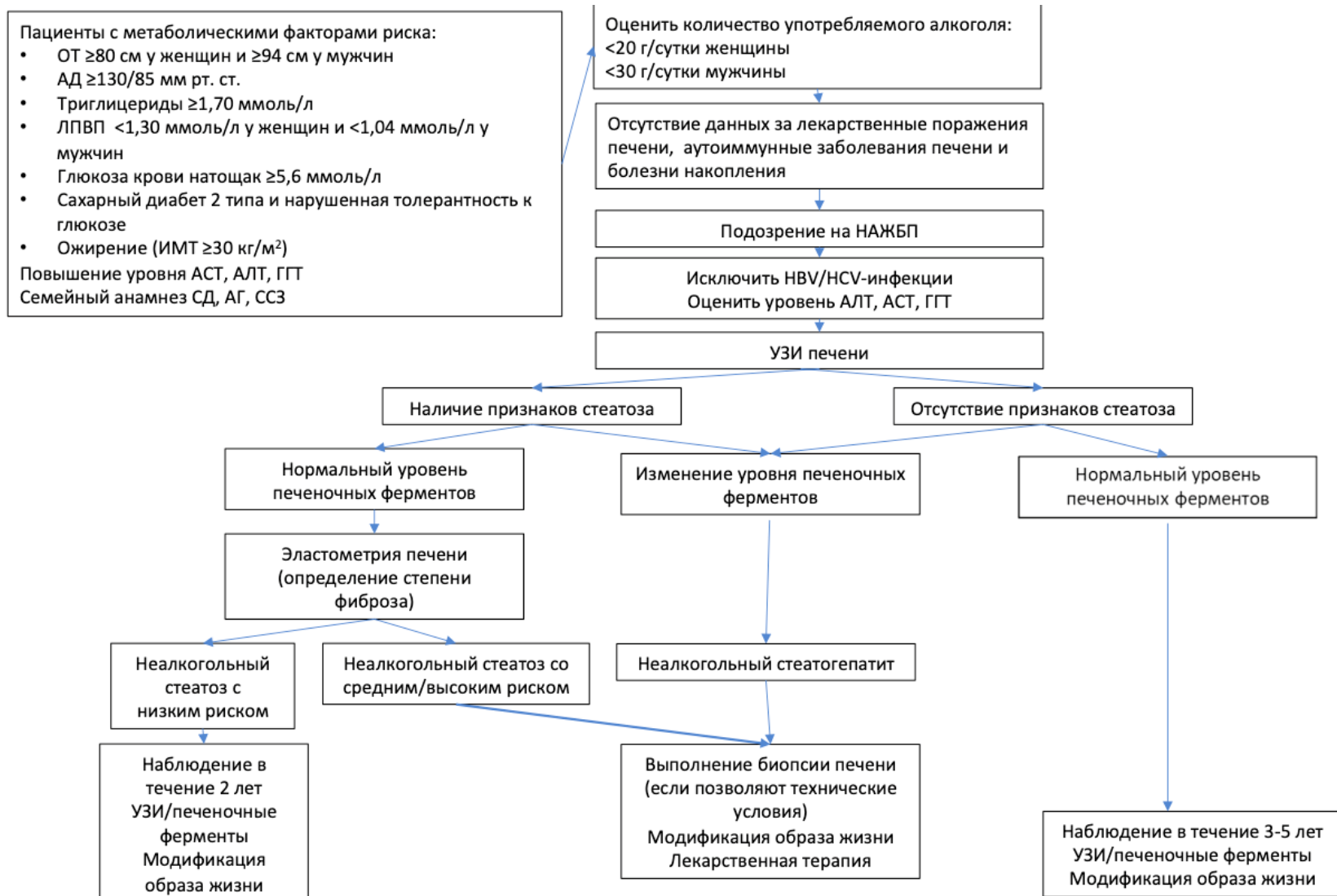


1 – СМ кроме глибенкламида
МАУ – микроальбуминурия
СКАД – самоконтроль артериального давления
МЕТ – метформин

Частота мониторинга других показателей и консультаций специалистов

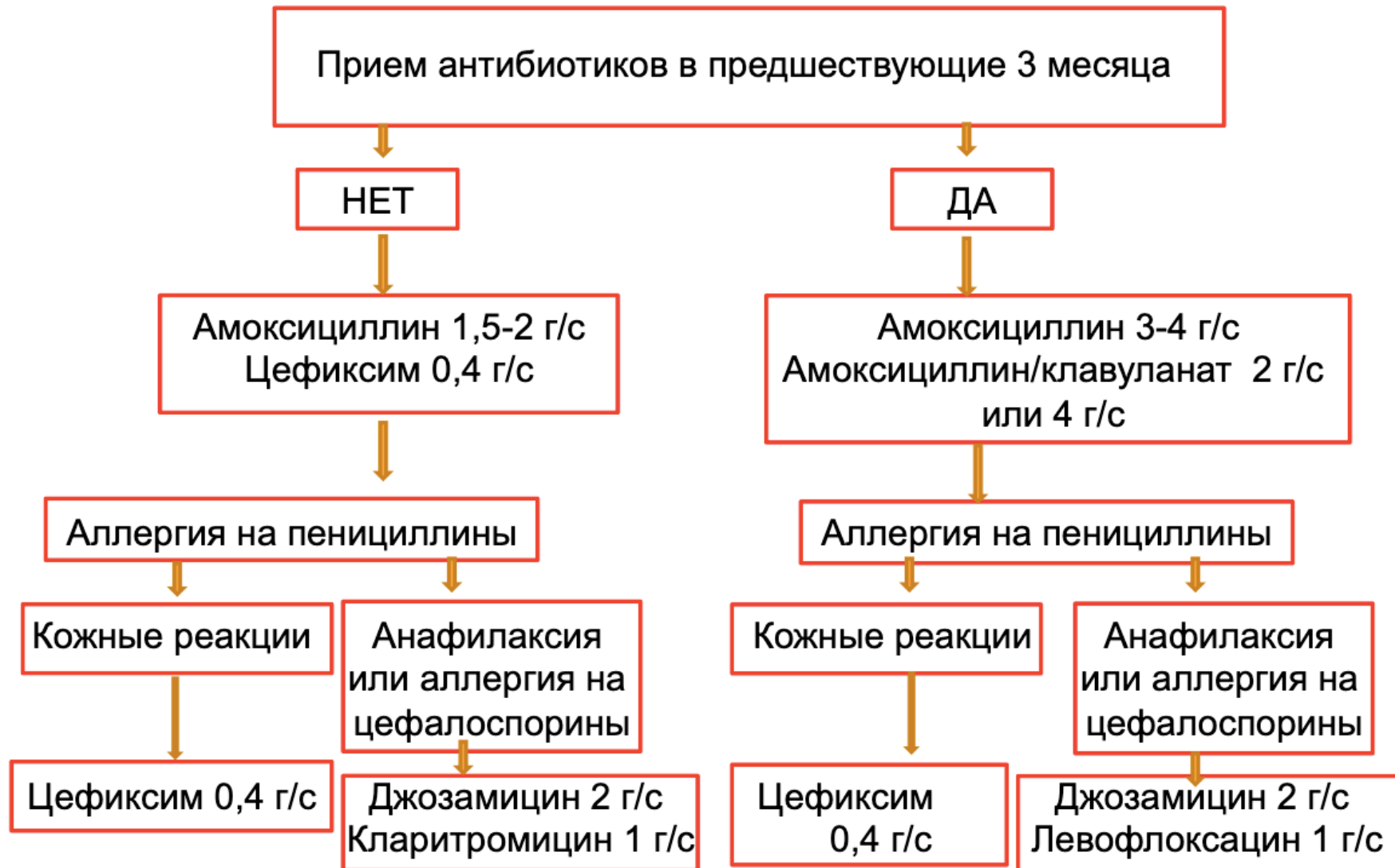
1 раз в год: - Общий анализ крови - ЭКГ, ЭКГ (с нагрузочными тестами при наличии > 2 ФР) - Консультация кардиолога	2 раза в год: - Общий анализ мочи и МАУ
Не менее 1 раза в год: - Биохимический анализ крови с липидным спектром - Оценка чувствительности стоп - Офтальмоскопия с широким зрачком	Другое: - НbA1c – 1 раз в 3 мес. - Проверка техники инъекций и осмотр мест инъекций – не реже 1 раз в 6 мес. - Осмотр ног – каждое посещение врача - Контроль АД – каждое посещение врача. При АГ – СКАД 2-3 р/день - Консультация невролога – по показаниям

АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

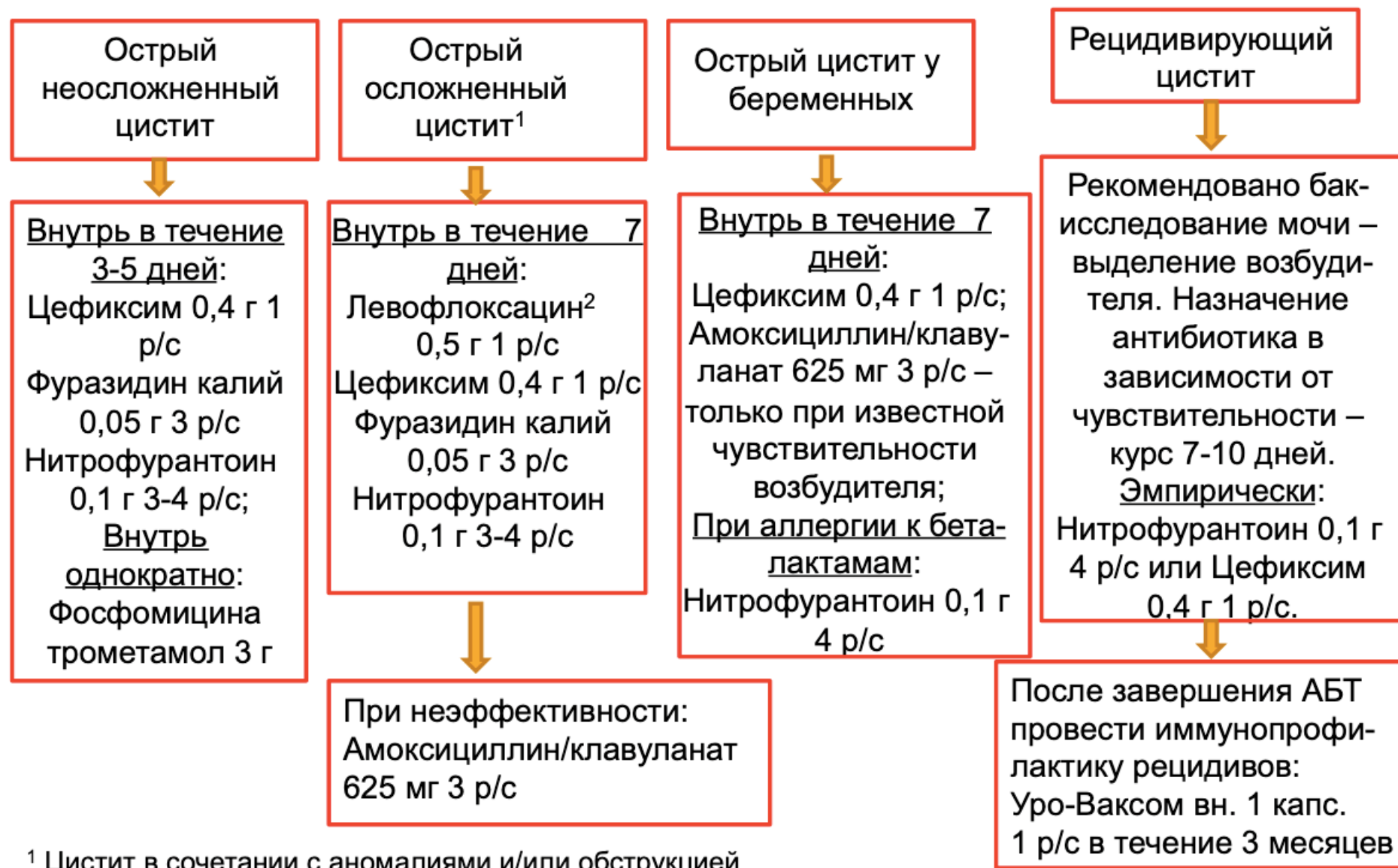




Алгоритм антибактериальной терапии острого среднего отита



Алгоритм антибактериальной терапии острого и рецидивирующего цистита



¹ Цистит в сочетании с аномалиями и/или обструкцией мочевыводящих путей, мочекаменной болезнью, сахарным диабетом

² Не применять в регионах с высоким уровнем устойчивости *E.coli* (> 20%) к фторхинолонам

Алгоритм лечения острого и рецидивирующего тонзиллита и фарингита

Оценка показаний для назначения антибиотика

Документированная или предполагаемая БГСА¹ (*S.pyogenes*) инфекция:

1. Положительный Стрептатест ИЛИ
2. Количество баллов по шкале McIsaac² ≥ 2

ДА

НЕТ

Антибактериальная терапия

Симптоматическая терапия³

Острый тонзиллит/фарингит
(первый эпизод в течение года)⁴

Рецидивирующий А-стрептококковый
тонзиллит/фарингит⁴

Аллергия на пенициллины в анамнезе

Аллергия на пенициллины в анамнезе

НЕТ

Кожные реакции

Анафилаксия или
аллергия на
цефалоспорины

НЕТ

Кожные реакции

Анафилаксия или
аллергия на
цефалоспорины

Амоксициллин
1,5-2 г/с
Феноксиметил-
пенициллин
1,5 г/с

Цефиксим
0,4 г/с
Цефалексин
2 г/с
Цефуроксим
аксетил 1 г/с

Джозамицин
2 г/с⁵
Кларитромицин
1 г/с⁵

Амоксициллин/кла-
вуланат 625 мг
3 р/с или 1 г 2 р/с

Цефиксим
0,4 г/с
Цефдито-
рен 0,4 г/с

Клиндамицин
0,15 г 4 р/с
Линкомицин 0,5 г
3 р/с

Легенда к алгоритму лечения острого и рецидивирующего тонзиллита/фарингита

¹ БГСА – бета-гемолитический стрептококк группы А или *Streptococcus pyogenes*

² Шкала McIsaac для оценки риска БГСА инфекции:

Показатели	Баллы
Температура > 38°C	1
Отсутствие кашля	1
Увеличение и болезненность п/ч лимфоузлов	1
Отечность миндалин и наличие экссудата	1
Возраст: < 15 лет	1
15 – 45 лет	0
> 45 лет	-1

³ Местные антисептические средства, содержащие амбазон, гексэтидин, бензалкония хлорид, бензидамина гидрохлорид, в том числе в сочетании с местными анестетиками; по показаниям – НПВП.

⁴ Длительность антибактериальной терапии острого стрептококкового тонзиллита/фарингита 10 дней, рецидивирующего – 10-14 дней.

⁵ Предпочтительные 16-членные макролиды (джозамицин), так как к ним в РФ наблюдается меньший уровень устойчивости БГСА (*S.pyogenes*).

Алгоритм выбора антибиотика у больных с острым бронхитом

Оценка показаний для назначения антибиотика

Наличие одного или более критериев бактериальной инфекции:

1. Возраст > 65 лет
2. Коморбидность: сахарный диабет, цирроз печени, ХПН, инфекция ВИЧ, нейтропения
3. Бронхообструкция, требующая назначения бронхолитических препаратов
4. Клиническая нестабильность: ЧД > 30/мин и/или SpO₂ < 90% и/или ЧСС > 100/мин
5. Длительность лихорадки > 5 дней

ДА

Антибактериальная терапия

НЕТ

Симптоматическая терапия¹

Прием антибиотиков в предшествующие 3 месяца

НЕТ

ДА

Аллергия на пенициллины в анамнезе

Аллергия на пенициллины в анамнезе

НЕТ

Кожные реакции

Анафилаксия или аллергия на цефалоспорины

НЕТ

Кожные реакции

Анафилаксия или аллергия на цефалоспорины

Амоксициллин
1,5-2 г/с
Цефиксим
0,4 г/с

Цефиксим
0,4 г/с

Доксициклина
моногидрат²
или макролид³

Амоксициллин 3г/с
Амоксициллин/клавуланат 2-3 г/с или 4 г/с (лекформа СР)

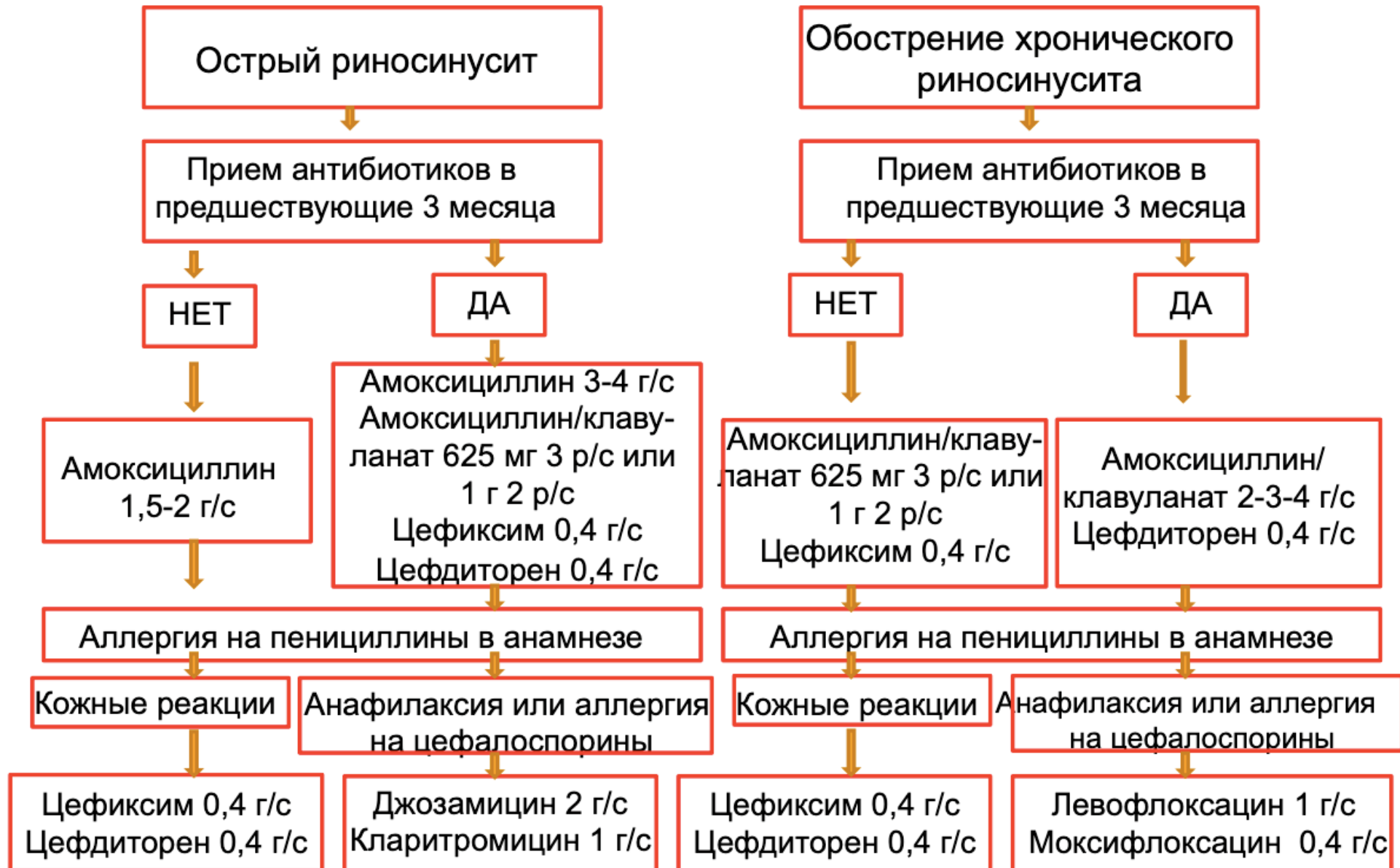
Цефиксим
0,4 г/с

Моксифлоксацин⁴
Левифлоксацин⁵

Легенда к алгоритму лечения острого бронхита

- ¹ Муколитические и отхаркивающие препараты (амброксол, N-ацетилцистеин, бромгексин); при выраженной бронхиальной обструкции - бронхолитические препараты (фенотерол + ипратропия бромид); по показаниям – НПВП.
- ² Доксициклина моногидрат – таблетки диспергируемые, внутрь по 100 мг 2 раза в сутки; не назначать лекарственные формы доксициклина в виде капсул, содержащих доксициклина гидрохлорид – риск развития эрозивно-язвенного поражения пищевода.
- ³ Предпочтительные 16-членные макролиды, так как к ним в РФ наблюдается меньший уровень устойчивости *S.pneumoniae* – джозамицин внутрь по 1 г 2 раза в сутки или спирамицин внутрь по 3 млн МЕ 2 раза в сутки.
- ⁴ Моксифлоксацин внутрь по 400 мг один раз в сутки.
- ⁵ Левофлоксацин внутрь по 500 мг один раз в сутки.

Алгоритм антибактериальной терапии бактериального риносинусита



Вакцинация взрослого населения

		Национальный календарь профилактических прививок (Приложение 1) Приказ Минздрава России №125н от 21.03.2014 г. ¹	Календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям (Приложение 2) Приказ Минздрава России №125н от 21.03.2014 г.			
	вакцинация	обязательная	по стоянию здоровья	в очагах	проживание в эпидемически неблагоприятных регионах	отдельные контингенты лиц
		I	II	III	IV	V
1	Дифтерия, столбняк (ДС)	+		+		
2	Вирусный гепатит В (ВГВ)	+		+		
3	Краснуха (КС)	+				
4	Корь (КР)	+		+		
5	Грипп (ГР)	+				
6	Пневмококковая инфекция (ПИ)		+			+
7	Клещевой вирусный энцефалит (КВЭ)				+	+
8	Вирусный гепатита А (ВГА)			+	+	+
9	Менингококковая инфекция (МГ)				+	
10	Эпидемического паротита (ЭП)			+	+	
11	Полиомиелит (ПЛ)				+	+
12	Ветряная оспа (ВО)		+		+	+
13	Желтая лихорадка (ЖЛ)				+	+
14	Туляремия (ТЛ)				+	+
15	Чума (Ч)				+	+
16	Бруцеллез (БР)				+	+
17	Сибирской язвы (СЯ)					+
18	Бешенство (БШ)					+
19	Лептоспироз (ЛЗ)					+
20	Лихорадка Ку (ЛКу)					+
21	Холера (ХЛ)					+
22	Брюшной тиф (БТ)			+	+	+
23	Шигеллез (ШЗ)					+

V₁, V₂, V₃ - вакцинация; RV – ревакцинация.

1(ДС) а). RV каждые 10 лет; б). в очагах: контактные лица из очагов, не болевшие, не привитые и не имеющие сведений о профилактических прививках².

2(ВГВ) а). 18-55 лет, не привитые ранее, схема 0-1-6 мес. б). контактные лица из очагов, не болевшие, не привитые и не имеющие сведений о профилактических прививках³.

3(КС) женщины 18-25 лет, не привитые ранее (V₁ через 3 мес. RV)⁴

¹ Приказ Минздрава России от 21.03.2014 N 125н (ред. от 13.04.2017) "Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям" (Зарегистрировано в Минюсте России 25.04.2014 N 32115) http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_162756/

² Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 9 октября 2013 г. N 54 г. Москва "Об утверждении СП 3.1.2.3109-13 "Профилактика дифтерии" <https://rg.ru/2014/05/28/onishenko-dok.html>

³ Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28 февраля 2008 г. N 14 г. Москва "Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.1.2341-08 «Профилактика вирусного гепатита В» <https://rg.ru/2008/04/05/gepatit-pravila-dok.html>

⁴ Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28 июля 2011 г. N 108 г. Москва "Об утверждении СП 3.1.2952-11 "Профилактика кори, краснухи и эпидемического паротита" <https://rg.ru/2011/12/09/kor-dok.html>

4(КР) а). до 35 лет (включительно) , не болевшие, не привитые, привитые однократно, не имеющие сведений о прививках (V1 через 3 мес. RV); 36-55 лет (включительно), относящиеся к группам риска (работники медицинских и образовательных организаций, организаций торговли, транспорта, коммунальной и социальной сферы; лица, работающие вахтовым методом, и сотрудники государственных контрольных органов в пунктах пропуска через государственную границу РФ), не болевшие, не привитые, привитые однократно, не имеющие сведений о прививках против кори (V1 через 3 мес. RV); б). в очагах: контактные лица без ограничения возраста не болевшие, не привитые и не имеющие сведений о профилактических прививках³.

5(ГР) взрослые, работающие по отдельным профессиям и должностям (работники медицинских и образовательных организаций, транспорта, коммунальной сферы); беременные женщины; взрослые старше 60 лет; лица, подлежащие призыву на военную службу; лица с хроническими заболеваниями, в том числе с заболеваниями легких, сердечно-сосудистыми заболеваниями, метаболическими нарушениями и ожирением (V ежегодно)⁵.

6 (ПИ) взрослые из групп риска, включая лиц, подлежащих призыву на военную службу, а также лиц старше 60 лет, страдающих хроническими заболеваниями легких. Группы риска ⁶ : а). лица с иммунодефицитными состояниями, в т.ч. ВИЧ, онкологическими заболеваниями, получающие иммуносупрессивную терапию; с анатомической/функциональной асплинией; пациенты с подтеканием спинномозговой жидкости (V конъюгированная пневмококковая вакцина (ПКВ13) , через год V полисахаридная пневмококковая вакцина (ППВ23), затем через 5 лет RV (ППВ23)); б). лица с хроническими заболеваниями легких, сердечно-сосудистой системы, печени, почек и сахарным диабетом, реконвалесценты менингита, пневмонии; лица, находящиеся в особых организованных учреждениях (интернаты, армейские коллективы); с установленным кохлеарным имплантом или планирующие на эту операцию; пациенты, инфицированные микобактерией туберкулеза (V конъюгированная пневмококковая вакцина (ПКВ13) , через год V полисахаридная пневмококковая вакцина (ППВ23)).

7(КВЭ) проживающие или выезжающие в эндемичные территории и выполняющие там следующие работы: сельскохозяйственные, гидромелиоративные, строительные, по выемке и перемещению грунта, заготовительные, промысловые, геологические, изыскательские, экспедиционные, дератизационные и дезинсекционные; по лесозаготовке, расчистке и благоустройству леса, зон оздоровления и отдыха населения. Лица, работающие с живыми культурами возбудителя клещевого энцефалита (V₁, V₂, RV...схемы см. в инструкциях к препаратам)⁷.

8(ВГА) проживающие или выезжающие в регионы, неблагополучных по заболеваемости гепатитом А, а также лица, подверженные профессиональному риску заражения (медицинские работники, работники сферы обслуживания населения, занятые на предприятиях пищевой промышленности, а также обслуживающие водопроводные и канализационные сооружения, оборудование и сети); контактные лица в очагах гепатита А (V₁, через 6-18 мес. RV)⁸.

9(МГ) в очагах и в эндемичных регионах, а также в случае эпидемии; лица, подлежащие призыву на военную службу (V₁)⁹.

10(ЭП) контактные лица из очагов, не болевшие, не привитые и не имеющие сведений о профилактических прививках (V₁)³.

11(ПЛ) контактные в очагах, в том числе вызванного диким полиовирусом (или при подозрении на заболевание): медицинские работники (V однократно); лица без определенного места жительства (при их выявлении) с 3 месяцев до 15 лет - однократно (при наличии достоверных данных о предшествующих прививках) или трехкратно (при их отсутствии); лица, контактировавшие с прибывшими из эндемичных (неблагополучных) по полиомиелиту стран (регионов), с 3 месяцев жизни без ограничения возраста - однократно; лица, работающие с живым полиовирусом, с материалами, инфицированными (потенциально инфицированными) диким вирусом полиомиелита, без ограничения возраста - однократно при приеме на работу.

12(ВО) в очагах и в эндемичных регионах, а также в случае эпидемии; лица, подлежащие призыву на военную службу; дети и взрослые из групп риска (V₁).

Плановая вакцинация по 1 дозе двухкратно с минимальным интервалом 6 недель. При экстренной профилактике вакцинацию проводят однократно не позднее 96 часов после контакта с больным (предпочтительнее 72 часа)¹⁰

13 (ЖЛ) выезжающие за пределы РФ в энзоотичные по желтой лихорадке страны (регионы); лица, работающие с живыми культурами возбудителя желтой лихорадки (V не позднее чем за 10 дней до выезда в энзоотичный район. RV - при необходимости через 10 лет после V^{11,12}.

14(ТЛ) проживающие или выезжающие на энзоотичные по туляремии территории; выполняющие следующие работы: сельскохозяйственные, гидромелиоративные,

⁵ СП 3.1.2.3117-13 «Профилактика гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций» http://rospotrebnadzor.ru/documents/details.php?ELEMENT_ID=1770

⁶ Федеральные клинические рекомендации по вакцинопрофилактике пневмококковой инфекции <https://www.rosminzdrav.ru/poleznye-resursy/klinicheskie-rekomendatsii-po-vaktsinoprofilaktike-pnevmonokokkovoy-infektsii>

⁷ СП 3.1.3.2352-08 Профилактика клещевого энцефалита <http://docs.cntd.ru/document/902094567>

⁸ Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 30 декабря 2010 г. N 190 г. Москва «Об утверждении СП 3.1.2825-10 «Профилактика вирусного гепатита А»» <https://rg.ru/2011/02/24/gepaptit-dok.html>

⁹ Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 18.05.2009 N 33 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.2.2512-09" (вместе с "СП 3.1.2.2512-09. Профилактика менингококковой инфекции. Санитарно-эпидемиологические правила") (Зарегистрировано в Минюсте РФ 29.06.2009 N 14148) http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_88997/

¹⁰ Инструкция по применению вакцины Варилрикс https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=4e1e2810-85a2-4529-8377-0d66f0c35555&t=201a0b3f-5cf5-4892-98dd-4eb10ec5f43

¹¹ "МУ 3.3.1889-04. 3.3. Иммунопрофилактика инфекционных болезней. Порядок проведения профилактических прививок. Методические указания" (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 04.03.2004) http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_91405/

¹² Инструкция по применению вакцины против желтой лихорадки живой сухой https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=1f26559e-c79d-4a48-b21f-f9d8618a9f98&t=7af2120d-d15f-4e8f-9456-c41bc44e726e

строительные, другие работы по выемке и перемещению грунта, заготовительные, промысловые, геологические, изыскательские, экспедиционные, дератизационные и дезинсекционные; по лесозаготовке, расчистке и благоустройству леса, зон оздоровления и отдыха населения; лица, работающие с живыми культурами возбудителя туляремии. (V₁, через 5 лет RV)^{13, 14}.

15(Ч) проживающие на энзоотичных по чуме территориях; лица, работающие с живыми культурами возбудителя чумы (V₁, через 6-12 мес. RV)^{15, 16}.

16(БР) в очагах козье-овечьего типа бруцеллеза лица, выполняющие следующие работы: по заготовке, хранению, обработке сырья и продуктов животноводства, полученных из хозяйств, где регистрируются заболевания скота бруцеллезом; по убою скота, больного бруцеллезом, заготовке и переработке полученных от него мяса и мясопродуктов. Животноводы, ветеринарные работники, зоотехники в хозяйствах, энзоотичных по бруцеллезу.

Лица, работающие с живыми культурами возбудителя бруцеллеза (V₁, через 10-12 мес. RV лицам с отрицательными серологическими или кожно-аллергическими реакциями)^{17, 18}.

17(СЯ) лица, выполняющие следующие работы: зооветработники и другие лица, профессионально занятые предубойным содержанием скота, а также убоем, снятием шкур и разделкой туш; сбор, хранение, транспортировка и первичная обработка сырья животного происхождения; сельскохозяйственные, гидромелиоративные, строительные, по выемке и перемещению грунта, заготовительные, промысловые, геологические, изыскательские, экспедиционные на энзоотичных по сибирской язве территориях. Лица, работающие с материалом, подозрительным на инфицирование возбудителем сибирской язвы. (V₁, через 20-30 суток V₂, далее RV ежегодно однократно)^{19, 20}.

18(БШ) лица, работающие с "уличным" вирусом бешенства; ветеринарные работники; егеря, охотники, лесники; лица, выполняющие работы по отлову и содержанию животных (V₁₋₃ 0-7-30 дней, через 1 год RV, далее RV каждые 3 года)²¹. Постэкпозиционная иммунизация у людей, пострадавших от укусов животных (АИГ и, не более чем через 30 мин, вводится КОКАВ по схеме 0, 3, 7, 14, 30, 90 день; для лиц, получивших ранее полный курс вакцинации и, с окончания которого прошло не более 1 года (схема 0, 3, 7 день)^{22, 23}.

19(ЛЗ) Лица, выполняющие следующие работы: по заготовке, хранению, обработке сырья и продуктов животноводства, полученных из хозяйств, расположенных на энзоотичных по лептоспирозу территориях; по убою скота, больного лептоспирозом, заготовке и переработке мяса и мясопродуктов, полученных от больных лептоспирозом животных; по отлову и содержанию безнадзорных животных. Лица, работающие с живыми культурами возбудителя лептоспироза (V₁, через 12 мес. RV)²⁴.

20 (ЛКу) Лица, выполняющие работы по заготовке, хранению, обработке сырья и продуктов животноводства, полученных из хозяйств, где регистрируются заболевания лихорадкой Ку. Лица, выполняющие работы по заготовке, хранению и переработке сельскохозяйственной продукции на энзоотичных территориях по лихорадке Ку. Лица, работающие с живыми культурами возбудителей лихорадки Ку (отр.серологические тесты (РНИФ, ИФА, РСК и другие), затем V₁, через 12 мес. RV при отр.серологии)^{25, 26}.

21(ХЛ) Лица, выезжающие в неблагополучные по холере страны (регионы).

¹³ Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 31 мая 2010 г. N 61 г. Москва "Об утверждении СП 3.1.7.2642-10 Профилактика туляремии» <https://rg.ru/2010/07/16/tularemia-dok.html>

¹⁴ Инструкция по применению туляремийной вакцины https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=89742834-00d8-4fba-84de-15582da3a887&t=baa24274-448a-4746-a802-03076992654b

¹⁵ Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 29.03.2017 N 44 "Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.7.3465-17 "Профилактика чумы" (вместе с "СП 3.1.7.3465-17. Санитарно-эпидемиологические правила..." (Зарегистрировано в Минюсте России 16.08.2017 N 47817) http://www.rosпотреbnadzor.ru/documents/details.php?ELEMENT_ID=9004

¹⁶ Инструкция по применению вакцины чумной живой https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=57c61986-a4ad-4649-8f83-ae53cc48e8f1&t=57b1c889-23a7-4e9f-af9b-53847be095be

¹⁷ Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 26.04.2010 N 39 "Об утверждении СП 3.1.7.2613-10" (вместе с "СП 3.1.7.2613-10. Профилактика бруцеллеза. Санитарно-эпидемиологические правила") (Зарегистрировано в Минюсте РФ 02.06.2010 N 17435) <http://docs.cntd.ru/document/902215406>

¹⁸ Инструкция по применению вакцины бруцеллезной живой https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=46b424f6-11ca-4bb5-9449-cc3d1cd4d125&t=b5e99b55-06c9-477f-8dc6-b2643ca2911e

¹⁹ Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 13.05.2010 N 56 (ред. от 29.03.2017) "Об утверждении СП 3.1.7.2629-10" (вместе с "СП 3.1.7.2629-10. Профилактика сибирской язвы. Санитарно-эпидемиологические правила") (Зарегистрировано в Минюсте России 17.06.2010 N 17577) <https://rg.ru/2010/06/30/yazva-dok.html>

²⁰ Инструкция по применению сибирезвенной вакцины https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=45ea6a47-5e12-4580-b8ed-b03d229557e4&t=11ad5735-32d9-46ab-85ec-26e016178802

²¹ Инструкция по применению вакцины против бешенства КОКАВ https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=17adc892-394a-49fd-89e8-86a0b2ce71b4&t=2fc27202-d321-44f5-9cb6-9e66d668dde8

²² Инструкция по применению вакцины против бешенства КОКАВ https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=17adc892-394a-49fd-89e8-86a0b2ce71b4&t=2fc27202-d321-44f5-9cb6-9e66d668dde8

²³ Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 06.05.2010 N 54 "Об утверждении СП 3.1.7.2627-10" (вместе с "СП 3.1.7.2627-10. Профилактика бешенства среди людей. Санитарно-эпидемиологические правила") (Зарегистрировано в Минюсте РФ 19.07.2010 N 17891) <https://rg.ru/2010/07/30/beshenstvo-dok.html>

²⁴ Инструкция по применению вакцины лептоспирозной инактивированной концентрированно жидкой https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=8ac9b405-1c58-4a70-bda8-033c7966fd4d&t=3272a2be-eea0-467a-9fdb-ffe0082ac9

²⁵ Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28 декабря 2010 г. N 181 г. Москва "Об утверждении СП 3.1.7.2811-10 "Профилактика коксиеллеза (лихорадка Ку)"

²⁶ Инструкция по применению Вакцины Ку лихорадки М-44 https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=0a6558e6-34ed-45c1-b4c7-4167352359fb&t=6e876504-d461-4cf7-9266-5f6fb458a0a6

Население субъектов Российской Федерации в случае осложнения санитарно-эпидемиологической обстановки по холере в сопредельных странах, а также на территории Российской Федерации ((V₁, через 6-7 мес. RV)²⁷.

22(БТ) Лица, занятые в сфере коммунального благоустройства (работники, обслуживающие канализационные сети, сооружения и оборудование, а также организаций, осуществляющих санитарную очистку населенных мест, сбор, транспортировку и утилизацию бытовых отходов); лица, работающие с живыми культурами брюшного тифа, а также работники инфекционных больниц (отделений), патологоанатомических отделений; иностранные граждане, прибывшие из эндемичных стран для учебы или работы; выезжающие в эндемичные по брюшному тифу регионы и страны. Население, проживающее на территориях с хроническими водными эпидемиями брюшного тифа. Членам семьи бактерионосителя, а также другим лицам, часто вступающим в контакт с бактерионосителем, а также контактные лица в очагах. При угрозе возникновения эпидемии или вспышки (стихийные бедствия, крупные аварии на водопроводной и канализационной сети), а также в период эпидемии, при этом в угрожаемом регионе проводят массовую вакцинацию населения (V₁, по показаниям каждые 3 года RV)^{28,29}.

23(ШЗ) Работники медицинских организаций (их структурных подразделений) инфекционного профиля. Лица, занятые в сфере общественного питания и коммунального благоустройства. Дети, посещающие дошкольные образовательные организации и выезжающие в организации, осуществляющие лечение, оздоровление и (или) отдых (по показаниям). По эпидемическим показаниям прививки проводятся при угрозе возникновения эпидемии или вспышки (стихийные бедствия, крупные аварии на водопроводной и канализационной сети), а также в период эпидемии, при этом в угрожаемом регионе проводят массовую вакцинацию населения³⁰. Профилактические прививки предпочтительно проводить перед сезонным подъемом заболеваемости шигеллезами (V₁, при необходимости ежегодно RV)³¹.

²⁷Инструкция по применению Вакцины холерной бивалентной химической https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=1a0ff5a3-f10c-499d-8562-0bb242c7ccfa&t=3d0911d7-5f22-4a27-9115-c4203d40360e

²⁸ Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 08.06.2017 N 84 "Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.1.3473-17 "Профилактика брюшного тифа и паратифов" (вместе с "СП 3.1.1.3473-17. Санитарно-эпидемиологические правила..." (Зарегистрировано в Минюсте России 25.08.2017 N 47972) http://www.rosпотребнадзор.ru/upload/iblock/0e3/sp-3.1.1.3473_17.pdf

²⁹ Инструкция по применению Вианвака Р N 000183/01 https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=cefa7c81-11fb-44a3-8c53-846d2b96f75d&t=b5bca807-e4a8-486b-b18a-cc7b81739fe6

³⁰ Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 09.10.2013 N 53 (ред. от 05.12.2017) "Об утверждении СП 3.1.1.3108-13 "Профилактика острых кишечных инфекций" (вместе с "СП 3.1.1.3108-13. 3.1.1. Профилактика инфекционных заболеваний. Кишечные инфекции. Профилактика острых кишечных инфекций. Санитарно-эпидемиологические правила") (Зарегистрировано в Минюсте России 14.03.2014 N 31602)

³¹ Инструкция по применению лекарственного препарата Шигеллавак РN 0002660/01 от 02.05.2017г. https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=84a5e0af-57a9-4d8c-a828-c6ee70418fb5&t=6ad8760a-506a-43be-98fb-edb4efa1d7f4

Алгоритм Вакцинопрофилактика респираторных инфекций групп риска

	хронические заболевания легких	хронические заболевания сердца	сахарный диабет	хронические заболевания печени	хронические заболевания почек	ВИЧ-инфицированные и больные СПИД	иммуносупрессивная терапия (ревм., онко., транспл. и др.)
Грипп (ГР) (ежегодно перед началом сезона)	+	+	+	+	+	+	+
Пневмококковая инфекция (ПИ) (круглогодично)	+*	+*	+*	+*	+***	+***	+***
Оптимальный период вакцинации	1	2	3	4	5	6	7
Схемы вакцинации	<u>*не привитым ранее против ПИ</u> вводится конъюгированная пневмококковая вакцина (ПКВ13), через год – полисахаридная пневмококковая вакцина (ППВ23); <u>получавшие ранее вакцинацию против ПИ</u> с использованием ППВ23 в последующем не ранее, чем через один год вводится однократно ПКВ13, затем через 5 лет повторное введение ППВ23. <u>** не привитым ранее против ПИ</u> первой вводится конъюгированная пневмококковая вакцина (ПКВ13), через год (мин. интервал 8 недель) – полисахаридная пневмококковая вакцина (ППВ23), затем через 5 лет повторное введение ППВ23; <u>получавшие ранее вакцинацию против ПИ</u> с использованием ППВ23 в последующем не ранее, чем через один год вводится однократно ПКВ13, затем через 5 лет повторное введение ППВ23. Возможна одномоментная вакцинация против ПИ и гриппа.						
Противопоказания	См. инструкции к препаратам						

1. проводят в период ремиссии основного заболевания (через 2-4 недели) на фоне базисной терапии.
2. проводят в период ремиссии основного заболевания (через 2-4 недели) на фоне базисной терапии при достижении стабильных клинических симптомов и целевых показателей гемодинамики; исключения: осложненный инфаркт миокарда или его рецидив (через 28 дней), с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) (через 7 дней после окончания титрации диуретиков при стабильном весе пациента), при дилатационной кардиомиопатии (после контроля гемодинамики в течение 4 недель и при стабильном состоянии без синдрома гемодинамической декомпенсации).
3. проводят в состоянии компенсации или субкомпенсации (при отсутствии жалоб на жажду, полиурию, снижение аппетита, при уровне сахара натощак не более 10-12 ммоль/л, суточной глюкозурии не более 10-20 мг, отсутствии кетоновых тел в моче, глубоко в/м в места, свободные от липодистрофий). После кетоацидоза вакцинация проводится спустя 2-4 недели. При вакцинации коррекции дозы сахароснижающих препаратов или препаратов инсулина не требуется.
4. проводят в период ремиссии основного заболевания (через 2-4 недели) на фоне базисной терапии.
5. проводят в периоде клинико–лабораторной ремиссии (через 1 месяц) с расчетной скоростью клубочковой фильтрации 30-59 мл/мин/1,73 м² (категории СКФ С3) и пациентам с расчетной скоростью клубочковой фильтрации <30 мл/мин/1,73 м² (категории СКФ С4-С5) (1В). При планировании назначения иммуносупрессивных препаратов, вакцинация должна быть проведена в сроки ≥2 недель до начала иммуносупрессивной терапии (лучше за 4 – 6 недель) или через 3 – 6 мес. после окончания лучевой или химиотерапии. Пациенты, получающие заместительную терапию гемодиализом или перитонеальным диализом, прививаются в день, свободный от этих процедур.
6. проводят в период ремиссии хронических заболеваний (через 2-4 недели) с CD4 Т-лимфоцитов ≥200 клеток/мм³.
7. проводится до планируемой иммуносупрессивной (химиотерапии) не менее, чем за 2 недели до начала, либо не ранее, чем через 3 мес. после химиотерапии.

