

БИБЛИОТЕКА
Российского национального конгресса
«Человек и лекарство»

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

Пособие для врачей-терапевтов

Под редакцией О.М. Драпкиной

Москва
2019

УДК 616.1/4-08-039.11

ББК 53.5

К78

Авторский коллектив:

О.М. Драпкина — главный редактор

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

К78 Краткие алгоритмы ведения пациентов на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи. Пособие для врачей-терапевтов. / Под редакцией О.М. Драпкиной. — М.: Видокс, 2019. — 20 с. — (Библиотека Российского национального конгресса «Человек и лекарство»).

ISBN 978-5-9500825-8-0

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.

Для практикующих врачей, студентов высших медицинских учебных заведений и слушателей курсов повышения квалификации.

УДК 616.1/4-08-039.11

ББК 53.5

ISBN 978-5-9500825-8-0

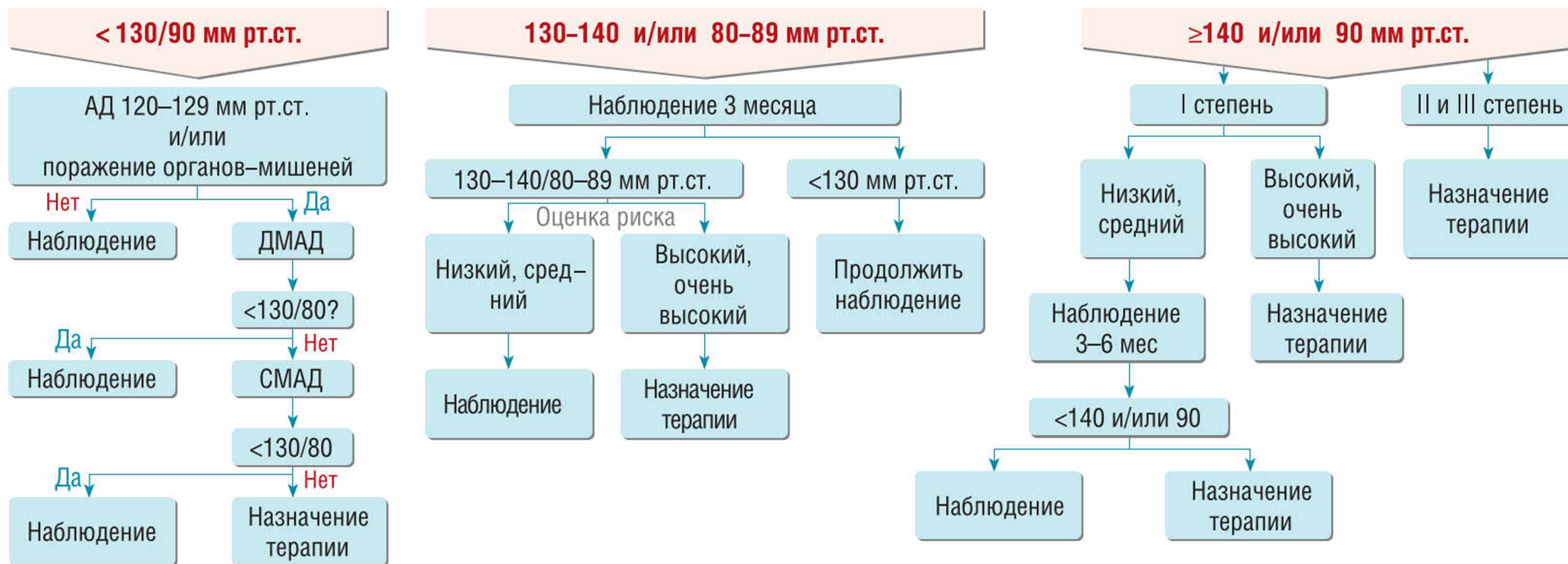


9

ISBN 978-5-9500825-8-0

© Оформление, оригинал-макет,
АНО «Национальное общество усовершенствования
врачей имени С.П. Боткина», 2019

Алгоритм ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ



Определение стадии гипертонической болезни, сердечно-сосудистого риска

Факторы риска:

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

Бессимптомное ПОМ:

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

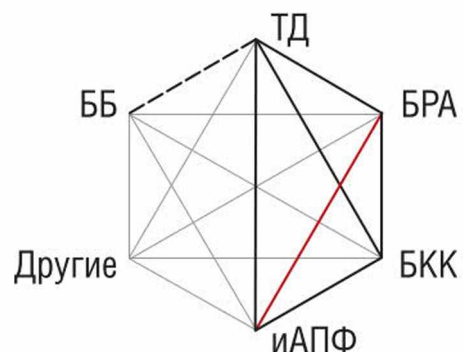
Имеющиеся ССЗ:

- 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 АГ:

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

РАЦИОНАЛЬНЫЕ И НЕРАЦИОНАЛЬНЫЕ КОМБИНАЦИИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ



<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

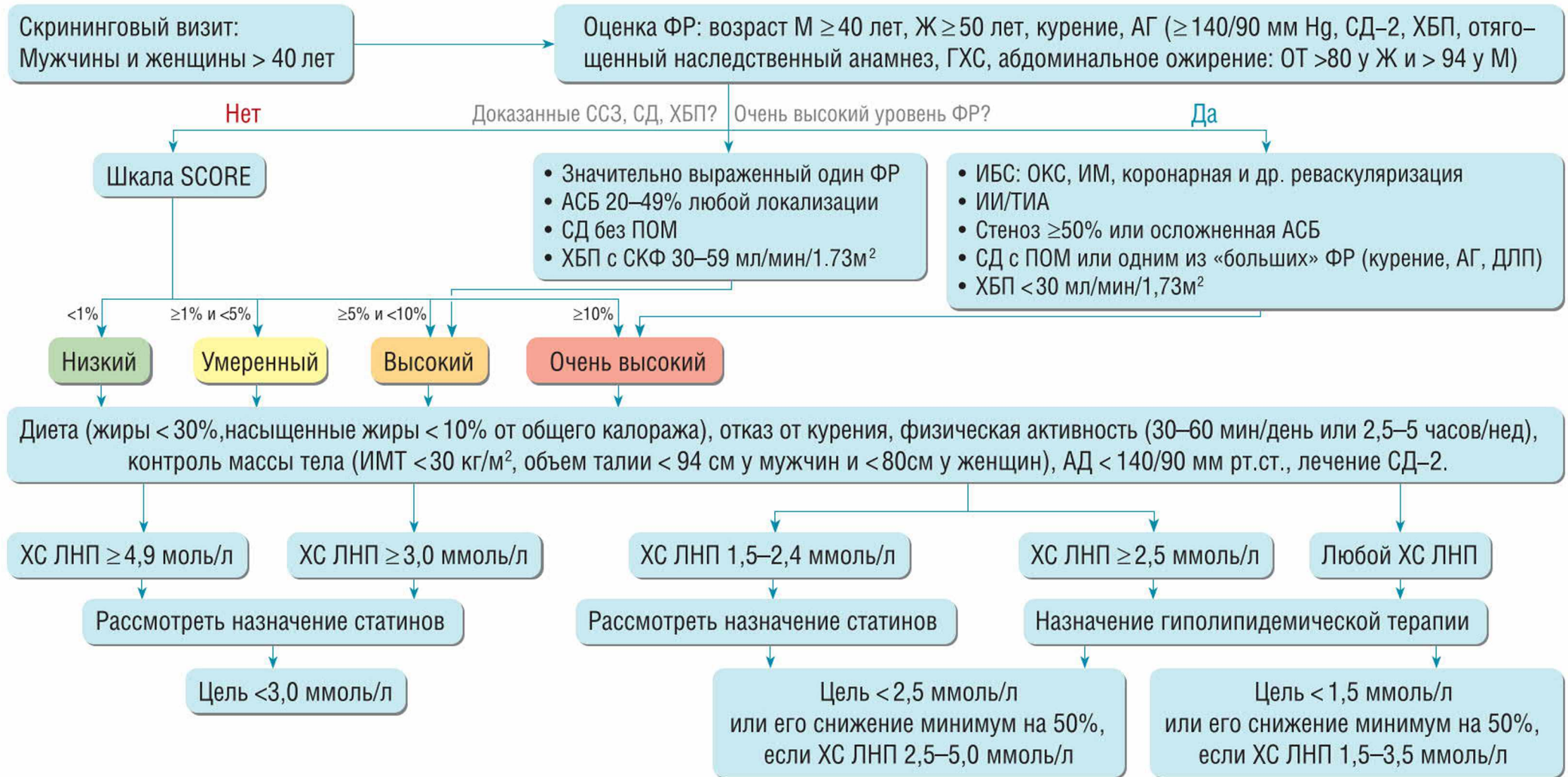
Клиническая ситуация	Препарат
ГЛЖ	иАПФ/БРА, БКК
Бессимптомный атеросклероз	БКК, иАПФ
МАУ, протеинурия, нарушение функции почек	иАПФ/БРА
Инсульт в анамнезе	Любой препарат, эффективно контролирующий АД
ИМ в анамнезе	ББ, иАПФ/ БРА
Стенокардия	ББ, БКК
Сердечная недостаточность	Диуретик, ББ, иАПФ/БРА, АМКР
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, АМКР – антагонисты минералокортикоидных рецепторов

Алгоритм ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ



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

ГХС — семейная гиперхолестеринемия

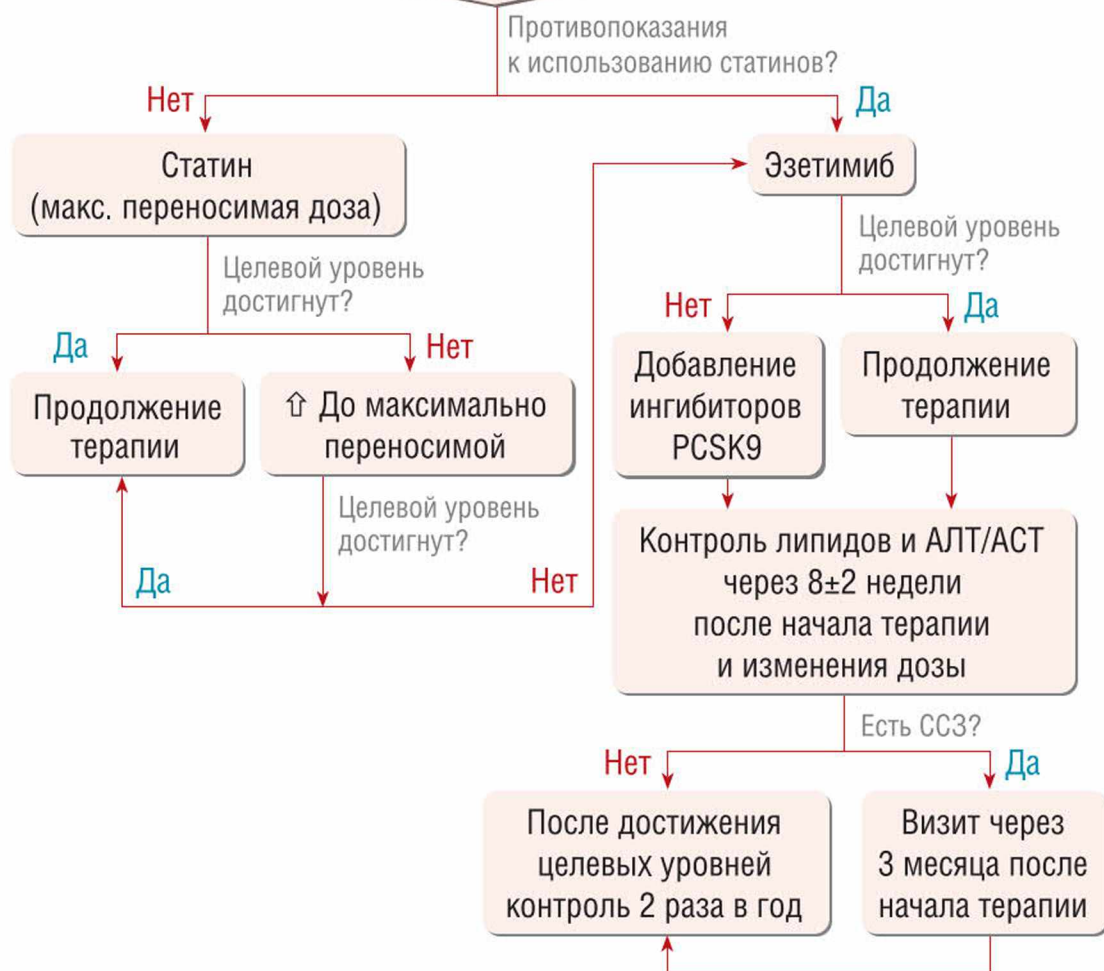
Противопоказания к использованию статинов

- Активное заболевание печени
- АЛТ/АСТ >3 ВГН или КФК >4 ВГН (повторить анализ)
- Лактация или беременность

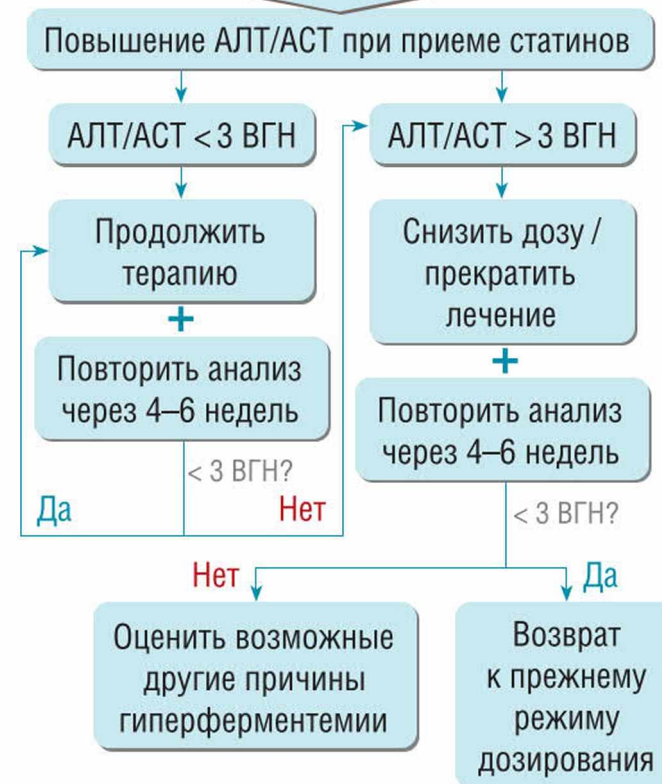
Подозрение на ГХС

- 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 ГИПОЛИПЕДИМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ



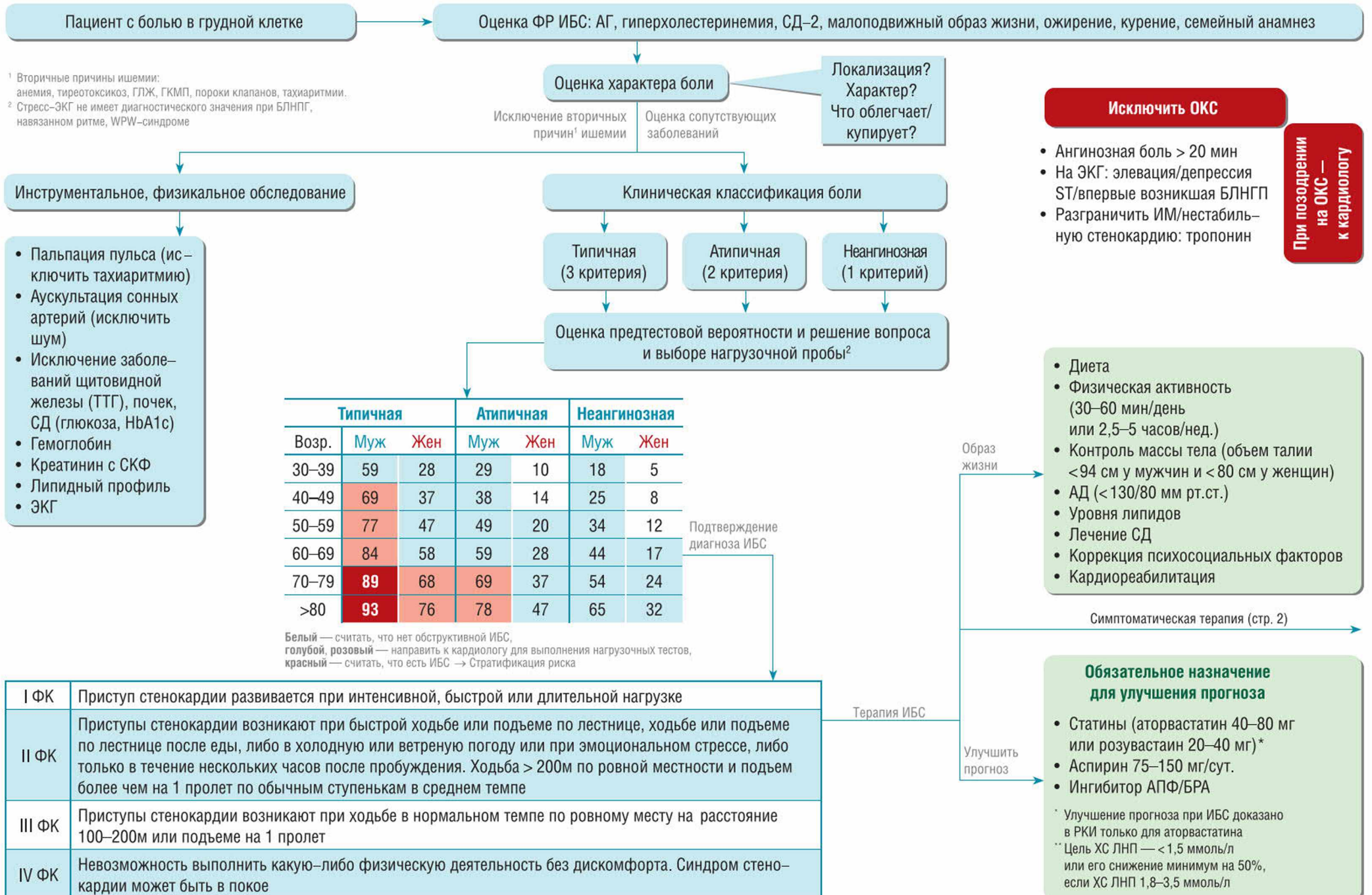
КОНТРОЛЬ ПЕРЕНОСИМОСТИ СТАТИНОВ (АЛТ/АСТ)



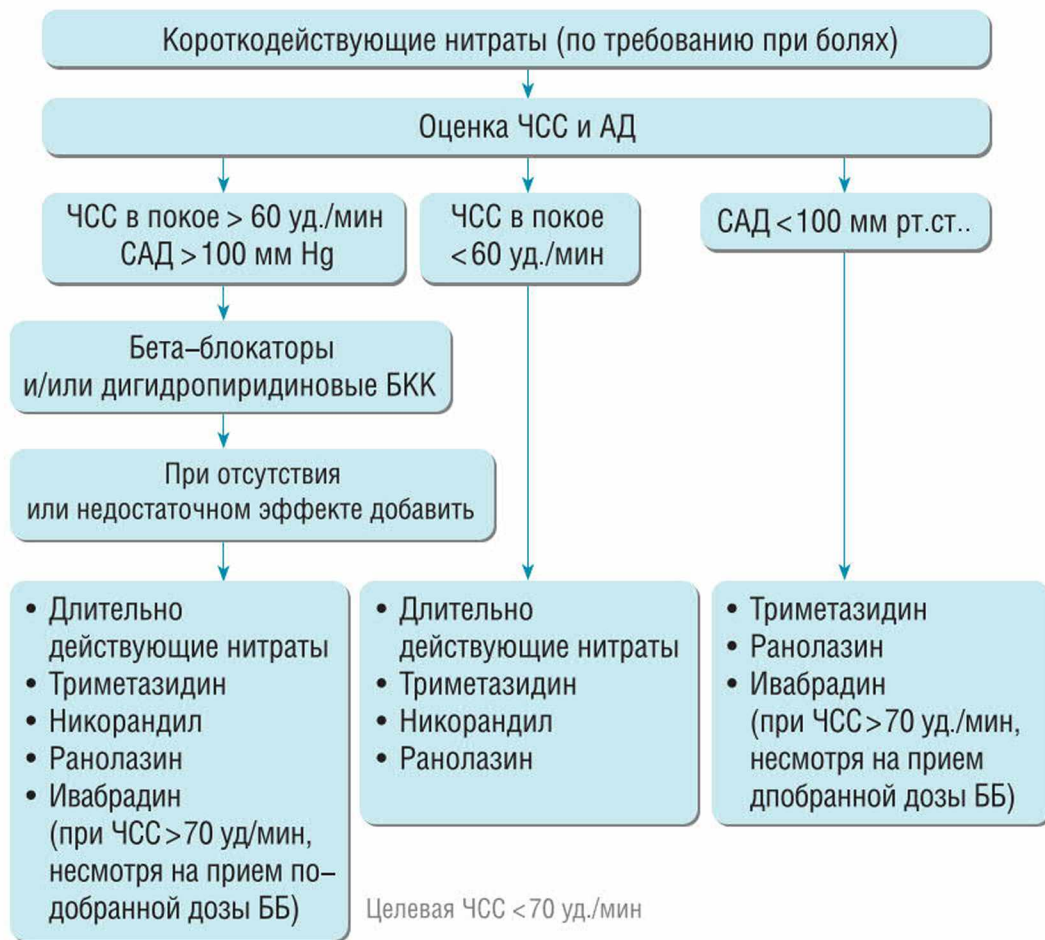
Кардиологом наблюдаются больные

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

Алгоритм ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО СО СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ



Алгоритм ВЫБОРА СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ



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-й, 6-й, 12-й 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

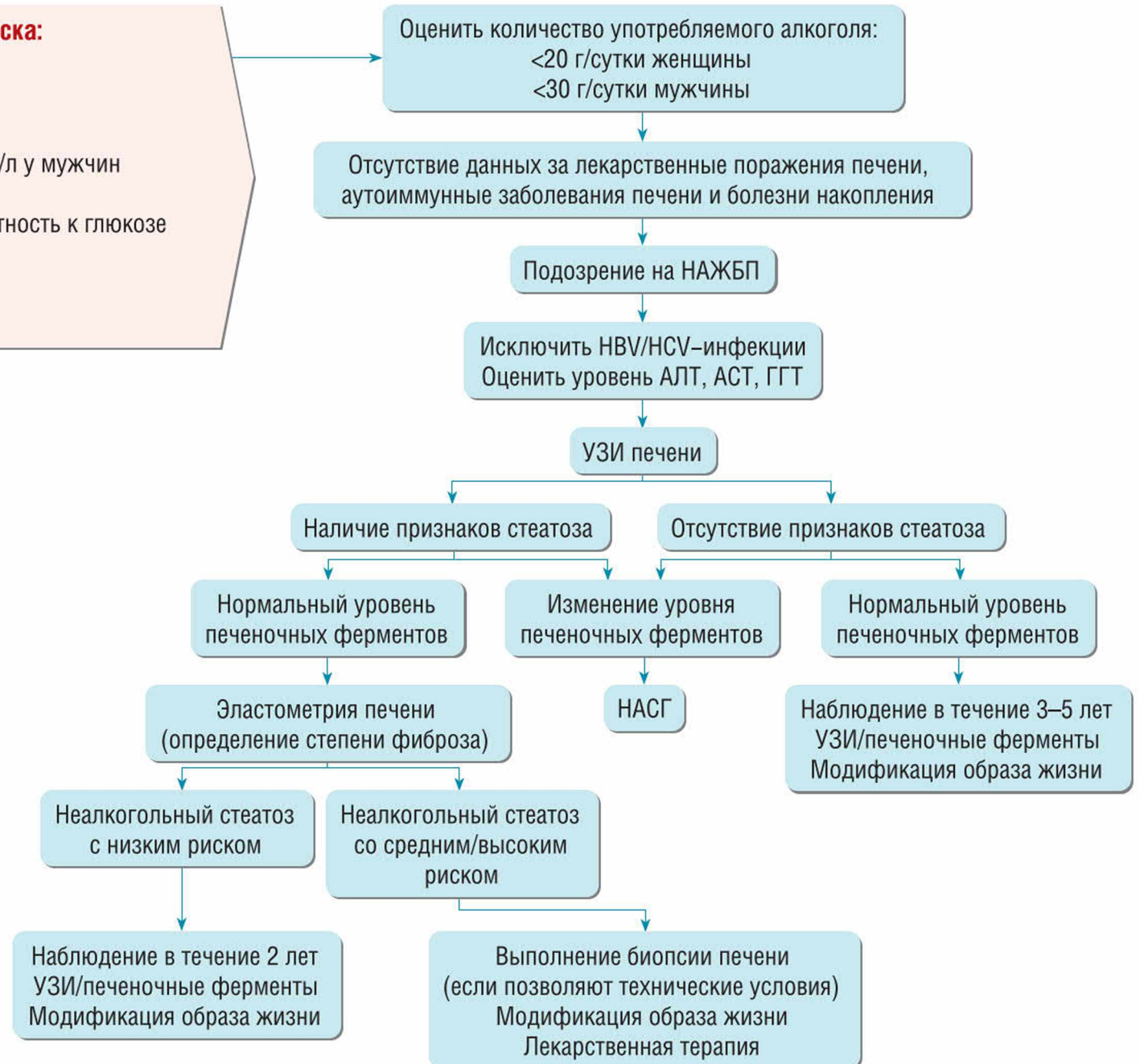
Через год после стабилизации состояния:

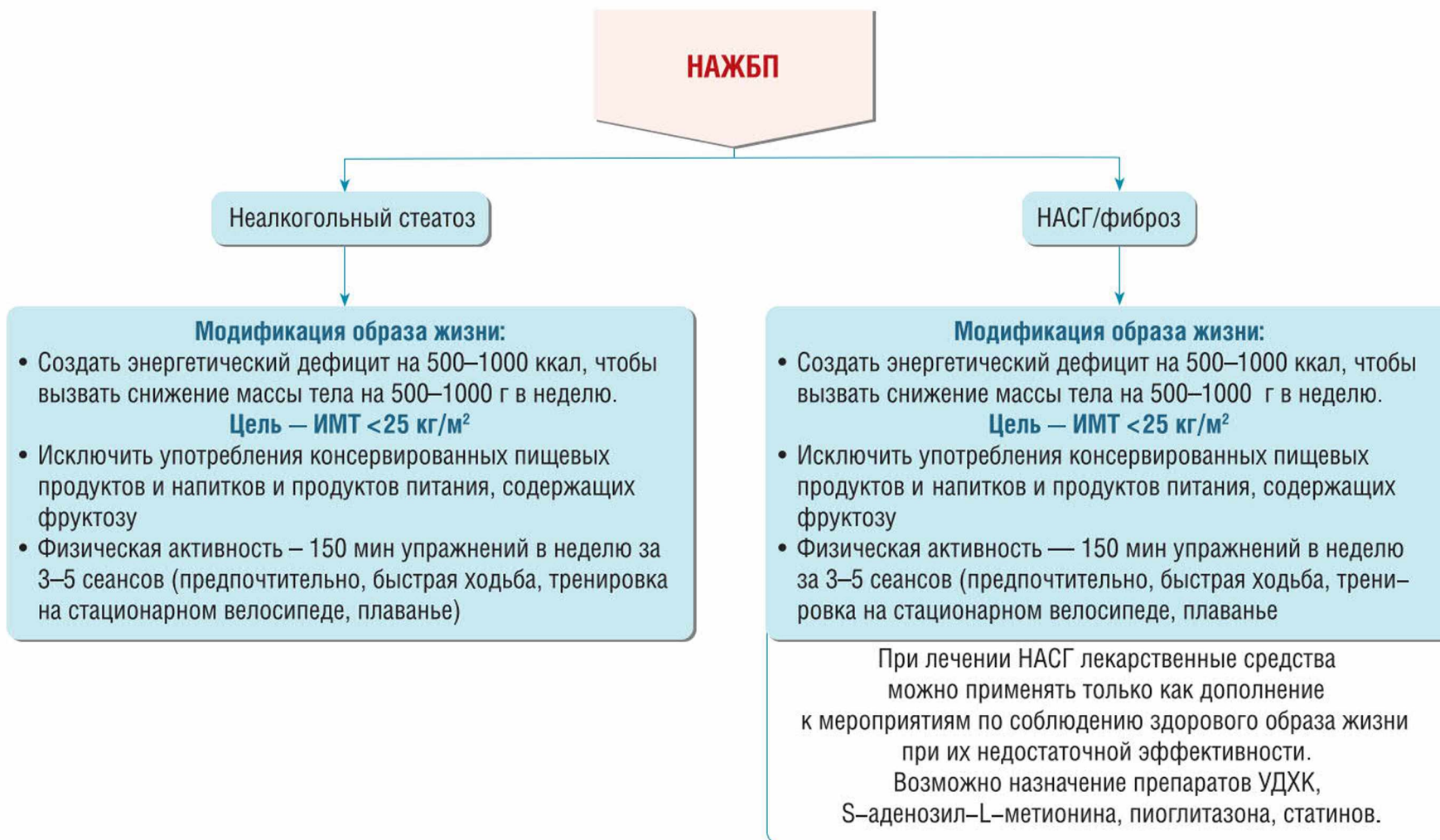
- а) наблюдение терапевтом при отсутствии стенокардии или при стенокардии I–II ФК и ХСН I–II ФК;
- б) наблюдение кардиологом в остальных случаях (периодичность 2–4 раза в год)

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

Пациенты с метаболическими факторами риска:

- ОТ ≥ 80 см у женщин и ≥ 94 см у мужчин
- АД $\geq 130/85$ мм рт.ст.
- Триглицериды $\geq 1,70$ ммоль/л
- ЛПВП $< 1,30$ ммоль/л у женщин и $< 1,04$ ммоль/л у мужчин
- Глюкоза крови натощак $\geq 5,6$ ммоль/л
- Сахарный диабет 2 типа и нарушенная толерантность к глюкозе
- Ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м²)
- Повышение уровня АСТ, АЛТ, ГГТ
- Семейный анамнез СД, АГ, ССЗ





Алгоритм ведения первичных необследованных пациентов с симптомами диспепсии на этапе первичной 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^{1, 2}

Предварительный диагноз: Диспепсия Неуточненная (МКБ-10: K31.9)³
 Обследование согласно Приказу МЗ РФ № 2484. Исключить тревожные признаки⁵.
 Стартовая терапия на период обследования: ИПП (омепразол или рабепразол 20 мг/сут.), ПРОКИНЕТИКИ (домперидон 30 мг/сут.)⁴.

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.

HP «+»

Эрадикационная терапия⁶

Симптомы диспепсии сохраняются более 6 мес.

Симптомы диспепсии прошли до 6 мес.

HP «-»

Диспепсия ассоциированная с инфекцией *H. pylori* (МКБ-10: B98.0)³

Функциональная Диспепсия (МКБ-10: K30)³
 ИПП (омепразол или рабепразол 20 мг/сут.), ПРОКИНЕТИКИ (домперидон 30 мг/сут.)⁴
 4 нед.

Гастриты, Дуодениты (МКБ-10: K29)³
 ИПП (омепразол или рабепразол 20 мг/сут.), ПРОКИНЕТИКИ (домперидон 30 мг/сут.)⁴ 4–8 нед.

Язвенная болезнь ДПК, неосложненная (МКБ-10: K26)³
 ИПП (омепразол, рабепразол или эзомепразол 20 мг/сут.)⁶.
 При сохранении симптомов диспепсии после эрадикации к ИПП возможно добавление ПРОКИНЕТИКА (домперидон 30 мг/сут.) 4 нед.

ГЭРБ без эзофагита*** (МКБ-10: K21.9)³. **ГЭРБ с эзофагитом** (МКБ-10: K21.0)³.
 ИПП (омепразол; рабепразол; эзомепразол 20 мг/сут. или пантопризол 40 мг/сут.), ПРОКИНЕТИКИ (домперидон 30 мг/сут. или итоприд 150 мг/сут.)⁷ 4–8 нед.

Тревожные признаки «+»⁵

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.

ПРИКАЗ № 248⁴ «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным хроническим гастритом, дуоденитом, диспепсией»

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.16.001	Сбор анамнеза и жалоб при болезнях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки	1	1
A01.16.002	Визуальное исследование при болезнях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки	1	1
A01.16.003	Пальпация при болезнях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки	1	1
A01.16.004	Перкуссия при болезнях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки	1	1
A01.16.005	Аускультация при болезнях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки	1	1
A02.12.001	Измерение частоты пульса	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления	1	1
A03.16.001	Эзофагогастродуоденоскопия	1	1
A08.05.003	Исследование уровня эритроцитов	1	1
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	1	1
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	1	1
A08.05.009	Определение цветового показателя	1	1
A08.16.004	Исследование материала желудка на наличие хеликобактериоза	1	1
A08.06.002	Морфологическое исследование препарата тканей желудка	0,1	1
A08.06.003	Морфологическое исследование препарата тканей двенадцатиперстной кишки	0,1	1
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	1	1
A09.19.002	Исследование кала на скрытую кровь	0,05	1
A12.05.001	Исследование оседания эритроцитов	0,01	1
A06.16.002	Рентгеноскопия желудка и двенадцатиперстной кишки	0,4	1
A09.16.004	Внутрижелудочное определение концентрации водородных ионов в желудочном содержимом (рН)	0,5	1
A04.14.002	Ультразвуковое исследование желчного пузыря	0,8	1
A04.15.001	Ультразвуковое исследование поджелудочной железы	0,8	1
A11.16.002	Биопсия желудка с помощью эндоскопии	0,1	1
A11.16.003	Биопсия 12-перстной кишки с помощью эндоскопии	0,1	1

Пациенты нуждаются в проведении ЭКГ и консультации кардиолога (по показаниям) для исключения абдоминальной формы инфаркта миокарда до проведения ЭГДС.

- * Больные с симптомами ЖЕЛУДОЧНОЙ диспепсии в амбулаторной практике Терапевта, Врача общей практики и Врача семейной медицины.
- ** Следует избегать совместного назначения домперидона с кларитромицином из-за развития межлекарственного взаимодействия.
- *** Наличие изжоги без эндоскопических признаков поражения пищевода.
- ¹ *Ивашкин В.Т., Маев И.В., Шептулин А.А. и др.* Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению функциональной диспепсии // РЖГГК. 2017. № 27 (1). С. 50–61.
- ² *Douglas A. Drossman.* Functional Gastrointestinal Disorders: History, Pathophysiology, Clinical Features, and Rome IV. Gastroenterology 2016; 150:1262–1279.
- ³ Международная классификация болезней 10-го пересмотра (<http://mkb-10.com/>, дата обращения 17.03.2018).
- ⁴ Приказ МЗ РФ № 248 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным хроническим гастритом, дуоденитом, диспепсией» (<http://www.gastroscan.ru/literature/authors/2355>, дата обращения 17.03.2018).
- ⁵ *Ивашкин В.Т., Маев Ю.А.* и соавт. Клинические рекомендации РГА по ведению пациентов с абдоминальной болью. РЖГГК. 2015. № 4.
- ⁶ Приказ МЗ РФ № 773н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки» (<http://www.gastroscan.ru/literature/authors/6315> по состоянию на 17.03.2018).
- ⁷ Приказ МЗ РФ, № 722н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни» (<http://www.gastroscan.ru/literature/authors/5415> по состоянию на 17.03.2018).

Краткие алгоритмы ведения пациентов на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи.

Пособие для врачей-терапевтов
Под редакцией О.М. Драпкиной

Письмо Минздрава России № 17–9/9414 от 18.01.2019

Коллектив авторов: Алексеев 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.

ОЦЕНКА ПОКАЗАНИЙ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ АНТИБИОТИКА



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 АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО РИНОСИНУСИТА



Краткие алгоритмы ведения пациентов на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи.

Пособие для врачей-терапевтов

Под редакцией О.М. Драпкиной

Письмо Минздрава России № 17–9/9414 от 18.01.2019

Коллектив авторов: Алексеев 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., Янковская Т.Н.

УДК 616.1/4-08-039.11, ББК 53.5, К78, ISBN 978-5-9500825-8-0 © Оформление, оригинал-макет, АНО "Национальное общество усовершенствования врачей имени С.П. Боткина", 2019

Алгоритм АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО И РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ЦИСТИТА

Острый неосложненный цистит

Внутри в течение 3–5 дней:

- **Цефиксим**
0,4 г 1 р/с
- **Фуразидин калий**
0,05 г 3 р/с
- **Нитрофурантоин**
0,1 г 3–4 р/с

Внутри однократно:

- **Фосфомицина трометамол**
3 г

Острый осложненный цистит¹

Внутри в течение 7 дней:

- **Левифлоксацин²**
0,5 г 1 р/с
- **Цефиксим**
0,4 г 1 р/с
- **Фуразидин калий**
0,05 г 3 р/с
- **Нитрофурантоин**
0,1 г 3–4 р/с

При неэффективности:

- **Амоксициллин/клавуланат**
625 мг 3 р/с

Острый цистит у беременных

Внутри в течение 7 дней:

- **Цефиксим**
0,4 г 1 р/с;
- **Амоксициллин/клавуланат**
625 мг 3 р/с — только при известной чувствительности возбудителя;

При аллергии к беталактамам:

- **Нитрофурантоин**
0,1 г 4 р/с

Рецидивирующий цистит

Рекомендовано бактериологическое исследование мочи — выделение возбудителя. Назначение антибиотика в зависимости от чувствительности — курс 7–10 дней.

Эмпирически:

- **Нитрофурантоин**
0,1 г 4 р/с
или
- **Цефиксим**
0,4 г 1 р/с

После завершения АБТ провести иммунопрофилактику рецидивов:

- **Уро-Ваксом**
вн. 1 капс. 1 р/с
в течение 3 месяцев

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 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 терапии (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	<p>* Не привитым ранее против ПИ вводится конъюгированная пневмококковая вакцина (ПКВ13), через год — полисахаридная пневмококковая вакцина (ППВ23); получавшие ранее вакцинацию против ПИ с использованием ППВ23 в последующем не ранее, чем через один год вводится однократно ПКВ13, затем через 5 лет повторное введение ППВ23.</p> <p>** Не привитым ранее против ПИ первой вводится конъюгированная пневмококковая вакцина (ПКВ13), через год (мин. интервал 8 недель) – полисахаридная пневмококковая вакцина (ППВ23), затем через 5 лет повторное введение ППВ23; получавшие ранее вакцинацию против ПИ 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.</p>						
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 T-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.

ВАКЦИНАЦИЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

Вакцинация	Национальный календарь профилактических прививок (Приложение 1) Приказ Минздрава России № 125н от 21.03.2014 г. ¹	Календарь профилактических прививок по эпидемическим показателям (Приложение 2) Приказ Минздрава России № 125н от 21.03.2014 г.			
	Обязательная	По состоянию 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.

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 риска⁶: а) лица с иммунодефицитными состояниями, в т.ч. ВИЧ, онкологическими заболеваниями, получающие иммуносупрессивную терапию; с анатомической/функциональной аспленией; 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)¹⁰.

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

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АБТ	— антибактериальная терапия	НАСГ	— неалкогольный стеатогепатит
АГ	— артериальная гипертензия	НbA1_c	— гликированный гемоглобин
АД	— артериальное давление	HBV	— вирус гепатита В
АЛТ	— аланинаминотрансфераза	НСV	— вирус гепатита С
АМКР	— антагонисты минералокортикоидных рецепторов	НПВП	— нестероидные противовоспалительные препараты
АСТ	— аспаратаминотрансфераза	НР	— <i>Helicobacter pylori</i>
ББ	— бета–блокаторы	ОКС	— острый коронарный синдром
БКК	— блокаторы кальциевых каналов	ОТ	— объем талии
БЛНПГ	— блокада левой ножки пучка Гиса	ПОМ	— поражение органов–мишеней
БРА	— блокаторы рецепторов ангиотензина	РКИ	— рандомизированное контролируемое исследование
ВГН	— верхняя граница нормы	САД	— систолическое артериальное давление
ВИЧ	— вирус иммунодефицита человека	СД	— сахарный диабет
WRW-синдром	— синдром Вольфа–Паркинсона–Уайта	СКФ	— скорость клубочковой фильтрации
ГГТ	— γ–глутамилтрансфераза	СМАД	— суточное мониторирование артериального давления
ГЛЖ	— гипертрофия левого желудочка	СПИД	— синдром приобретенного иммунодефицита
ГХС	— семейная гиперхолестеринемия	СРПВ	— скорость распространения пульсовой волны
ГЭРБ	— гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	ССЗ	— сердечно–сосудистые заболевания
ДЛП	— дислипидемия	ТИА	— транзиторная ишемическая атака
ДМАД	— домашнее мониторирование артериального давления	ТТГ	— тиреотропный гормон
ДПК	— двенадцатиперстная кишка	УДХК	— урсодезоксихолевая кислота
ИАПФ	— ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента	УЗИ	— ультразвуковое исследование
ИБС	— ишемическая болезнь сердца	ФП	— фибрилляция предсердий
ИИ	— ишемический инсульт	ФР	— факторы риска
ИМ	— инфаркт миокарда	ХБП	— хроническая болезнь почек
ИММЛЖ	— индекс массы миокарда левого желудочка	ХПН	— хроническая почечная недостаточность
ИМТ	— индекс массы тела	ХСН	— хроническая сердечная недостаточность
ИПП	— ингибиторы протонной помпы	ХС-ЛНП	— холестерин липопротеидов низкой плотности
ИСАГ	— изолированная систолическая артериальная гипертензия	ЦВБ	— церебро–вазкулярная болезнь
КИМ	— комплекс интима–медиа	ЧД	— частота дыхания
КФК	— креатинфосфокиназа	ЧКВ	— чрескожное коронарное вмешательство
ЛПВП	— холестерин липопротеидов высокой плотности	ЧСС	— частота сердечных сокращений
ЛПИ	— лодыжечно–плечевой индекс	ЩЖ	— щитовидная железа
МАУ	— микроальбуминурия	ЭКГ	— электрокардиография
НТГ	— нарушение толерантности к глюкозе		
НАЖБП	— неалкогольная жировая болезнь печени		