

Алгоритмы ведения пациентов

Департамент здравоохранения Москвы
2018 год

Хрипун Алексей Иванович

Министр Правительства Москвы,
руководитель Департамента здравоохранения города Москвы

Уважаемые коллеги!

Уникальный сборник алгоритмов, который вы держите в руках, – результат кропотливого труда рабочей группы, в которую вошли главные внештатные специалисты Департамента здравоохранения города Москвы и лучшие столичные врачи двадцати специальностей.

Сборник содержит практические рекомендации, основанные на опыте не только московской, российской, но и зарубежной медицины, и предназначен в первую очередь для участковых врачей (врачей-терапевтов, врачей общей (семейной) практики).

Разработанные алгоритмы помогут врачам сделать свой труд более рациональным и эффективным, а пациентам получить качественную медицинскую помощь на самом высоком уровне.

Желаю успехов вам и здоровья вашим пациентам!

СОДЕРЖАНИЕ

Алгоритмы ведения пациентов

Аллергический ринит	8
Анемии	13
Аортальный стеноз	18
Артериальная гипертензия	22
Атопический дерматит	27
Ахалазия пищевода	31
Болезнь Крона, язвенный колит	35
Болезнь оперированного желудка	40
Боль внизу спины.	45
Бронхиальная астма	50
Внебольничная пневмония.	58
Впервые возникший артрит	64
Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	68
Грипп	74
Дивертикулярная болезнь	80
Желчнокаменная болезнь	86
Инфекционный эндокардит	90
Кишечные инфекции	93
Когнитивные нарушения	99
Наджелудочковая и желудочковая экстрасистолия.	104
Неуточненные психические расстройства.	108
Ожирение.	113
ОРВИ	118
Остеоартроз	124
Остеопороз	130
Острый неосложненный пиелонефрит легкого течения	135
Острый тонзиллит (ангина)	139

Острый цистит	145
Пароксизмальная желудочковая тахикардия.	149
Пароксизмальная наджелудочковая тахикардия.	152
Первичный гипотиреоз	156
Пищевод Барретта	160
Подагрический артрит	166
Подозрение на злокачественное новообразование желудка	171
Подозрение на злокачественное новообразование легкого.	174
Подозрение на злокачественное новообразование молочной железы	177
Подозрение на злокачественное новообразование мочевого пузыря.	180
Подозрение на злокачественное новообразование ободочной и толстой кишки	183
Подозрение на злокачественное новообразование печени	186
Подозрение на злокачественное новообразование пищевода.	189
Подозрение на злокачественное новообразование поджелудочной железы	192
Подозрение на злокачественное новообразование почки.	195
Подозрение на злокачественное новообразование простаты.	198
Подозрение на злокачественное новообразование щитовидной железы	201
Подозрение на злокачественное новообразование яичников	204
Полип желудка	207
Постхолецистэктомический синдром.	211
Псориатический артрит, анкилозирующий спондилит, недифференцированный спондилоартрит.	216
Ревматоидный артрит	220
Сахарный диабет 2-го типа.	225
Синдром раздраженного кишечника	234
Тревожно-депрессивные расстройства	239
Фибрилляция/трепетание предсердий	244

Фиброз/цирроз печени	248
Функциональная диспепсия	252
Хроническая болезнь почек	257
Хроническая ишемическая болезнь сердца (включая состояние после реваскуляризации)	261
Хроническая обструктивная болезнь легких	266
Хроническая сердечная недостаточность	273
Хронический гастрит	278
Хронический гепатит	284
Хронический интерстициальный нефрит бактериальной природы (хронический пиелонефрит)	288
Хронический панкреатит	293
Хронический тонзиллит	299
Хронический холецистит	304
Язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки	309

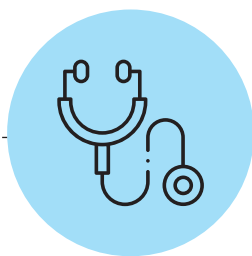
Подготовка к инструментальным методам исследования

УЗИ органов брюшной полости	316
УЗИ органов малого таза	317
ТРУЗИ	318
УЗИ молочных желез	319
Маммография	320
ЭГДС	321
Колоноскопия	322
Рентгенография верхних отделов ЖКТ	326
Суточное мониторирование ЭКГ	327
Суточное мониторирование АД	328
Нагрузочные пробы (тредмил-тест, ВЭМ)	330
Исследование функции внешнего дыхания	332
ЭКГ	333
Эхо-КГ	334
Цистоскопия	335

Обзорная и экскреторная урография.	336
КТ органов брюшной полости и малого таза	338
МРТ органов брюшной полости	339
МРТ органов малого таза	340
КТ без контраста (все, кроме брюшной полости и органов малого таза).	341
КТ и МРТ с контрастом	342
Уреазный дыхательный тест для диагностики <i>H. pylori</i>	343

Подготовка к лабораторным методам исследования

Общие рекомендации и правила подготовки для сдачи анализов крови	345
Общие рекомендации и правила подготовки для сбора и сдачи анализов мочи.	347
Общие рекомендации и правила подготовки для сбора суточной мочи на анализы	349
Общие рекомендации и правила подготовки для сбора и сдачи анализов кала.	351
Общие рекомендации и правила подготовки для сбора мокроты на общий анализ	353
Правила подготовки к глюкозотолерантному тесту	355



Алгоритмы ведения пациентов

АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ

(J30, J30.1, J30.2, J30.3, J30.4)

Выявление пациента
с данным заболеванием

Терапевт /ВОП

Установление диагноза

Оториноларинголог/аллерголог

Назначение медикаментозного
и немедикаментозного метода лечения

Оториноларинголог/аллерголог

Наблюдение за эффективностью лечения

Терапевт (ВОП)/оториноларинголог/
аллерголог

Диагностика заболевания

Для диагностики заболевания обязательно наличие ежедневно, в течение не менее часа двух и более симптомов.

Симптомы заболевания:

- обильная ринорея (водянистые выделения из носа);
- чихание – нередко приступообразное, чаще в утренние часы, пароксизмы чихания могут возникать спонтанно;
- заложенность носа;
- зуд, реж – чувство жжения в носу;
- снижение обоняния;
- усиление симптомов заболевания при контакте с аллергеном;
- глазные симптомы (гиперемия, инъектированность склер, зуд, слезотечение);
- бронхиальная гиперреактивность.

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Сбор анамнеза и объективный осмотр:

- определение вида ринита – круглогодичный, сезонный при контакте с аллергеном;
- аускультация легких.

Обязательные лабораторные исследования

Клинический анализ крови.

Консультации специалистов

Оториноларинголог.

Аллерголог.

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

Кратность осмотра

Однократно.

Обязательные лабораторно-инструментальные исследования

Не проводятся.

Консультации специалистов

Аллерголог – 1 раз в год.

Оториноларинголог – 1 раз в год.

Диспансерное наблюдение

Кратность осмотра

1 раз в год.

Обязательные лабораторно-инструментальные исследования

Не проводятся.

Консультации специалистов

Аллерголог – 1 раз в год.

Оториноларинголог – 1 раз в год.

Лечение

Изменение образа жизни:

- отказ от курения;
- исключить контакт с бытовыми и профессиональными поллютантами;
- гипоаллергенная диета.

Медикаментозное лечение

Показания к назначению/группы препаратов	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии (противопоказания)
Клиника аллергического заболевания		
Аллергический ринит (АР)/ Пероральные блокаторы H1-гистаминовых рецепторов второго поколения	<ul style="list-style-type: none"> • Лоратадин или цетиризин 10 мг/сут. • Дезлоратадин 5 мг/сут. • Эбастин 10–20 мг/сут. • Рупатадин фуморат 10 мг/сут. 	
Пероральные блокаторы H1-гистаминовых рецепторов первого поколения/ Могут использоваться в качестве альтернативной терапии по отношению к использованию антигистаминных препаратов 2-го поколения	<ul style="list-style-type: none"> • Клемастин 2 мг/сут. • Мебгидролина нападизат 100–600 мг/сут. • Акривастин 24 мг/сут. 	Возможно парентеральное применение: Клемастин 2 мг на 1 кг
Клиника аллергического ринита		
Легкие и умеренные клинические проявления ринита/Местные блокаторы H1-рецепторов (интраназальные, внутриглазные)	<ul style="list-style-type: none"> • Левокабастин по 2 инсуффляции в каждый носовой ход 2–4 раза в сутки • Азеластин по 1 инсуффляции в каждый носовой ход 2 раза в сутки 	Не обладают эффективностью ИНГКС
Легкие и умеренные клинические проявления ринита/Местные кромоны (интраназальные)	<ul style="list-style-type: none"> • Кромогликат 2,8 мг в каждый носовой ход 4–6 раз в сутки 	
Аллергический ринит/ Интраназальные кортикостероиды (ИНГКС)	<ul style="list-style-type: none"> • Беклометазона дипропионат 400–1000 мкг/сут. • Флутиказон 200–400 мкг/сут. • Мометазон фуорат 200 мкг/сут. 	

Показания к назначению/группы препаратов	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии (противопоказания)
Купирование дневных и ночных симптомов сезонных аллергических ринитов. Лечение бронхиальной астмы		
Дневные и ночные симптомы сезонных аллергических ринитов. Профилактика приступов бронхиальной астмы. Поддерживающая терапия при бронхиальной астме/Антагонисты лейкотриенов (АГ)	<ul style="list-style-type: none"> • Монтелукаст натрия 10 мг/сут. • Зафирлукаст 40 мг/сут. 	По своему действию уступают АГ и ИНГКС
Улучшение носового дыхания		
Резкое затруднение носового дыхания/ Интраназальные деконгестанты	<ul style="list-style-type: none"> • Оксиметазолин • Ксилометазолин 	Длительность применения 3–5 сут., не более 10 сут.
Риноррея		
Обильная назальная секреция/ Интраназальные холинэргические средства	<ul style="list-style-type: none"> • Ипратропиум 160 мкг/сут. 	Могут вызывать сухость
Проводится врачом-аллергологом	Аллергенспецифическая иммунотерапия (АСИТ)	Круглогодичная Предсезонная Предсезонно-сезонная

Немедикаментозное лечение

Прекратить контакт с причинным аллергеном.

АНЕМИИ

(D50 железодефицитные анемии,
D51 витамин-B12-дефицитные анемии,
D52 фолиеводефицитные анемии)

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

Диагностика заболевания

Для диагностики заболевания обязательно выявление снижения уровня Нв и/или гематокрита по сравнению с нормальным уровнем.

Дифференциальная диагностика анемий:

микроцитарная MCV < 80 fl	нормоцитарная MCV 80–100 fl	макроцитарная MCV > 100 fl
------------------------------	--------------------------------	-------------------------------

Симптомы заболевания, имеющие диагностическое значение

Железодефицитная анемия	В12-дефицитная анемия	Фолиеводефицитная анемия
<ul style="list-style-type: none"> • астения* • расслоение ногтей, изменение ногтевых пластин • выпадение волос • пристрастия к необычной еде и запахам • дисфагия • атрофия сосочков языка • микроцитоз • Сыв. Fe ↓↓ • Трансферрин ↑ или N • Ферритин ↓ • СОЭ ↑ или N 	<ul style="list-style-type: none"> • астения* • жжение и пощипывание языка • снижение аппетита • парестезии, мышечная слабость • «лакированный» язык • субиктеричность склер • макроцитоз • ретикулоциты ↓ • мегалобласты и метамиелоциты в костном мозге 	<ul style="list-style-type: none"> • астения* • признаки недостаточного питания • макроцитоз/нормоцитоз • ретикулоциты ↓ • мегалобласты и метамиелоциты в костном мозге

*Астения – слабость, повышенная утомляемость, головная боль, одышка, повышенная сонливость.

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные лабораторные исследования:

- при подозрении на ЖДА: клинический анализ крови + ретикулоциты, б/х анализ крови (сывороточное Fe, ферритин, трансферрин, креатинин);
- при подозрении на В12-дефицитную анемию: клинический анализ крови + ретикулоциты, уровень В12 в плазме крови;

- при подозрении на фолиеводефицитную анемию: клинический анализ крови + ретикулоциты, уровень В12 в плазме крови, фолиевой кислоты. Для типичных случаев В12-дефицитной и фолиеводефицитной анемии (гиперхромные увеличенные эритроциты, овалоциты, снижение уровня В12 и фолиевой кислоты в крови) стеральная пункция не требуется.

Обязательные инструментальные исследования:

- маммография (делается у женщин старше 40 лет при наличии дополнительных факторов риска; старше 50 лет – у всех);
- ЭГДС;
- рентгенография органов грудной клетки;
- стеральная пункция (выполняется гематологом). Проводится при наличии сопутствующей тромбоцитопении (тромбоциты менее 100.000 в мкл) и лейкопении (лейкоциты менее 4.000 в мкл).

Консультации специалистов

Гинеколог (для исключения гинекологической патологии как причины ЖДА).
Гематолог (при недифференцированной анемии, стеральная пункция).
Других специалистов (по мере клинической необходимости).

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

Кратность осмотра

1 раз в 2–4 недели.

Обязательные лабораторные исследования:

- ЖДА: ОАК (↑ HbA) – 1 раз в 2–4 недели;
- В12-дефицитная анемия: клинический анализ крови (↑ ретикулоцитов) – 1 раз в неделю (до ретикулоцитарного криза), затем 1 раз в 2 недели (в течение 1 месяца), далее – 1 раз в месяц;

- фолиеводефицитная анемия: клинический анализ крови (↑ ретикулоцитов) – 1 раз в 2 недели (в течение 1 месяца), далее – 1 раз в месяц.

Консультации специалистов

Гинеколог (для исключения гинекологической патологии как причины ЖДА).
Гематолог (при недифференцированной анемии, для решения вопроса о проведении стеральной пункции).

Другие специалисты (по мере клинической необходимости).

Диспансерное наблюдение (пожизненно)

Кратность осмотра

1 раз в 3 месяца.

Обязательные лабораторно-инструментальные исследования:

- клинический анализ крови – 1 раз в 3 месяца;
- биохимический анализ крови при ЖДА (сывороточное железо, трансферрин, ферритин) – 1 раз в год;
- клинический анализ мочи – 1 раз в год;
- ЭКГ – 1 раз в год.

Консультации специалистов

Гематолог (при рефрактерности к терапии). Стеральная пункция может рассматриваться при неэффективной терапии – прирост гемоглобина менее чем на 10 г/л в течение 4–6 недель адекватной терапии.

Лечение

Изменение образа жизни:

- отказ от вредных привычек;
- соблюдение режима труда и отдыха;

NB! не допускается лечение любых видов анемии диетами.

Медикаментозное лечение

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Препараты элементарного железа		
Железодефицитная анемия	<ul style="list-style-type: none"> • Препараты элементарного железа 100–300 мг/сут. 	Длительность курса лечения – от 3 до 6 мес. – зависит от степени тяжести анемии (до нормализации гематологических показателей в периферической крови)
Витамины		
В12-дефицитная анемия	<ul style="list-style-type: none"> • Цианокобаламин 1000 мкг в/м ежедневно до ретикулоцитарного криза (7–10 дней), затем 500 мкг до нормализации гематологических показателей в периферической крови, затем профилактически вводится пожизненно в/м 1 раз в месяц по 1000 мкг. Для лечения В12 дефицитной анемии, как альтернатива уколам, могут применяться таблетки в дозе 1000 мкг ежедневно 	ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО после подтверждения мегалобластного типа кроветворения в стерильном пунктате
Фолиеводефицитная анемия	<ul style="list-style-type: none"> • Фолиевая кислота 1–5 мг/сут. ежедневно до ретикулоцитарного криза (7–10 дней), затем до нормализации гематологических показателей в периферической крови 	Курс 4–6 недель под контролем лабораторных показателей крови. ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО после подтверждения мегалобластного типа кроветворения в стерильном пунктате

АОРТАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ

(I05-I09)

Выявление пациента
с данным заболеванием

Терапевт/ВОП

Установление диагноза

Кардиолог

Назначение медикаментозного
и немедикаментозного метода лечения

Кардиолог

Наблюдение за эффективностью лечения

Кардиолог

Диагностика заболеваний

Симптомы и признаки заболевания, имеющие диагностическое значение:

- грубый систолический шум над аортой, который может сопровождаться одним или несколькими из нижеперечисленных симптомов:
 - стенокардия;
 - обмороки на высоте физической нагрузки;
 - одышка;
 - нарушение ритма сердца;
 - клинические проявления недостаточности кровообращения.

Для диагностики заболевания необходимо инструментальное подтверждение аортального стеноза с помощью эхокардиографии.

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные инструментальные исследования:

- ЭКГ;
- Эхо-КГ с применением аппарата экспертного класса с обязательным определением площади открытия аортального клапана и трансаортальных градиентов давления;
- коронарография необходима при решении вопроса об оперативном лечении тяжелого аортального стеноза.

Консультации специалистов

Кардиолог.

Кардиохирург (при показаниях).

Действия терапевта (ВОП) при декомпенсации заболевания

Врачом терапевтом/ВОП не проводятся.

Пациент должен быть направлен к кардиологу для коррекции медикаментозной терапии и определения показаний для хирургического лечения.

Диспансерное наблюдение (пожизненно)

Задачей врача, наблюдающего пациента с искусственным клапаном сердца, является прежде всего контроль за антитромботической терапией для профилактики тромбоза клапана!

Кратность осмотра

Не менее 2 раз в год.

Обязательные лабораторно-инструментальные исследования:

- Протромбиновое время с расчетом МНО – не реже 1 раза в месяц при подобранном уровне МНО (с коррекцией дозы при необходимости).

Консультации специалистов

Кардиолог – не менее 2 раз в год.

Лечение

Назначение медикаментозной терапии осуществляется кардиологом.

Показания к оперативному лечению определяет кардиолог и направляет к кардиохирургу. Основным показанием к хирургическому лечению аортального стеноза является симптоматика у пациентов со средним транс-аортальным градиентом давления ≥ 40 мм рт. ст. или пиковой скоростью кровотока ≥ 4 м/сек.

После протезирования аортального клапана:

- крайне важно, чтобы уровень МНО был в необходимых пределах, которые определяются кардиологом и колеблются в пределах 2,5–4 (в зависимости от тромбогенности протеза и факторов риска тромбоза). Ни при каких искусственных механических клапанах МНО не может быть ниже 2,5;
- больным с искусственным механическим клапаном не назначают новые антикоагулянты;
- больным с механическим искусственным клапаном антикоагулянтная терапия назначается пожизненно;
- больным с биологическим клапаном обычно антикоагулянтная терапия назначается на 3 месяца, но во всех случаях выбор антитромботической терапии, ее длительность должны определяться кардиологом;
- больные после транскатетерной замены аортального клапана должны наблюдаться кардиологом;
- при подозрении на тромбоз протеза клапана необходима незамедлительная госпитализация.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

(I10-I13)

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

Диагностика заболеваний

Для диагностики заболевания обязательно выявление повышения уровня САД ≥ 140 мм рт. ст. и/или ДАД ≥ 90 мм рт. ст. (выявленное дважды) или $\geq 130/80$ мм рт. ст. по данным суточного мониторирования 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

Обязательные лабораторные исследования:

- клинический анализ крови;
- клинический анализ мочи;
- биохимическое исследование крови (общий холестерин, ЛПНП, ЛПВП, ТГ, креатинин с расчетом СКФ, калий, натрий, глюкоза крови натощак);
- микроальбуминурия (у больных с метаболическим синдромом, диабетом и ожирением).

Обязательные инструментальные исследования:

- измерение АД на двух руках при не менее, чем двух, посещениях, измерение ИМТ, ОТ, аускультация сердца;
- ЭКГ;
- суточное мониторирование АД (при подозрении на гипертензию белого халата).

Консультации специалистов

Окулист (при наличии сахарного диабета, у молодых пациентов).

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);
- суточное мониторирование АД (при необходимости).

Консультации специалистов

Кардиолог (при неэффективности лечения).

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.;
- Эхо-КГ – 1 раз в год.

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
Ингибиторы АПФ (иАПФ)		
Для снижения артериального давления	<ul style="list-style-type: none"> • Каптоприл 6,25–50 мг/сут. 	Применяется как препарат скорой помощи
	<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!</p> <p>Контролировать уровень калия, креатинина. Не назначать при уровне калия $\geq 5,5$ ммоль/л</p> <p>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 сулцинат/тарtrat 12,5–200 мг/сут. • Небиволол 5–10 мг/сут. 	<p>Не следует назначать как препарат первой линии у пациентов без дополнительных показаний к β-адреноблокаторам (таких, например, как недостаточность кровообращения)</p> <p>Обязателен контроль ЧСС</p> <p>Нельзя комбинировать с недигидропиридиновыми БКК</p> <p>Абсолютные противопоказания: брадикардия (ЧСС менее 50 в минуту), СССУ, гипотония (САД менее 100 мм рт. ст.), AV-блокада II и III степени, бронхиальная астма</p>

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
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</p> <p>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. 	Недигидропиридиновые БКК нельзя комбинировать с β -адреноблокаторами!
	<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. 	Применять только пролонгированные формы
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. 	Предпочтительно назначение в комбинации с иАПФ или АРА. Избегать назначения при сахарном диабете, подагре (кроме индапамида)
	<ul style="list-style-type: none"> • Спиронолоктон 25 мг/сут. • Эплиренон 25 мг/сут. 	При резистентной артериальной гипертензии Противопоказаны при уровне калия $\geq 5,5$ ммоль/л

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.

Рекомендованные комбинации	Нерекомендованные комбинации:
<ul style="list-style-type: none"> • иАПФ + антагонисты кальция • иАПФ + тиазидные диуретики • блокаторы рецепторов ангиотензина + тиазидные диуретики • блокаторы рецепторов ангиотензина + антагонисты кальция 	<ul style="list-style-type: none"> • иАПФ + блокатор рецепторов ангиотензина • бета-блокатор + Дилтиазем или Верапамил • бета-блокатор + тиазидные диуретики

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ

(L20.0, L 20.8, L20.9)

Выявление пациента
с данным заболеванием

Терапевт /ВОП

Установление диагноза

Дерматолог

Назначение медикаментозного
и немедикаментозного метода лечения

Дерматолог

Наблюдение за эффективностью лечения

Дерматолог

Диагностика заболевания

Для диагностики заболевания обязательно выявление характерных анамнестических, клинических и лабораторных признаков.

Симптомы заболевания, имеющие диагностическое значение:

- кожный зуд;
- поражение кожи в виде усиления кожного рисунка и расчесов в области сгибов конечностей;
- обострение процесса под влиянием провоцирующих факторов (пищевые продукты, эмоциональный стресс, смена сезонов и др.), сухость кожи, наличие атопических заболеваний у пациента или его родственников;
- начало заболевания в раннем детском возрасте;
- хроническое рецидивирующее течение процесса.

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные лабораторные исследования:

- клинический анализ крови;
- клинический анализ мочи;
- исследование крови на уровень IgE.

Обязательные инструментальные исследования

Нет.

Консультации специалистов

Дерматолог.

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

Кратность осмотра

1 раз в 2 недели.

Обязательные лабораторно-инструментальные исследования

Назначаются дерматологом.

Консультации специалистов

Назначаются дерматологом.

Диспансерное наблюдение (до установления стойкой ремиссии в течение 3 лет)

Кратность осмотра

2 раза в год.

Обязательные лабораторно-инструментальные исследования

Назначаются дерматологом.

Консультации специалистов

Дерматолог 4 раза в год.

Лечение

Немедикаментозное лечение:

- элиминационная диета с исключением продуктов, обладающих высокой сенсибилизирующей активностью;
- уход за кожей с использованием эмолиентов (специализированные космецевтические средства ухода с увлажняющим и противозудным эффектом);
- контроль окружающей среды – исключение из среды проживания и трудовой деятельности пациента бытовых и промышленных аллергенов.
- медикаментозное лечение (назначается дерматологом). Контроль дерматологом эффекта лечения обязателен!

Медикаментозное лечение

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Антигистаминные препараты 2-го поколения		
Зуд	<ul style="list-style-type: none"> • Дезлоратадин 10 мг/сут. • Кетотифен 2 мг/сут. • Клемастин 6 мг/сут. 	Курс 7–14 дней
Панкреатические энзимы		
Нарушения со стороны ЖКТ	<ul style="list-style-type: none"> • Панкреатин 150 000 мг/сут. 	Курс 7–10 дней
Топические кортикостероиды (наружно)		
Обострение кожного процесса	<ul style="list-style-type: none"> • Бетаметазона дипропионат 0,05% мазь, крем 	Очень сильное действие
	<ul style="list-style-type: none"> • Мометазона фураат 0,1% мазь 	Сильное действие
	<ul style="list-style-type: none"> • Гидрокортизона бутират 0,1% крем, мазь 	Средней силы действие
	<ul style="list-style-type: none"> • Гидрокортизон 0,5% мазь 	Слабое действие
Ингибиторы кальциневрина (наружно)		
Подострая стадия	<ul style="list-style-type: none"> • Такролимус 0,05% и 0,1% мазь 	Применяется на чувствительных участках кожи
Дерматопротекторное средство (наружно)		
Подострая стадия, ремиссия	<ul style="list-style-type: none"> • Активированный пиритион цинка: аэрозоль 0,2%, крем 0,2% и шампунь 1% 	

Немедикаментозное лечение (при необходимости)

Назначается дерматологом.

АХАЛАЗИЯ ПИЩЕВОДА

(К 22.0)

Выявление пациента
с данным заболеванием

Терапевт /ВОП

Установление диагноза

Гастроэнтеролог

Назначение медикаментозного
и немедикаментозного метода лечения

Гастроэнтеролог

Наблюдение за эффективностью лечения

Терапевт /ВОП

Диагностика заболевания

Для диагностики заболевания необходимо наличие первых двух симптомов заболевания, верификация характерных нарушений моторики и/или расширения пищевода по данным инструментальных исследований.

Симптомы заболевания, имеющие диагностическое значение:

- дисфагия – нарушение прохождения пищи по пищеводу;
- загрудинная боль и/или срыгивание только что съеденной пищей;
- необязательные симптомы: кашель, особенно по ночам, снижение веса при сохранном аппетите.

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные лабораторные исследования:

- клинический анализ крови;
- биохимический анализ крови: общий белок, альбумин, сывороточное железо, калий, натрий, хлор, мочевины, креатинин.

Обязательные инструментальные исследования:

- рентгенография органов грудной клетки;
- рентгенография пищевода с барием;
- ЭКГ;
- ЭГДС с биопсией слизистой оболочки пищевода.

Консультации специалистов

Гастроэнтеролог.

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

Кратность осмотра

1 раз в 14 дней.

Обязательные инструментальные исследования

ЭГДС (в начале лечения, чаще – при необходимости).

Консультации специалистов

Гастроэнтеролог (при неэффективности терапии в течение 1 месяца, а также рецидиве симптомов).

Психотерапевт (при неэффективности терапии).

Хирург (при выявлении ахалазии 2–4-й стадии).

Диспансерное наблюдение (1 год)

Кратность осмотра

1 раз в год.

Обязательные инструментальные исследования:

- контроль ЭДГС – 1 раз в год;
- рентгенография пищевода – 1 раз в год.

Консультации специалистов

Гастроэнтеролог – 1 раз в год.

Хирург – 1 раз в год.

Лечение

Изменение образа жизни:

- диетические рекомендации – принимать пищу, не торопясь; исключить слишком горячие и слишком холодные блюда; последний прием пищи не позднее, чем за 4 часа до сна;
- сон с приподнятым головным концом кровати.

Медикаментозное лечение (назначается гастроэнтерологом)

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Противогрибковые препараты		
Коррекция дискинезии пищевода при ахалазии, сочетание ахалазии с ИБС, рецидивы дисфагии после хирургического лечения ахалазии	<ul style="list-style-type: none"> • Изосорбида динитрат 5 мг сублингвально за 10 мин. до еды • Нифедипин 10–20 мг сублингвально за 60 мин. до еды 	Длительность лечения – индивидуально
При выявлении сопутствующего кандидоза пищевода	<ul style="list-style-type: none"> • Флуконазол 100–200 мг/сут. 	Длительность лечения: 2–4 недели. При неэффективности лечения или рецидивах заболевания необходимо определение вида возбудителя и его чувствительности к антимикотикам

Немедикаментозное лечение:

- эндоскопические методы лечения (бужирование, кардиодилатация), пероральная эндоскопическая миотомия (ПОЭМ), ботокс-терапия;
- хирургические методы лечения – лапароскопическая кардиомиотомия по Геллеру, резекция пищевода с пластикой пищевода желудочным стеблем, пластика толстокишечной трубкой.

БОЛЕЗНЬ КРОНА, ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ

(K50, K51)

Выявление пациента
с данным заболеванием

Терапевт/ВОП

Установление диагноза

Гастроэнтеролог

Назначение медикаментозного
и немедикаментозного метода лечения

Гастроэнтеролог

Наблюдение за эффективностью лечения

Терапевт/ВОП

Диагностика заболевания

Заподозрить воспалительное заболевание кишечника (ВЗК) возможно при наличии следующих симптомов: диарея, кровь в кале, боли в животе, ночная дефекация. Точный диагноз устанавливается на основании эндоскопической картины.

Дифференциальная диагностика ВЗК

Признак	Язвенный колит	Болезнь Крона
Боли в животе	Часто перед дефекацией	Часто
Кровь в кале	Часто	Иногда
Слизь в кале	Часто	Иногда
Пальпируемое образование в брюшной полости	Часто	Часто (вовлечение илеоцекальной зоны)
Субилеус (начинающаяся, неполная непроходимость кишечника)	Редко	Иногда
Вовлечение прямой кишки	Всегда	Иногда
Перианальные поражения	Редко	Часто
Свищи	Крайне редко	Часто

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные лабораторные исследования:

- клинический анализ крови;
- биохимический анализ (СРБ, общий белок, альбумин, сывороточное железо, АЛТ, АСТ, ГГТ, щелочная фосфатаза);
- общий анализ кала;
- гистологическое исследование биопсийного материала дефектов слизистой оболочки толстой кишки.

Обязательные инструментальные исследования:

- колоноскопия/сигмоскопия/ректороманоскопия;
- УЗИ органов брюшной полости.

Консультации специалистов

Гастроэнтеролог/колопроктолог.

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

При назначении иммуносупрессоров и терапии генно-инженерными биологическими препаратами необходимо

- флюорография легких, Диаскин-тест (скрининг на туберкулез) – 1 раз в 6 месяцев (при необходимости – консультация фтизиатра);
- клинический анализ крови – обязателен контроль уровня лейкоцитов на фоне терапии иммуносупрессорами – 1 раз в месяц;
- наблюдение гастроэнтеролога.

Диспансерное наблюдение (пожизненно)

Кратность осмотра:

- после обострения заболевания (в течение 2 лет) – 1 раз в 3 месяца;
- при отсутствии обострения в течение 2 лет – 1 раз в год.

Обязательные лабораторно-инструментальные исследования:

- клинический анализ крови – 1 раз в год (чаще – по рекомендации гастроэнтеролога);
- общий анализ кала – 1 раз в год (чаще – по рекомендации гастроэнтеролога);
- колоноскопия – 1 раз в год (чаще – по рекомендации гастроэнтеролога).

Консультации специалистов

Гастроэнтеролог/колопроктолог:

- легкая и среднетяжелая форма заболевания - 2 раза в год;
- тяжелая форма заболевания - 4 раза в год.

Лечение

Изменение образа жизни:

- соблюдение режима дня и питания:
 - ограничение психоэмоциональной и физической нагрузки;
 - питание регулярное, частое, небольшими порциями;
- соблюдение диеты, исключающей пряности, копченое, острое, соленое. Не рекомендуется маргарин, жирные продукты, цельное молоко. Рекомендуется пища богатая белками (рыба регулярно, мясо, мясо птицы, творог), микроэлементами, витаминами, термически обработанные фрукты и овощи;
- избегать приема нестероидных противовоспалительных препаратов.

Медикаментозное лечение в период обострения (назначается гастроэнтерологом)

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Препараты 5-аминосалициловой кислоты Топические кортикостероиды		
Язвенный колит, проктит, левосторонне и тотальное поражение	<ul style="list-style-type: none"> • Месалазин (гранулы, таблетки, таблетки ММХ) 3–4,8 г/сут. в комбинации с месалазином в суспензии ректальной 2–4 г/сут. (в зависимости от эндоскопической активности) • Сульфасалазин 2–8 г/сут. • Суппозитории с месалазином – 2 г/сут. или ректальной пены месалазина 1–2 г/сут. • Будесонид ММХ 9 мг/сут. (внутрь) 	Оценка терапевтического ответа производится через 2 недели. При положительном ответе лечение в указанных дозах пролонгируется до 6–8 недель
Болезнь Крона в форме терминального илеита	<ul style="list-style-type: none"> • Месалазин (гранулы, таблетки) 3–4,8 г/сут. (внутрь) • Будесонид 3–9 мг/сут. (внутрь) 	Терапевтический ответ оценивается через 2–4 недели

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Системные иммуносупрессоры		
Язвенный колит, левостороннее и тотальное поражение. Болезнь Крона любой локализации после курса ГКС	<ul style="list-style-type: none"> • Азатиоприн 1–3 мг/кг/сут. 	Назначаются в качестве противорецидивной терапии при достижении ремиссии, индуцированной ГКС, поддерживающая терапия иммуносупрессорами проводится не менее 2 лет при ЯК и не менее 4 лет при БК
Язвенный колит, среднетяжелое и тяжелое течение. Болезнь Крона с поражением тонкой кишки/в форме илеоколита	<ul style="list-style-type: none"> • Глюкокортикостероиды (ГКС) 1 мг/кг массы тела 	Назначаются только в период обострения. Схему снижения ГКС до полной отмены определяет врач-гастроэнтеролог/колопроктолог. ГКС не могут применяться в качестве поддерживающей терапии
Селективные иммуносупрессоры		
Язвенный колит, болезнь Крона среднетяжелое и тяжелое течение	<ul style="list-style-type: none"> • Инфликсимаб 5–10 мг/кг • Адалимумаб 40–160 мг • Голimumаб 50–200 мг • Ведолизумаб 300 мг • Цертолизумаба пэгол 200 мг • Тофацитиниб 5 мг 	Терапия генно-инженерными биологическими препаратами назначается только специалистами экспертных центров и требует строгого соблюдения доз и графика введения, согласно календарю введений, установленным гастроэнтерологом/колопроктологом

Медикаментозное лечение, назначенное гастроэнтерологом в период ремиссии (противорецидивная терапия):

- противорецидивная терапия при ВЗК назначается пожизненно;
- терапию препаратами 5-аминосалициловой кислоты, глюкокортикостероидами (ГКС), иммуносупрессорами и генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП) назначает врач-гастроэнтеролог или колопроктолог экспертного центра.

БОЛЕЗНЬ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА

(К 91.1)

Выявление пациента
с данным заболеванием

Терапевт/ВОП

Установление диагноза

Гастроэнтеролог

Назначение медикаментозного
и немедикаментозного метода лечения

Гастроэнтеролог

Наблюдение за эффективностью лечения

Терапевт/ВОП

Диагностика заболевания

Для диагностики заболевания необходимо наличие в анамнезе оперативного вмешательства на желудке и минимум одной группы симптомов (п. «а»/«б»/«с»).

Симптомы заболевания:

- а) боль, тяжесть, переполнение в эпигастрии;
- б) демпинг-синдром (слабость, головокружение, чувство жара, тахикардия, одышка после приема пищи);
- с) диарея после приема пищи.

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные лабораторные исследования:

- клинический анализ крови;
- биохимический анализ крови: глюкоза, общий белок, амилаза, ферритин, витамин В12, фолиевая кислота.

Обязательные инструментальные исследования:

- ЭГДС;
- рентгенография пищевода и желудка;
- УЗИ органов брюшной полости.

Консультации специалистов

Гастроэнтеролог.

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

Кратность осмотра

1 раз в 10–14 дней.

Обязательные инструментальные исследования

ЭГДС (в начале лечения; при наличии эрозивно-язвенных изменений – через 2 недели от начала терапии).

Консультации специалистов

Гастроэнтеролог (при неэффективности терапии).

Хирург (при наличии органических поражений: стриктуры анастомоза, приводящей и отводящей кишки; синдрома приводящей петли, Ру-стаз синдрома, спаечной болезни, полипов, папиллом, опухоли культи желудка и пищевода).

Эндокринолог (при выявлении синдрома гипогликемии).

Диспансерное наблюдение (по прошествии более 2 лет после операции – пожизненно)

Кратность осмотра

1 раз в год.

Обязательные инструментальные исследования:

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

Консультации специалистов

Гастроэнтеролога – при неэффективности терапии.

Онколога – по прошествии 10 лет после операции или по медицинским показаниям.

Лечение

Изменение образа жизни:

- частое высококалорийное питание небольшими порциями (5–6 раз в день), принимать пищу следует медленно;
- полноценный витаминный состав пищи;
- ограничение продуктов и блюд, наиболее часто вызывающих демпинг-синдром: сладостей (сахар, мед, варенье), очень горячих или очень холодных блюд, жидких сладких молочных каш и т.д.;
- прием жидкости вместе не ранее чем через 20–30 минут после основного приема пищи. Количество жидкости за один прием не должно превышать 1 стакана;
- по возможности ложиться на 15–30 мин после приема пищи, особенно после обеда.

Медикаментозное лечение

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Препараты, ингибирующие протонный насос		
При сохраненной кислотообразующей функции культи желудка	<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: 4 недели. При рецидивирующем эрозивно-язвенном анастомозите–постоянная поддерживающая терапия
Антацидные препараты		
При эрозивно-язвенных поражениях пищевода после гастрэктомии или резекции желудка со сниженной секреторной функцией	<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: 3 недели

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Прокинетики		
При наличии рефлюкс-эзофагита и больным с замедленной эвакуацией из культи желудка вследствие ваготомии	<ul style="list-style-type: none"> Итоприда гидрохлорид 50–150 мг/сут. 	Длительность лечения: 4 недели
Противопаразитарные средства		
При синдроме избыточного бактериального роста, развившемся вследствие резекции желудка	<ul style="list-style-type: none"> Рифаксимин 200–800 мг/сут. Метронидазол 1–1,5 г/сут. Нифурател 800 мг/сут. Нифуроксазид 800 мг/сут. 	Длительность лечения: 7 дней
Вяжущие средства, гастропротекторы		
При эрозивно-язвенных поражениях культи желудка и зоны гастроэнтероанастомоза у больных со сниженной кислотопродуцирующей функцией	<ul style="list-style-type: none"> Висмута трикалия дицитрат 480 мг/сут. Сукральфат 2000 мг/сут. 	Длительность лечения: 28 дней
Витамины		
При наличии гиперхромной, макроцитарной анемии	<ul style="list-style-type: none"> Витамин В12: 200 мкг в/м (лечение), 100 мкг в/м (профилактика) 	Длительность лечения: 2 недели Профилактически: 1 раз в месяц
Препараты урсодезоксихолевой кислоты		
При эрозивно-язвенном рефлюкс-эзофагите, наличие кишечной метаплазии	<ul style="list-style-type: none"> УДХК (500–1250 мг/сут.) 	Длительно. Доза определяется массой тела пациента
Ферментные препараты		
При вторичной экзокринной недостаточности поджелудочной железы, сопровождаемой признаками нутритивной недостаточности	<ul style="list-style-type: none"> Микротаблетки или минимикросферы панкреатина 75 000–150 000 Ед/сут. 	Длительно

Хирургическое лечение

- рецидивирующий эрозивно-язвенный анастомозит и язва тощей кишки;
- стриктура анастомоза с нарушением эвакуации;
- синдром приводящей петли;
- тяжелая форма демпинг-синдрома;
- желудочно-кишечные, желудочно-билиарные свищи;
- рецидив рака или впервые возникший рак культи желудка и пищевода.

БОЛЬ ВНИЗУ СПИНЫ

(M54.5; M54.4)

Выявление пациента
с данным заболеванием

Терапевт (ВОП)

Установление диагноза

Терапевт (ВОП), невролог

Назначение медикаментозного
и немедикаментозного метода лечения

Терапевт (ВОП), невролог

Наблюдение за эффективностью лечения

Терапевт (ВОП)

Диагностика заболевания

Для диагностики заболевания Люмбалгия обязательными симптомами являются:

- боль в поясничном отделе позвоночника;
- произвольные движения в поясничном отделе совершаются в неполном объеме из-за усиления боли;
- боли, возникающие после физической нагрузки, неловкого движения или переохлаждения и длительного нахождения в вынужденном положении;
- боли носят стягивающий, ноющий характер, усиливаются при движении, определенных позах, ходьбе и уменьшаются после отдыха, растирания, разминания и растяжения мышцы.

Для диагноза Люмбоишиалгия обязательными симптомами являются:

- боль в поясничном отделе позвоночника с иррадиацией в ногу;
- произвольные движения в поясничном отделе совершаются в неполном объеме из-за усиления боли;
- боли, возникающие после физической нагрузки, неловкого движения или переохлаждения и длительного нахождения в вынужденном положении;
- боли носят стягивающий, ноющий характер, усиливаются при движении, определенных позах, ходьбе и уменьшаются после отдыха, растирания, разминания и растяжения мышцы.

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные лабораторные исследования:

- клинический анализ крови;
- клинический анализ мочи.

Обязательные инструментальные исследования:

- рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника;
- рентгенография костей таза с захватом тазобедренных суставов;
- УЗИ почек (при подозрении на почечную патологию).

Консультации специалистов

Невролог по cito (при наличии парезов конечностей, изменения чувствительности конечности, тазовых нарушений).

Ревматолог (при наличии признаков воспалительного характера заболевания).

Травматолог-ортопеда (при наличии патологических изменений в тазобедренных суставах, костях таза).

Уролог, проктолог, гинеколог, хирург (при локализации боли, указывающей на возможность заболевания органов малого таза).

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

Кратность осмотра

1 раз в 3–4 дня.

Обязательные лабораторно-инструментальные исследования:

- клинический анализ крови, клинический анализ мочи (при подозрении на почечную патологию; при сохраняющемся болевом синдроме на протяжении 1 недели);
- МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника (при сохраняющемся болевом синдроме на протяжении 1 недели, при наличии общей инфекционной симптоматикой или онкологического процесса в анамнезе).

Консультации специалистов

Невролог (при наличии симптомов, указывающих на поражение корешка или спинного мозга, отсутствии эффекта от лечения или нарастании болевого синдрома в течение 4 недель).

Онколог (при подозрении на онкологический процесс на R-снимке).

Травматолог (при наличии костно-травматических изменений на R-снимке).

Диспансерное наблюдение (пожизненно)

Не состоит.

Лечение

Изменение образа жизни

Ограничение физической нагрузки (подъем тяжестей и т.д.).

Медикаментозное лечение

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП)		
Острый болевой синдром	<ul style="list-style-type: none"> • Фенилбутазон 600–1200 мг/сут. • Индометацин 50–75 мг/сут. • Этодолак 400–1200 мг/сут. • Диклофенак 50–150 мг/сут. • Пироксикам 10–30 мг/сут. • Теносикам 20 мг/сут. • Лорноксикам 8–16 мг/сут. • Мелоксикам 7,5–15 мг/сут. • Ибупрофен 600–800 мг/сут. • Флурбипрофен 100–300 мг/сут. • Кетопрофен 600–900 мг/сут. • Нимесулид 200 мг/сут. • Целекоксиб 200–400 мг/сут. 	<p>Пути введения: в/м, перорально, местно (мазь, гель), в виде ректальных свечей.</p> <p>Курс лечения: НПВП не следует применять длительно, желательно ограничиться 10-14 днями лечения, что существенно снижает риск развития осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой и других систем.</p> <p>Рекомендуется использование НПВП в комбинации с блокаторами протонной помпы, например омепразол 20 мг 1–2 раза в сутки.</p> <p>НПВП не комбинируют друг с другом</p>

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Миорелаксанты центрального действия		
Острый болевой синдром сопровождающийся мышечным напряжением	<ul style="list-style-type: none"> • Толперизон 300–450 мг/сут. 	Лечение начинают с терапевтической дозы и продолжают в течение сохранения болевого синдрома. Добавление к стандартной терапии (анальгетики или НПВП) миорелаксантов приводит к более быстрому регрессу боли, мышечного напряжения и улучшению функционального состояния пациента
	<ul style="list-style-type: none"> • Тизанидин – начальная доза 4–6 мг/сут. 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Баклофен – начальная доза 5–15 мг/сут. (в один или три приема), затем дозу увеличивают на 5 мг каждый день до получения желаемого эффекта, максимальная доза для взрослых – 60–75 мг/сут. 	

Нелекарственные методы лечения:

- консультация врача физиотерапевта, рефлексотерапевта (вытяжение, массаж, иглорефлексотерапия – к назначению этих методов следует подходить индивидуально с 5–7-го дня от начала острого болевого синдрома и при хронической боли);
- мануальная терапия не является методом первого выбора, необходимость назначения после консультации невролога.

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА

(J45)

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)

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 увеличивают 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;
- клинический анализ мочи;
- общий анализ мокроты.

Обязательные инструментальные исследования:

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

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 декомпенсации 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 – 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;
- клинический анализ мочи;
- глюкоза крови.

Обязательные инструментальные исследования 1 раз в год:

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

Консультации специалистов 1 раз в год

Пульмонолог.

Аллерголог.

ЛОР.

Стоматолог.

Гастроэнтеролог.

Лечение

Изменение образа жизни

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

Медикаментозное лечение

Начальный объем терапии выбирают исходя из симптоматики

Признак	Интерmittирующая 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	Ступень 1	Ступень 2	Ступень 3	Ступень 4–5

Ступенчатая схема лечения

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Ступень 1	<p>Ингаляционные β₂-агонисты короткого действия (КДБА):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Сальбутамол 100–200 мкг на прием по потребности • Фенотерол/ипратропий 2 инг. на прием по потребности <p>Другие варианты: Низкие дозы ИГКС</p> <ul style="list-style-type: none"> • Беклометазон (ЭМД) 100–200 мкг/сут. • Беклометазон (неЭМД) 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 	<p>Применяются в качестве неотложной облегчающей терапии у всех пациентов с симптомами астмы на всех ступенях терапии</p>

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
<p>Ступень 2</p>	<p>Антилейкотриеновые препараты: Монтелукаст 10 мг Низкие дозы ИГКС: • Беклометазон (ЭМД) 100–200 мкг/сут. • Беклометазон (неЭМД) 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. По потребности: • КДБА • Сальбутамол 100–200 мкг • Фенотерол/ипратропий 2 инг. на прием</p>	<p>У взрослых стартовая доза, как правило, эквивалентна дозе беклометазона дипропионата (БДП) 400 мкг в день</p>
<p>Ступень 3</p>	<p>Низкие дозы ИГКС/ДДБА (фиксированные комбинации): • 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/Ви-лантерол 22/92 мкг/сут. Альтернативное лечение: • Низкие дозы ИГКС + тиотропий • Низкие дозы ИГКС + антилейкотриеновый препарат • Низкие дозы ИГКС + теofilлин замедленного высвобождения По потребности: • КДБА • Сальбутамол 100–200 мкг • Фенотерол/ипратропий 2 инг. на прием</p>	<p>Возможно раздельное применение ИГКС+ДДБА: • Беклометазон (ЭМД) 100–200 мкг/сут. • Беклометазон (неЭМД) 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. 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 400–800мкг/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.</p> <p>Добавление тиотропия 10 мкг/сут. или 18 мкг/сут.</p> <p>Добавление теофиллина замедленного высвобождения 200–350 мг/сут.</p> <p>Повышение дозы ИГКС (до 1000–2000 мкг в эквиваленте БДП) + ДДБА в два приема</p> <p>При неэффективности направление к специалисту</p>
<p>Ступень 5</p>	<p>Максимальная доза ИГКС (см. ступень 4) в два приема</p> <p>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</p> <p>Тиотропий 10 или 18 мкг/сут.</p> <p>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>

Схема лечения при обострении заболевания

При обострении заболевания действуйте согласно приведенной таблице

Легкое обострение	Среднетяжелое обострение	Тяжелое обострение
<ul style="list-style-type: none"> Речь фразами, предпочитает сидеть Не возбужден Нет участия вспомогательной мускулатуры ЧСС 100–120 ЧДД увеличено SatO₂ 90–95% ПСВ/ОФВ₁ более 50% (если есть возможность провести) 	<ul style="list-style-type: none"> Разговор словами Вынужденное положение Участие вспомогательной мускулатуры ЧСС более 120 ЧДД более 30 SatO₂ менее 90% ПСВ/ОФВ₁ менее 50% (если есть возможность провести) 	<ul style="list-style-type: none"> Немое легкое (астматический статус)
<p>КДБА каждые 20 минут в течение часа (возможно введение через небулайзер Ипратропия бромид/ Фенотерол по 20–40 капель (1–2 мл на 3–4 мл физиологического раствора)</p> <ul style="list-style-type: none"> Ипратропия бромид/ Сальбутамол 0,5/3 мг сальбутамол 2,5 мг Преднизолон per os 40–50 мг Кислород (если имеется) 	<p>Госпитализация</p> <p>До приезда бригады скорой помощи:</p> <ul style="list-style-type: none"> преднизолон 40–50 мг per os КДБА – каждые 20 мин. или через небулайзер (см. легкое обострение) ингаляции кислорода (при возможности) 	
<ul style="list-style-type: none"> Оценка через час Базисная терапия в виде высоких доз ИГКС/ДДБА 		

ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ

(J13-J16, J18)

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)

Диагностика заболевания

Симптомы заболевания:

- повышение температуры тела;
- кашель;
- отделение мокроты;
- боль в грудной клетке, связанная с кашлем или дыханием;
- одышка;
- рентгенологические признаки свежей инфильтрации в легких при отсутствии другого явного диагноза.

Наличие хотя бы двух из вышеперечисленных симптомов заставляет заподозрить диагноз пневмония.

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные лабораторные исследования:

- клинический анализ крови;
- клинический анализ мочи;
- СРБ.

Обязательные инструментальные исследования:

- пульсоксиметрия;
- термометрия;
- рентгенография органов грудной клетки.

Консультации специалистов

Выбор консультантов зависит от клинической картины, сопутствующих заболеваний и их проявлений.

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

Кратность осмотра

Осмотр через 24 часа после постановки диагноза, далее – повторный осмотр через 24 часа (решение об эффективности/неэффективности терапии), последующие осмотры – каждые 3 дня до выздоровления.

Обязательные лабораторно-инструментальные исследования:

- клинический анализ крови – в начале заболевания, далее – через 7 дней, далее – по показаниям;
- клинический анализ мочи – в начале заболевания, повторение – по показаниям;
- СРБ – в начале заболевания, далее – через 7 дней, далее – по показаниям;
- общий анализ мокроты;
- рентгенография органов грудной клетки через 2 недели от начала лечения или по клинической ситуации;
- КТ органов грудной клетки при неразрешающейся пневмонии, нетипичном течении заболевания и/или нетипичной рентгенологической картине, необходимости дифференциального диагноза).

Консультации специалистов

Пульмонолог (при наличии инфильтративных изменений через 2 недели от начала лечения, наличии выпота в плевральной полости).

Фтизиатр (при локализации инфильтративных изменений в верхней доле).

Консультации других специалистов назначаются в зависимости от клинической ситуации.

Диспансерное наблюдение (1 год)

Кратность осмотра

1 раз в 6 мес.

Обязательные лабораторные исследования 2 раза в год:

- клинический анализ крови;
- клинический анализ мочи;
- СРБ.

Обязательные инструментальные исследования:

- рентгенография органов грудной клетки – 2 раза в год;
- спирометрия – 1 раз в год.

Консультации специалистов

Назначаются в зависимости от клинической ситуации.

Лечение

Для определения прогноза заболевания и определения места лечения необходимо оценить состояние пациента по шкале CRB-65 (представлена ниже).

Показатели	Баллы
Нарушение сознания	1
Частота дыхания 30 и более в минуту	1
Систолическое АД менее 90 мм рт. ст. или диастолические АД равно или менее 60 мм рт. ст.	1
Возраст старше 65 лет	1

Баллы	Место лечения
0 (или 1 только по возрасту)	Амбулаторно
1–2 (за исключением 1 только по возрасту)	Требуется госпитализация
3–4	Требуется срочная госпитализация с указанием при вызове бригады скорой помощи тяжелого состояния больного. Врач должен дожидаться бригады скорой помощи

Дополнительные показания для возможной госпитализации

Наличие сопутствующих заболеваний:

- хронический бронхит с частыми обострениями;
- ХОБЛ;
- бронхиальная астма неконтролируемая и/или тяжелого течения;
- хронические нагноительные заболевания легких;
- другие заболевания легких, сопровождающиеся хронической дыхательной недостаточностью;
- злокачественные новообразования, имеющие на период возникновения клиническое значение;
- сахарный диабет;
- хроническая почечная недостаточность;
- застойная сердечная недостаточность;
- заболевания крови;
- хронический алкоголизм;
- наркомания, выраженный дефицит массы тела;
- цереброваскулярные заболевания;
- другие хронические заболевания, которые могут повлиять на течение болезни;
- беременность.

Медикаментозное лечение

Показания к назначению	Препарат по МНН (с указанием титр и max доз в сутки)	Комментарии
Антибактериальные препараты		
Пневмония у пациента моложе 65 лет без сопутствующих заболеваний и не принимавшего антибиотики за последние 3 месяца более двух дней	<ul style="list-style-type: none"> Амоксициллин 1,5–3 г/сут. внутрь или макролид внутрь 	До достижения 3 дней нормальной или субфебрильной температуры, но не менее 5 дней
Пневмония у пациента старше 65 лет и/или с сопутствующими заболеваниями и/или принимавшего антибиотиков за последние 3 месяца более двух дней	<ul style="list-style-type: none"> Амоксициллин 1,5–3 г/сут. внутрь или макролид внутрь Амоксициллин/клавуланат 625 мг (3 раза в сутки) или 1–2 г (2 раза в сутки) + макролид (азитромицин 500 мг 1 раз в день или кларитромицин 250–500 мг 2 раза в день или джозамицин 1–3 г 2–3 раза в день) внутрь ИЛИ Амоксициллин /сульбактам 1 г (3 раза в сутки) или 2 г (2 раза в сутки) + макролид (азитромицин 500 мг 1 раз в день или кларитромицин 250–500 мг 2 раза в день или джозамицин 1–3 г 2–3 раза в день) внутрь ИЛИ респираторный фторхинолон Левифлоксацин 500–1000 мг/сут. Моксифлоксацин 400 мг/сут. внутрь ИЛИ Цефтриаксон 1–4 г/сут.; Цефотаксим 2–4 г/сут. в/м или в/в (при невозможности терапии per os или предпочтении пациента) + макролид (азитромицин 500 мг 1 раз в день или кларитромицин 250–500 мг 2 раза в день или джозамицин 1–3 г 2–3 раза в день) внутрь 	До достижения трех дней нормальной или субфебрильной температуры, но не менее 5 дней
Мукоактивные препараты		
Признаки дискринии	<ul style="list-style-type: none"> Ацетилцистеин 600–200 мг/сут. Амброксол 60–90 мг/сут. Бромгексин 12–24 мг/сут. 	Применяются в зависимости от клинической ситуации, дозировка которых происходит согласно стандартным режимам применения
Бронхолитики		
Обструктивный синдром	<ul style="list-style-type: none"> Сальбутамол 100–200 мкг на прием по потребности Фенотерол 100–200 мкг на прием по потребности Фенотерол/ипратропий 2 инг. дозы на прием по потребности г/сут. 	Применяются в зависимости от клинической ситуации. Возможно применение с помощью небулайзера

ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШИЙ АРТРИТ

(M13.9)

Выявление пациента
с данным заболеванием

Терапевт (ВОП)

Установление диагноза

Ревматолог

Назначение медикаментозного
и немедикаментозного метода лечения

Терапевт (ВОП) назначает симптома-
тическую терапию на время обследования
перед консультацией ревматолога

Наблюдение за эффективностью лечения

Терапевт (ВОП)

Диагностика заболевания

Для диагностики заболевания обязательно выявление (достаточно любого из признаков):

- боль в суставе как при активных, так и при пассивных движениях;
- припухлость;
- наличие выпота в суставе;
- повышение местной температуры в области сустава;
- покраснение кожи над суставом.

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные лабораторные исследования:

- клинический анализ крови;
- СРБ (количественный);
- ревматоидный фактор (количественный).

Обязательные инструментальные исследования

Не проводятся.

Консультации специалистов:

Ревматолог:

- без предварительного обследования в течение 24 часов при остром моноартрите (любом) или остром олигоартрите с сопутствующими системными симптомами (любым из: повышение температуры тела, потеря аппетита, значительное нарушение общего самочувствия);
- с результатами обследований – во всех остальных случаях.

Травматолог-ортопед (при невозможности срочной консультации ревматолога).

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

Кратность осмотра

Не применимо.

Обязательные лабораторно-инструментальные исследования

Не применимо.

Консультации специалистов

Не применимо.

Диспансерное наблюдение (пожизненно)

Кратность осмотра

Не применимо.

Обязательные лабораторно-инструментальные исследования

Не применимо.

Консультации специалистов

Не применимо.

Лечение (проводится при клинически значимой боли и отложенной консультации ревматолога)

Изменение образа жизни

Ограничение движения и нагрузки на пораженный сустав.

Медикаментозное лечение

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП)		
Симптоматическое лечение суставной боли	<ul style="list-style-type: none"> • Трансдермальные формы НПВП (мази, кремы, гели, спреи) ибупрофен, диклофенак, нимесулид, кетопрофен 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Ибупрофен 1200–2400 мг/сут. внутрь • Диклофенак 50–150 мг/сут. внутрь • Напроксен 1000 мг/сут. внутрь • Мелоксикам 7,5–15 мг/сут. внутрь • Нимесулид 200–400 мг/сут. внутрь • Эторикоксиб 60–90 мг/сут. внутрь 	Используются совместно с ингибиторами протонной помпы, одновременное использование двух или более препаратов группы препаратов не допускается
Ингибиторы протонной помпы		
Профилактика желудочно-кишечных осложнений при приеме НПВП	<ul style="list-style-type: none"> • Омепразол 20–40 мг/сут. • Пантопразол 40–80 мг/сут. • Эзомепразол 20–40 мг/сут. 	

Немедикаментозное лечение (при необходимости)

Не показано.

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:

- а) изжога (чувство жжения за грудиной), регургитация (отрыжка кислым, горьким, пищей), загрудинная боль;
- б) 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;
- неинвазивная диагностика *H. pylori* (один из методов):
 - ¹³C-уреазный дыхательный тест или определение антигена *H. pylori* в кале (при наличии в МО). Могут быть ложно-отрицательными 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 (не ранее 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 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.

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.

ГЭРБ с рефлюкс-эзофагитом.

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;

- 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. • Пантопризол 20–40 мг/сут. • Рабепразол 10–20 мг/сут. • Эзомепразол 20–40 мг/сут. • Лансопризол 30 мг/сут. • Декслансопризол 30–60 мг/сут. 	Длительность лечения: 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 декслансопризол.

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.

ГРИПП

(J10, J11)

Выявление пациента
с данным заболеванием

Терапевт (ВОП)

Установление диагноза

Терапевт (ВОП);
Инфекционист – при тяжелом/среднетяжелом течении гриппа, отказе больного от госпитализации

Назначение медикаментозного
и немедикаментозного метода лечения

Терапевт (ВОП);
Инфекционист – при тяжелом/среднетяжелом течении гриппа, отказе больного от госпитализации

Наблюдение за эффективностью лечения

Терапевт (ВОП);
Инфекционист – при тяжелом/среднетяжелом течении гриппа, отказе больного от госпитализации

Диагностика заболевания

Для диагностики заболевания необходимо наличие минимум 2 выделенных (подчеркнутых) симптомов из каждого пункта.

Симптомы заболевания:

- Интоксикационный синдром:
 - быстрое повышение температуры тела выше 38 °С;
 - озноб;
 - боли в мышцах, ломота в теле;
 - головная боль, преимущественно в лобной области, боль в глазах;
 - инъекция сосудов склер.
- Катарально-респираторный синдром:
 - сухой надсадный кашель;
 - ссаднение по ходу трахеи;
 - першение в горле;
 - яркая гиперемия ротоглотки;
 - заложенность носа, ринорея (в первые часы может отсутствовать).

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Анамнез

Контакты с инфекционными больными, своевременность обращения за медицинской помощью, прием стартовой противовирусной терапии.

Обязательные лабораторные исследования:

- клинический анализ крови;
- клинический анализ мочи.

Обязательные инструментальные исследования

При неосложненной форме гриппа – не применяются.

- рентгенография органов грудной клетки (при подозрении на пневмонию);
- ЭКГ (при наличии кардиальных симптомов).

Консультации специалистов

При неосложненной форме – не показаны.

Отоларинголог (при подозрении на развитие синусита, отита).

Инфекционист (при тяжелом/среднетяжелом течении гриппа, отказе больного от госпитализации, групповых случаях заболевания).

Учет и регистрация случаев заболевания

В соответствии с приказом Управления Роспотребнадзора по городу Москве № 29 от 16 марта 2018 года «О порядке регистрации случаев инфекционных и паразитарных заболеваний в городе Москве».

Действия терапевта (ВОП) до выздоровления

Кратность осмотра

1 раз в 3–5 дней (чаще – по клиническим показаниям). В первые 3 дня болезни – осмотр на дому.

Обязательные лабораторные исследования:

- клинический анализ крови – 1 раз в начале заболевания; повторение по показаниям;
- клинический анализ мочи – 1 раз в начале заболевания; повторение по показаниям.

Обязательные инструментальные исследования:

- рентгенография органов грудной клетки (при развитии пневмонии и отказе больного от госпитализации) через 2 недели от начала лечения или по клинической ситуации;
- ЭКГ (при наличии кардиалгии, аритмии).

Консультации специалистов

По показаниям (при обострении имевшихся хронических заболеваний, развитии осложнений и отказе больного от госпитализации).

Диспансерное наблюдение (при осложненном течении гриппа – Змес.)

- при неосложненной форме – не требуется;
- при наличии осложнений – кратность осмотра терапевтом или специалистами, а также перечень обследований определяется индивидуально в зависимости от профиля осложнения.

Лечение

Критерии оценки степени тяжести заболевания по клиническим признакам

Признак	Легкая степень течения	Средняя степень течения	Тяжелая степень течения	Очень тяжелая степень течения
Лихорадка, интоксикация	Лихорадка до 38,5 °С	Лихорадка до 40 °С	Лихорадка до 40 °С и выше	Лихорадка свыше 40 °С
Пuls (PS) и систолическое артериальное давление (САД)	PS менее 90 уд/мин. САД 110 мм Hg и выше	PS менее 90–120 уд/мин. САД менее 110 мм Hg	PS более 120 уд/мин, нередко аритмичен. САД менее 90 мм Hg	PS более 120 уд/мин, нитевидный, аритмичен. САД менее 80 мм Hg, акроцианоз
ЧДД в мин.	16–23	24–28	Более 28	Более 28
Выраженность респираторных проявлений	Сухой кашель, насморк, першение в горле, гиперемия ротоглотки	Сухой надсадный кашель, заложенность в груди, гиперемия ротоглотки	Болезненный мучительный кашель, боли за грудиной, одышка в покое, гиперемия ротоглотки	Приступообразный болезненный мучительный кашель, боли за грудиной, выраженная одышка, гиперемия ротоглотки, кровоизлияния на слизистых
Нарушения сознания	Отсутствуют	Отсутствуют	Оглушение, сопор	Сопор, кома

В амбулаторных условиях проводится лечение легких и неосложненных среднетяжелых форм гриппа.

Медикаментозное лечение

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Ингибиторы вирусной нейраминидазы		
Во время эпидемии гриппа	• Осельтамивир 150–300 мг/сут.	75 мг 2 раза в сутки 5 дней, при тяжелом течении 300 мг/сутки
	• Занамивир 20 мг/сут.	по 2 ингаляции 2 раза в сутки 5 дней Курс 5 дней Противопоказан беременным (I триместр), кормящим грудью и детям до 5 лет
Другие противовирусные средства		
Клинические проявления гриппа	• Умифеновир 800 мг/сут.	200 мг 4 раза в сутки. Курс 5 дней
	• Имидазолилэтанамид пентандио-вой кислоты 90 мг/сут.	Курс 7 дней Противопоказан беременным и больным до 18 лет
	• Кагоцел 36–72 мг/сут.	24 мг 3 раза в сутки в первые 2 дня, в последующие 2 дня по 12 мг 3 раза в день Противопоказан беременным и кормящим грудью
Средства симптоматической терапии		
При повышении температуры тела >38,5 °С, головной, мышечной боли	• Парацетамол 500–4000 мг/сут. • Ибупрофен 1200 мг/сут. • Диклофенак 100–150 мг/сут. внутрь или в/м	
При затруднении носового дыхания	Сосудосуживающие капли в нос: • Ксилометазолин	по 2–3 капли 0,1% раствора 3–4 раза в день
	• Оксиметазолин	по 1–2 капли 0,05% раствора в каждый носовой ход 2–3 раза в день
	• Нафазолин	по 1–3 капли 0,1% раствора 3–4 раза в сутки
При сухом болезненном кашле	• Бутамират 67,5–200 мг/сут. • Преноксидазин 300–800 мг/сут.	
При наличии бронхита с трудноотделяемой мокротой	• Ацетилцистеин 600–1200 мг/сут.	
Общеукрепляющее, антиоксидантное действие	• Аскорбиновая кислота 500 мг/сут.	
Клинические проявления гриппа	• Клемастин 2 мг/сут. • Хлоропирамин 75–100 мг/сут.	

Немедикаментозное лечение

- строгий постельный режим на весь лихорадочный период;
- обильное теплое питье на весь лихорадочный период;
- рациональное питание (легкоусвояемые продукты – молочно-растительная диета – фрукты, овощи).

Показания к экстренной госпитализации в инфекционное отделение:

- грипп тяжелого течения;
- подозрение на пневмонию;
- признаки острой дыхательной недостаточности;
- отсутствие эффекта от проводимого амбулаторного лечения;
- по эпидпоказаниям – отсутствие возможности изоляции (проживание в общежитии, гостинице и т.д.);
- при обострении/декомпенсации сопутствующих заболеваний (ИБС, сахарный диабет, заболевания желудочно-кишечного тракта, хроническая почечная недостаточность, хроническая печеночная недостаточность, выраженный дефицит массы тела, беременность).

ДИВЕРТИКУЛЯРНАЯ БОЛЕЗНЬ

(K57.1, K57.3, K57.5, K57.9)

Выявление пациента
с данным заболеванием

Терапевт/ВОП

Установление диагноза

Гастроэнтеролог

Назначение медикаментозного
и немедикаментозного метода лечения

Гастроэнтеролог

Наблюдение за эффективностью лечения

Терапевт/ВОП,
Гастроэнтеролог – при наличии
дивертикулита в анамнезе

Диагностика заболевания

Заподозрить заболевание можно при наличии не менее 3 симптомов из нижеперечисленных и диагностических признаков заболевания по заключению одного из инструментальных методов исследования (ирригоскопии/колоноскопии/компьютерной томографии).

Симптомы заболевания:

- периодически возникающие боли в животе от минимально выраженных до интенсивных;
- нарушение транзита по кишечнику (запоры или поносы);
- наличие примесей в стуле (кровь, гной, слизь);
- повышение температуры тела (при воспалении дивертикулов).

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные лабораторные исследования:

- клинический анализ крови;
- СРБ.

Обязательные инструментальные исследования:

- УЗИ органов брюшной полости;
- рентгенография (ирригоскопия) или колоноскопия/сигмоскопия/ректороманоскопия (противопоказаны при наличии лейкоцитоза, повышения СРБ и клинических признаков осложненного течения).

При наличии противопоказаний к ирригоскопии или колоноскопии/сигмоскопии/ректороманоскопии:

- КТ органов брюшной полости и малого таза с контрастированием кишечника или МРТ органов брюшной полости (при подозрении на осложнения: дивертикулит, инфильтрат, перфорация и т.д. – по назначению хирурга/гастроэнтеролога);
- ТВУЗИ (у женщин).

Дифференциальная диагностика

Показатель	Дивертикулярная болезнь, осложненное течение	Дивертикулярная болезнь, не осложненное течение
Клинические проявления	+	±
Диагностика дивертикулита: (данные колонофиброскопии, ирригоскопии, КТ органов брюшной полости с контрастированием кишечника)	+	–
УЗИ органов брюшной полости (диагностика дивертикулита, паракишечного инфильтрата)	+	–
Лейкоцитоз, П/ядерный сдвиг Ускоренная СОЭ, СРБ	+	–
Лихорадка	+	–
Фекальный кальпротектин	+	–
Общий анализ кала (наличие лейкоцитов)	+	–
Развитие осложнений (паракишечный инфильтрат, перфорация, кровотечение и др.)	+	–
Консультация хирурга	+	–

Консультации специалистов

Гастроэнтеролог (при подозрении на заболевание).

Консультация хирурга и/или колопроктолога, гинеколога, уролога по cito!
(при подозрении на развитие осложнений заболевания).

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

Наблюдение гастроэнтеролога/колопроктолога.

Консультация хирурга по cito! (при подозрении на развитие осложнений заболевания).

Диспансерное наблюдение (пожизненно)

Кратность осмотра:

- после обострения в течение 3 лет – 1 раз в 6 мес.;
- при отсутствии рецидива в течение 3 лет – 1 раз в год.

Обязательные лабораторные исследования

После обострения в течение 3 лет – 1 раз в 6 мес., при ремиссии в течение 3 лет – 1 раз в год:

- клинический анализ крови;
- СРБ;
- общий анализ кала с определением реакции на скрытую кровь.

Обязательные инструментальные исследования:

- УЗИ органов брюшной полости и малого таза – 1 раз в год (в стадии ремиссии);
- колоноскопия/ирригоскопия – 1 раз в год (при наличии показаний).

Консультации специалистов

Гастроэнтеролог/колопроктолог – 1 раз в 6 мес. после обострения в течение 3 лет, при отсутствии рецидива в течение 3 лет – 1 раз в год.

Хирург (при дивертикулярной болезни с рецидивирующим дивертикулитом – по необходимости).

Лечение

Изменение образа жизни:

- соблюдение режима дня и питания, ограничение психоэмоциональной и физической нагрузки. Питание регулярное, частое, небольшими порциями;
- соблюдение диеты, исключающей пряности, копченое, острое, соленое. Не рекомендуется маргарин, жирные продукты, цельное молоко. Рекомендуется пища богатая белками (рыба регулярно, мясо, мясо птицы, творог), микроэлементами, витаминами, термически обработанные фрукты и овощи. При склонности к запорам рекомендуется диета с дополнительным введением в рацион растительных волокон с обязательным увеличением количества выпиваемой жидкости до 1,5 л. в сутки.

Медикаментозное лечение (назначается гастроэнтерологом)

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Антибактериальная терапия		
При дивертикулите	<ul style="list-style-type: none"> • Метрогил 1–1,5 г/сут. в/в • Цефтриаксон или цефотаксим 1–4 г/сут. в/м или в/в • Певфлоксацин 400–1200 мг/сут внутрь или в/в • Ципрофлоксацин 500–1000 мг/сут. в/в • Доксциклин 100–200 мг/сут. внутрь • Цефотаксим 2–4 г/сут. в/м • Кларитромицин 1–2 г/сут. – препарат резерва, особенно при сочетании дивертикулита и <i>H. pylori</i> с инфекцией • Амоксициллин /клавуанат 500–1750 мг/сут. внутрь • Рифаксимин 200–1200 мг/сут. внутрь 	Дозы препаратов приведены согласно рекомендациям гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению взрослых больных дивертикулярной болезнью. Более высокие дозы препаратов и в/в введение назначаются при развитии хирургических осложнений
При дивертикулярной болезни толстой кишки		
Кишечные антисептики		
При наличии клинических проявлений	<ul style="list-style-type: none"> • Рифаксимин 200–800 мг/сут. • Метронидазол 1–1,5 г/сут. • Месалазин 2–3 г/сут. • Нифуроксазид 600–800 мг/сут. 	Месалазин включен в терапию дивертикулярной болезни согласно рекомендациям гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению взрослых больных дивертикулярной болезнью

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Регуляторы моторики		
При спастическом болевом синдроме	<ul style="list-style-type: none"> • Дротаверин 40–120 мг/сут. в таблетках внутрь или 2 % 2–4 мл в/м • Папаверин гидрохлорид 2 % 1–2 мл в/м или в таблетках 40–180 мг/сут. • Тримебутин малеат таблетки по 200–600 мг/сут. • Мебеверин 200–600 мг/сут. • Гиосцин бутилбромид таблетки 10–60 мг/сут. 	
Препараты, восстанавливающие микрофлору кишечника		
При синдроме избыточного бактериального роста	<ul style="list-style-type: none"> • Лактулоза внутрь 20–100 мл/сут. • Псиллагу овата внутрь 5–20 г/сут. • Хилак форте 40–180 кап./сут. • Препараты из бифидо- и лактобактерий • Бациллюс цереус IP 5832 внутрь капсулы 35–210 мг/сут. 	Применяются при запорах

Примечание

Не рекомендуется назначать антибактериальные препараты при невыраженной клинической симптоматике, а также достаточной уверенности в отсутствии более тяжелых осложнений.

ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

(К 80.1)

Выявление пациента
с данным заболеванием

Терапевт/ВОП

Установление диагноза

Хирург (при наличии клинических проявлений и/или осложнений)
Гастроэнтеролог (при бессимптомном течении и отсутствии осложнений)

Назначение медикаментозного
и немедикаментозного метода лечения

Хирург (при наличии клинических проявлений и /или осложнений)
Гастроэнтеролог (при бессимптомном течении и отсутствии осложнений)

Наблюдение за эффективностью лечения

Терапевт/ВОП

Диагностика заболевания

Обязательным критерием диагноза ЖКБ является выявление конкремента (-ов) в желчном пузыре. Клинические проявления могут отсутствовать.

Синдромы заболевания:

- болевой синдром: возникающие после еды или постоянные боли в правом подреберье и/или эпигастрии, иррадиирующие в спину, правую лопатку, правое плечо, правую половину грудной клетки;
- диспепсический синдром: тошнота, горечь во рту, вздутие живота.

Ультразвуковая диагностика:

- наличие конкремента (-ов).

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные лабораторные исследования:

- клинический анализ крови;
- биохимическое исследование крови: общий и прямой билирубин, АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза, ГГТ.

Обязательные инструментальные исследования:

- ЭКГ;
- УЗИ органов брюшной полости.

Консультации специалистов

Гастроэнтеролог.

Хирург.

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

Консультация хирурга по cito!

Диспансерное наблюдение (1 год)

Проводится у пациентов при отказе от оперативного лечения.

Кратность осмотра

2 раз в год.

Обязательные лабораторные исследования:

- клинический анализ крови – 1 раз в год;
- биохимический анализ (АЛТ, АСТ, ГГТ, щелочная фосфатаза, билирубин общий и прямой) – 1 раз в год.

Обязательные инструментальные исследования

УЗИ органов брюшной полости – 1 раз в год.

Консультации специалистов

Гастроэнтеролог – 1 раз в год.

Хирург – 2 раза в год.

Лечение

- основным способом лечения ЖКБ и ее осложнений является хирургическая операция;
- 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 должны быть сбалансирована по жирам, белкам и углеводам;
 - диета в фазе ремиссии – сбалансированная диета: не протертые супы, мясо, рыба и птица в отварном и тушеном виде, включается клетчатка в сыром виде (овощи, фрукты), ограничиваются животные жиры;
 - исключение алкоголя и табакокурения.
- медикаментозное лечение – назначение осуществляет гастроэнтеролог и/или хирург.

ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ

(I33)

Выявление пациента
с данным заболеванием

Терапевт/ВОП

Установление диагноза

Кардиолог

Назначение медикаментозного
и немедикаментозного метода лечения

В стационаре

Наблюдение за эффективностью лечения

Кардиолог

Диагностика заболевания

Инфекционный эндокардит (ИЭ) следует подозревать при лихорадке неясной этиологии у пациента с факторами риска (пороки сердца или состояние после операций по протезированию клапанов) и/или с вновь возникшей аортальной, митральной или трикуспидальной недостаточностью.

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

Задача терапевта – заподозрить инфекционный эндокардит и оформить экстренную госпитализацию.

Ведение пациента осуществляет кардиолог.

Действия терапевта (ВОП) при декомпенсации заболевания

Пациент направляется на стационарное лечение.

Наблюдение кардиолога

На протяжении 12 мес. после успешного консервативного лечения или хирургического.

Диспансерное наблюдение (пожизненно)

Кратность осмотра

2 раза в год (после успешного консервативного лечения или хирургического).

Обязательные инструментальные исследования

Эхо-КГ 1 раз в год.

Консультации специалистов

Кардиолог (по показаниям).

Лечение

Стационарное. Все пациенты с подтвержденным диагнозом должны быть госпитализированы в специализированное отделение.

КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ

(A02-A09)

Выявление пациента
с данным заболеванием

Терапевт (ВОП)

Установление диагноза

Терапевт (ВОП), инфекционист

Назначение медикаментозного
и немедикаментозного метода лечения

Терапевт (ВОП), инфекционист

Наблюдение за эффективностью лечения

Терапевт (ВОП), инфекционист

Диагностика заболевания

Для диагностики заболевания необходимо наличие первых трех симптомов.

Симптомы заболевания:

- повышение температуры тела;
- тошнота, рвота;
- жидкий стул;
- боли в животе;
- признаки интоксикации – головная боль, слабость, недомогание;
- признаки обезвоживания – сухость кожи и слизистых, снижение тургора тканей, уменьшение диуреза.

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные лабораторные исследования:

- клинический анализ крови;
- бактериологическое исследование кала на шигеллы (*Shigella* spp.), сальмонеллы (*Salmonella* spp.), кампилобактерии (*Campylobacter* spp.), тифо-паратифозные микроорганизмы (*Salmonella typhi*), аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы с определением чувствительности к антибиотикам;
- анализ кала на ротавирусы (при подозрении на заболевание, наличии контакта с больными детьми).

Консультации специалистов

Инфекционист (всем пациентам с ОКИ).

Передать экстренное извещение в ОРУИБ г. Москвы (в течение 12 часов после установления диагноза в соответствии с приказом Управления Роспотребнадзора по городу Москве № 29 от 16 марта 2018 года «О порядке регистрации случаев инфекционных и паразитарных заболеваний в городе Москве»).

Клинико-лабораторные критерии степеней дегидратации

Симптомы	СТЕПЕНЬ ДЕГИДРАТАЦИИ			
	I	II	III	IV
	Величина потери жидкости относительно массы тела			
	До 3%	4–6%	7–9%	Более 10%
Рвота	До 5 раз	До 10 раз	До 20 раз	Свыше 20 раз
Жидкий стул	До 10 раз	От 10 до 20 раз	20 раз и более	Свыше 20 раз
Жажда, сухость слизистых полости рта	Умеренная	Значительная	Резкая	Резкая
Цианоз	Нет	Носогубного треугольника	Акроцианоз	Общий цианоз
Эластичность кожи и тургор подкожной клетчатки	Норма	Нижены у пожилых	Понижены	Резкое снижение
Изменение голоса	Не изменен	Ослаблен	Осиплость	Афония
Судороги	Отсутствуют	Икрожных мышц, кратковременные	Продолжительные, болезненные, с вовлечением большого объема мышечной массы	Генерализованные, тонические
Пульс на периферических сосудах	Норма	До 100 уд. В мин.	До 120 уд. В мин., Слабый, нитевидный	Не определяется
Систолическое артериальное давление	Норма	Снижение на 10–20% от индивидуальной нормы	Снижение на 50% от индивидуальной нормы	Снижение более чем на 50% от индивидуальной нормы
Диурез	Норма	Олигурия	Олигоанурия	Анурия
Индекс гематокрита	40–45%	45–50%	50–55%	Свыше 55%

Действия терапевта (ВОП) до выздоровления

Кратность осмотра

Не реже 1 раза в 3–5 дней (чаще – по клиническим показаниям).

Обязательные лабораторно-инструментальные исследования:

- клинический анализ крови – в начале заболевания, при наличии патологических изменений – контроль через 7–10 дней или раньше по решению лечащего врача;
- общий анализ кала – в начале заболевания, при наличии выраженных патологических изменений – контроль через 7–14 дней;
- бактериологическое исследование кала на шигеллы (*Shigella* spp.), сальмонеллы (*Salmonella* spp.), кампилобактерии (*Campylobacter* spp.), тифо-паратифозные микроорганизмы (*Salmonella typhi*), аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы с определением чувствительности к антибиотикам – в начале заболевания (до начала приема antimicrobных средств), при отрицательном результате посева повторный забор не требуется. Если пациент обратился уже после начала приема antimicrobных препаратов – забор материала на исследование в день обращения и повторно не ранее чем через 48 часов после окончания приема antimicrobных средств;
- ЭКГ (при подозрении на нарушения ритма сердца).

Консультации специалистов

Инфекционист (всем пациентам с ОКИ).

Хирург (при болях в животе и перитонеальных симптомах – для исключения острой хирургической патологии).

Лица из числа декретированных категорий должны быть отстранены от работы на время болезни и могут быть допущены к труду только после клинического выздоровления и однократного бактериологического исследования кала с отрицательным результатом, проведенного через 1–2 дня после окончания лечения.

Диспансерное наблюдение

Острые кишечные инфекции неуточненной этиологии (пищевая токсикоинфекция, бактериальное пищевое отравление неуточненное) при отрицательном результате бактериологического исследования кала на шигеллы (*Shigella* spp.), сальмонеллы (*Salmonella* spp.), кампилобактерии (*Campylobacter* spp.), тифо-паратифозные микроорганизмы (*Salmonella typhi*), аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы с определением чувствительности к антибиотикам в диспансерном наблюдении терапевта не нуждаются.

Пациенты, перенесшие кишечные инфекции с идентифицированным возбудителем (шигеллез, сальмонеллез, эшерихиоз, иерсиниоз и др.), подлежат диспансерному наблюдению у инфекциониста.

Лечение

Медикаментозное лечение

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Регуляторы водно-электролитного состава и КЩС в комбинациях		
Обезвоживание	Декстроза + Калия хлорид + Натрия хлорид + Натрия цитрат: при легком течении диареи – 40–50 мл/кг/сут., при средней тяжести – 80–100 мл/кг/сут.	Раствор для приема внутрь порциями по 50–100 мл через каждые 3–5 мин. до прекращения диареи и восстановления водно-электролитного обмена
Энтеросорбирующие средства		
Диарейный синдром	<ul style="list-style-type: none"> Лигнин гидролизный 3,6–8 г/сут. 	Таблетки 400 мг по 3–5 таблеток 3–4 раза в сутки или порошок для приема внутрь по 1 столовой ложке 3 раза в сутки (разводить в 100 мл воды)
	<ul style="list-style-type: none"> Кремния диоксид коллоидный мах доза 0,33 г/кг/сут. 	Курс лечения 5–7 дней
	<ul style="list-style-type: none"> Смектит диоктаэдрический 9–12 г/сут. 	
	<ul style="list-style-type: none"> Полиметилсилоксана полигидрат 22,5–67,5 г/сут. (1,5–4,5 ст. ложки); 	
<ul style="list-style-type: none"> Повидон 15 г/сут. 	Все энтеросорбенты принимают за 1–2 часа до или после приема пищи и других лекарственных препаратов	

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Противорвотные средства центрального действия, блокирующие дофаминовые рецепторы		
Выраженные тошнота, рвота	<ul style="list-style-type: none"> Метоклопрамид по 30–40 мг/сут. внутрь или в/м Домперидон 30–80 мг/сут. внутрь 	1–3 дня до купирования тошноты и/или рвоты
Спазмолитические средства		
Боли в животе	<ul style="list-style-type: none"> Дротаверин по 0,08–0,24 г/сут. Мебеверин 400 мг/сут. 	До купирования болевого синдрома
Средства, нормализующие микрофлору кишечника, в комбинациях		
Клинические проявления ОКИ	Сахаромицеты Bouldarii 500–1000 мг/сут.	Курс лечения 5–7 дней
	Пробиотические препараты	Курс лечения 7–14 дней
Ферменты и антиферменты		
Клинические проявления ОКИ	<ul style="list-style-type: none"> Панкреатин 150 000 ЕД/сут. 	Доза устанавливается индивидуально в зависимости от степени тяжести расстройства пищеварения
Другие синтетические антибактериальные средства		
Клинические проявления ОКИ	<ul style="list-style-type: none"> Фуразолидон по 0,4–0,8 г/сут. Нифуроксазид 800мг/сут. 	Курс лечения 5–7 дней
Синтетические антибактериальные средства – фторхинолоны		
При подозрении на патогенные бактериальные возбудители	<ul style="list-style-type: none"> Ципрофлоксацин 1000 мг/сут. Пефлоксацин 800 мг/сут. Норфлоксацин 800 мг/сут. 	Курс лечения 5–7 дней

Немедикаментозное лечение:

- соблюдение постельного/полупостельного режима;
- обильное питье;
- диетотерапия (соблюдение диеты стол №4 по Певзнеру минимум до двух недель от начала заболевания).

Показания к экстренной госпитализации в инфекционное отделение:

- при выраженной интоксикации и обезвоживании более 2-й степени;
- по эпидпоказаниям (невозможность изоляции больного, проживание в общежитии, гостинице и т.п.);
- при обострении/декомпенсации сопутствующих заболеваний (ИБС, сахарный диабет, хроническая почечная недостаточность, хроническая печеночная недостаточность, выраженный дефицит массы тела, беременность).

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ

(I69; I67.8; I67.2)

Выявление пациента
с данным заболеванием

Терапевт (ВОП)

Установление диагноза

Терапевт (ВОП), невролог

Назначение медикаментозного
и немедикаментозного метода лечения

Терапевт (ВОП) – назначение симпто-
матического лечения до консультации
невролога

Наблюдение за эффективностью лечения

Терапевт (ВОП)

Диагностика заболевания

Для диагностики заболевания обязательно выявление следующих симптомов: расстройство кратковременной памяти, снижение внимания, затруднения при счете.

Симптомы заболевания, имеющие диагностическое значение:

- сложности в пользовании бытовыми предметами;
- сужение круга интересов;
- снижение критики.

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные лабораторные исследования:

- клинический анализ крови;
- глюкоза крови, общий холестерин, ЛПВП, ЛПНП, ТГ.

Обязательные инструментальные исследования:

- ЭКГ;
- ДС МАГ.

Консультации специалистов

Невролог.

Кардиолог, эндокринолог, психиатр – по показаниям.

Действия терапевта (ВОП) при декомпенсации заболевания

Не проводятся. Динамическое наблюдение с подбором патогенетической и симптоматической терапии осуществляется неврологом.

Диспансерное наблюдение (пожизненно)

Кратность осмотра

3 раза в год с оценкой динамики состояния (при ОНМК – по прошествии 6 месяцев после острого периода).

Консультации специалистов

Невролог – 2 раза в течение первых 6 месяцев после перенесенного ОНМК, по прошествии 6 месяцев – 1–2 раза в год.

Офтальмолог, кардиолог, психиатр – по показаниям.

Лечение

Изменение образа жизни:

- отказ от курения;
- рациональный двигательный режим;
- нормализация массы тела до ИМТ ~ 25 кг/м²;
- увеличение физической активности;
- снижение потребления поваренной соли.

Медикаментозное лечение

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Ангиопротекторное средство растительного происхождения		
Хроническая ишемия головного мозга. Легкие, умеренные когнитивные нарушения	• Экстракт гинкго билобы 120–240 мг/сут.	Курс 90 дней. Не следует применять препарат пациентам, систематически получающим ацетилсалициловую кислоту (в качестве антиагрегантного средства), антикоагулянты (прямого и непрямого действия) и другие препараты, понижающие свертываемость крови

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Ноотропные препараты		
Хроническая ишемия головного мозга. Легкие, умеренные когнитивные нарушения	<ul style="list-style-type: none"> Комплекс пептидов, полученных из головного мозга свиньи 5–10 мл/сут. 	Ежедневно. Курс 10 инъекций. Возможно появление эпилептических приступов, при наличии диагноза эпилепсии
	<ul style="list-style-type: none"> Депротеинизированный гемодериват крови телят 5-10 мл/сут. 	Ежедневно. Курс 10–20 инъекций. Противопоказан при олигурии, анурии
	<ul style="list-style-type: none"> Комплекс водорастворимых полипептидных фракций с молекулярной массой не более 10 000 Да по 10 мг/сут. в/м 	Курс 10 инъекций. Раствор препарата не рекомендуется смешивать с другими растворами
	<ul style="list-style-type: none"> Холина альфосцерат 1000–1200 мг/сут. 	Курс 90 дней. Клинически значимого лекарственного взаимодействия холина альфосцерата с другими лекарственными препаратами не выявлено
	<ul style="list-style-type: none"> Пирацетам 1200–2400 мг/сут. 	Курс 60–360 дней. Рекомендуется постоянный контроль показателей функции почек
Вазоактивные препараты		
Хроническая ишемия головного мозга. Легкие, умеренные когнитивные нарушения	<ul style="list-style-type: none"> Пентоксифиллин 300 мг/сут. 	Курс – 2 месяца. Противопоказания: выраженный коронарный или церебральный атеросклероз, выраженные нарушения ритма сердца
	<ul style="list-style-type: none"> Винпоцетин 15–30 мг/сут. 	
Блокаторы Са-каналов		
Хроническая ишемия головного мозга. Легкие, умеренные, когнитивные нарушения	<ul style="list-style-type: none"> Циннаризин 150 мг/сут. 	Курс – 1 месяц и более С осторожностью при болезни Паркинсона
Альфа-адреноблокаторы		
Хроническая ишемия головного мозга. Легкие, умеренные когнитивные нарушения	<ul style="list-style-type: none"> Ницерголин 1–13 мг/сут. 	Противопоказания: артериальная гипотензия, выраженная брадикардия, одновременный прием альфа- и бета-адреноблокаторов

Когнитивные нарушения

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Антиоксиданты-антигипоксанты		
Хроническая ишемия головного мозга. Легкие, умеренные когнитивные нарушения	<ul style="list-style-type: none"> • Этилметилгидроксипиридина сукцинат 375–750 мг/сут. 	Курс 1–2 месяца Противопоказания: острые нарушения функции печени и почек
	<ul style="list-style-type: none"> • Инозин 0,050 г + никотинамид 0,025 г + рибофлавин 0,005 г + янтарная кислота 0,300 г 2г x 2 раза в сут., в/в 10 мл 	Курс 10–60 дней
Агонисты дофаминовых рецепторов		
Хроническая ишемия головного мозга. Легкие, умеренные когнитивные нарушения	<ul style="list-style-type: none"> • Пирибедил 100 мг/сут. 	Курс определяется индивидуально

НАДЖЕЛУДОЧКОВАЯ И ЖЕЛУДОЧКОВАЯ ЭКСТРАСИСТОЛИЯ

(I49.1, I49.3, I49.4)

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

Диагностика заболевания

Для диагностики заболевания обязательно выявление типичных ЭКГ признаков.

Аритмия	Типичные ЭКГ признаки
1. Предсердная экстрасистолия	Преждевременное возбуждение предсердий. Зубец Р обычно измененный, форма зубца Р зависит от локализации эктопического очага. Комплекс QRS не изменен по сравнению с синусовым ритмом
2. Желудочковая экстрасистолия	Преждевременное сокращение желудочков. Комплекс QRS уширен, зубец Р перед желудочковым комплексом обычно отсутствует

Симптомы заболевания, имеющие диагностическое значение:

- ощущение «перебоев» в работе сердца, ощущение «переворотов» сердца;
- одышка, чувство нехватки воздуха.

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Предсердная экстрасистолия не требует дополнительного обследования.

При желудочковой экстрасистолии.

Обязательные лабораторные исследования:

- электролиты: калий, натрий;
- ТТГ.

Обязательные инструментальные исследования:

- ЭКГ во время появления симптомов (при возможности);
- ЭКГ вне приступа нарушения ритма;
- суточное мониторирование ЭКГ в 3 или 12 отведениях;
- Эхо-КГ.

Консультации специалистов

Нет.

Действия терапевта (ВОП) при подборе терапии

Предсердная экстрасистолия не требует лечения.

При желудочковой экстрасистолии:

Кратность осмотра

1 раз в месяц.

Обязательные инструментальные исследования:

- ЭКГ – 1 раз и далее при необходимости контроля лечения;
- суточное мониторирование ЭКГ – при необходимости контроля лечения.

Консультации специалистов

Кардиолог:

- при выраженной симптоматике;
- при снижении ФВ ЛЖ менее 50% по данным ЭХОКГ;
- при наличии более 10 тысяч экстрасистол в сутки по данным суточного мониторирования.

Диспансерное наблюдение

Предсердная экстрасистолия не требует наблюдения.

При желудочковой экстрасистолии:

Кратность осмотра:

1 раз в год.

Обязательные инструментальные исследования:

- ЭКГ – 1 раз в год;
- суточное мониторирование ЭКГ 1 раз в год;
- эхокардиография 1 раз в год.

Консультации специалистов

Кардиолог:

- при снижении ФВ ЛЖ по данным ЭХОКГ в динамике;
- при увеличении количества ЖЭС по данным ХМЭКГ более 10 тыс. в сутки.

Лечение

Мало- и бессимптомные наджелудочковые экстрасистолы (НЖЭ) не требуют лечения. В случаях, когда НЖЭ сопровождается выраженным субъективным дискомфортом, в качестве симптоматической терапии возможно применение β -адреноблокаторов.

Мало- и бессимптомная желудочковая экстрасистолия не требует лечения. При выраженном дискомфорте необходимо выполнение ХМЭКГ для определения суточного количества ЖЭС и решения вопроса о консультации кардиолога для дообследования (МРТ сердца) и/или назначения антиаритмической терапии и консультации аритмолога.

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 сулцинат/тарtrat (CR) 12,5–200 мг/сут. • Небиволол 5–10 мг/сут. 	Абсолютные противопоказания: брадикардия (ЧСС менее 50 в минуту), СССУ, гипотония (с АД менее 100 мм рт. ст.), AV-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 в минуту), СССУ, гипотония (с АД менее 100 мм рт. ст.), AV-блокада II и III степени, ФВ менее 35%

НЕУТОЧНЕННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

(F99)

Выявление пациента
с данным заболеванием

Терапевт/ВОП

Установление диагноза

Терапевт/ВОП – при симптомах группы Г
Психиатр – при симптомах группы А, Б и В

Назначение медикаментозного
и немедикаментозного метода лечения

Терапевт/ВОП – при симптомах группы Г
Психиатр – при симптомах группы А, Б и В

Наблюдение за эффективностью лечения

Терапевт/ВОП – при симптомах группы Г
Психиатр – при симптомах группы А, Б и В

Диагностика заболевания

Для диагностики заболевания достаточно наличия любого из перечисленных симптомов.

Симптомы заболевания:

- психомоторное возбуждение с непосредственной опасностью для пациента и/или окружающих (группа А);
- суицидальные попытки, поведение, намерения, высказывания (группа А);
- приказывающие «голоса» агрессивного и/или опасного характера (группа А);
- состояние психической беспомощности, обусловленное когнитивными нарушениями (выраженное снижение памяти и интеллекта) (группа Б);
- галлюцинации без грубой дезорганизации поведения (группа В);
- нелепые и устойчивые иррациональные высказывания (бредовые расстройства) (группа В);
- причудливое, странное, необъяснимое поведение, выходящее за рамки существующих культурных убеждений и норм (группа В);
- выраженные нарушения настроения, тяжелые депрессивные состояния (без суицидальной активности) (группа В);
- плохое настроение, подавленность, тревога, снижение интересов (депрессивная симптоматика) без суицидальных намерений (группа Г);
- тягостные ощущения во внутренних органах или необычные жалобы на здоровье при отсутствии соматической патологии (группа Г);
- убеждения в наличии неизлечимого заболевания, плохо поддающиеся переубеждению, наличие множественных соматических жалоб (группа Г).

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные лабораторные исследования (при отсутствии непосредственной опасности пациента для себя и/или окружающих):

- клинический анализ крови;
- биохимический анализ крови (натрий, калий, кальций, глюкоза крови, АСТ, АЛТ, ГГТ, ЩФ, альбумин, белок общий, билирубин общий, билирубин прямой, билирубин непрямой, креатинин, мочевины, мочевая кислота), ТЗ, Т4, ТТГ – по показаниям;
- клинический анализ мочи.

Обязательные инструментальные исследования (при отсутствии непосредственной опасности пациента для себя и/или окружающих)

Рентгенография органов грудной клетки.

Консультации специалистов

Психиатр (при наличии симптомов группа А, Б и В);

Других специалистов (при отсутствии непосредственной опасности пациента для себя и/или окружающих) – по показаниям. Выбор консультантов направлен на диагностику наличия/отсутствия соматического заболевания.

Отсутствие патологии внутренних органов или существенное отличие клинической картины от проявления соматических заболеваний говорит о возможном наличии у пациента психического расстройства.

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

Кратность осмотра

1 раз в неделю при диагностике тревожно-депрессивного состояния (симптомы группы Г). При каждом осмотре проводится оценка суицидального риска.

Обязательные инструментальные исследования (при наличии симптомов группы Г):

- измерение веса;
- измерение АД, ЧСС на каждом визите;
- ЭКГ – по показаниям.

Консультации специалистов

Психиатр при выявлении симптомов группы А, Б и В.

Симптомы группы Г – см. Алгоритм действий по ведению пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами.

Диспансерное наблюдение (пожизненно)

Кратность осмотра

При наличии симптомов группы Г – 1 раз в месяц в течение 2 месяцев после установления ремиссии, при необходимости наблюдение проводится 1 раз в месяц в течение 6 месяцев – до стабилизации состояния. Диспансерное наблюдение терапевт (ВОП) не проводит при выявлении симптомов группы А, Б, В.

Обязательные инструментальные исследования (при наличии симптомов группы Г):

- измерение АД;
- ЧСС на каждом визите;
- ЭКГ – 1 раз в 6 месяцев.

Консультации специалистов

Психиатр – при выявлении симптомов группы А, Б и В, рецидиве депрессивной симптоматики в течение двух месяцев, при наличии суицидального риска.

Симптомы группы Г – см. Алгоритм действий по ведению пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами.

Лечение

Алгоритм действий врача-терапевта (ВОП), показания к госпитализации:

- симптомы группы А: экстренный вызов психиатра (скорая помощь) и обеспечение наблюдения за пациентом для предотвращения опасных действий. При необходимости – вызов сотрудников полиции;
- симптомы группы Б:
 - при наличии лиц, осуществляющих наблюдение и уход за пациентом, – плановая консультация психиатра (при наличии информированного добровольного согласия пациента);
 - при отсутствии лиц, осуществляющих наблюдение и уход за пациентом, – вызов бригады психиатрического отделения неотложной помощи или скорой помощи.
- симптомы группы В: плановая консультация психиатра;
- симптомы группы Г: см. Алгоритм действий по ведению пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами.

Дополнительные показания для возможной госпитализации

Наличие сопутствующих острых или тяжелых хронических соматических заболеваний требует учета при выборе стационара (наличие соматопсихиатрического отделения).

ОЖИРЕНИЕ

(E66.0, E66.8)

Выявление пациента
с данным заболеванием

Терапевт (ВОП)

Установление диагноза

Терапевт (ВОП)

Назначение медикаментозного
и немедикаментозного метода лечения

Терапевт (ВОП) – изменение образа жизни
Эндокринолог – назначение медикаментозной терапии

Наблюдение за эффективностью лечения

Терапевт (ВОП)

Диагностика заболевания

Диагноз устанавливается при ИМТ ≥ 30 кг/м² и окружности талии для мужчин > 102 см, для женщин > 88 см.

Симптомы заболевания, имеющие диагностическое значение

Специфических симптомов нет. Возможны сонливость, слабость, потливость, одышка, запоры, периферические отеки, боли в позвоночнике и суставах.

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные лабораторные исследования:

- глюкоза крови натощак;
- пероральный тест на толерантность к глюкозе;
- биохимический анализ крови: общий холестерин, ЛПНП, ЛПВП, триглицериды, АЛТ, АСТ, креатинин, мочевая кислота;
- ТТГ.

Обязательные инструментальные исследования:

- определение роста, массы тела, расчет индекса массы тела ИМТ (кг/м²) = Вес (кг) / Рост (м²);

ИМТ (кг/м ²)	Оценка ИМТ
18,5 – 24,9	Нормальный вес
25,0 – 29,9	Избыточная масса тела
30,0 – 34,9	Ожирение 1 ст.
35,0 – 39,9	Ожирение 2 ст.
Более 40,0	Ожирение 3 ст. (морбидное)

- измерение окружности талии;
- ЭКГ.

Консультации специалистов

Эндокринолог (при ассоциированных с ожирением заболеваниях).
Невролог, кардиолог, хирург (при сопутствующей ожирению патологии).

Действия терапевта (ВОП) при обострении заболевания

Для данного заболевания обострение процесса не характерно.

Диспансерное наблюдение (пожизненно)

Кратность осмотра

1 раз в 6 мес. (с измерением роста, массы тела и расчетом ИМТ, а также измерением окружности талии).

Обязательные лабораторно-инструментальные исследования:

- биохимический анализ крови (холестерин, триглицериды, ЛПВП, ЛПНП, общий белок, мочевины, креатинин, билирубин, АСТ, АЛТ) – 1 раз в год;
- ЭКГ – 1 раз в год;
- рентгенография легких – 1 раз в год;
- пероральный глюкозотолерантный тест (по показаниям) – 1 раз в год.

Консультации специалистов

Эндокринолога (=для назначения медикаментозного лечения, наличие сопутствующей эндокринной патологии).

Лечение

Изменение образа жизни:

- снижение веса – на 5–10% от исходного за 3 месяца;
- рациональное, гипокалорийное питание:
 - физиологичное по составу: белки – 15–20%, углеводы – 55–60%, жиры 20–25% суточной калорийности пищи;
 - гипокалорийное: 1 200–1500 ккал в сутки;
 - режим питания: 5–6 раз в сутки. Последний прием пищи должен быть не позднее, чем за 3 часа до сна;
 - ограничить жиры животного происхождения, поваренную соль (до 2–3 г в сутки), копчености, пряности, соленья;
 - исключить продукты, богатые легкоусвояемыми углеводами (сахар, мёд, варенье, сладкие напитки и т.д.);
 - максимально уменьшить употребление алкогольных напитков.
- дозированные аэробные физические нагрузки (ходьба – по 30–40 мин. 4–5 раз в неделю, не менее 10 000 шагов в день. Избегать упражнений, сопровождающихся прыжками, бегом и другими нагрузками на крупные суставы и позвоночник.

Медикаментозное лечение

Назначается эндокринологом.

Показания к назначению/ группы препаратов	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Для подавления аппетита		
Препараты центрального действия*	Сибутрамин 10–15 мг/сут.	Препарат может вызвать повышение артериального давления, сухость во рту, запор, головную боль, раздражительность и бессонницу

Ожирение

Показания к назначению/ группы препаратов	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Для уменьшения всасывания жира в кишечнике		
Препараты периферического действия*	Орлистат 120–360 мг/сут.	Не рекомендуется прием при <ul style="list-style-type: none"> • гиперчувствительности • синдроме хронической мальабсорбции • холестазе • возрасте до 12 лет • нефролитоазе • гипероксалурии • лактации, беременности Может вызвать стеаторею
Для уменьшения количества съеденной пищи в результате быстрого насыщения		
Агонисты рецепторов ГПП-1*	Лираглутид 6–6 мг/сут.	Сахарный диабет 1-го типа; диабетический кетоацидоз; беременность; период лактации (грудное вскармливание); тяжелые нарушения функции почек; нарушения функции печени; сердечная недостаточность III и IV функционального класса по классификации NYHA; воспалительные заболевания кишечника; парез желудка; Терапия должна быть прекращена, если после 12 недель использования препарата потеря массы тела составляет менее 5% исходного значения. Отмечается улучшение показателей глюкозы и холестерина в крови, стабилизация АД

*Препараты не входят в перечень ЖНВЛП.

ОРВИ

(J00, J02.9, J04.1, J04.2, J06)

Выявление пациента
с данным заболеванием

Терапевт (ВОП)

Установление диагноза

Терапевт (ВОП)

Назначение медикаментозного
и немедикаментозного метода лечения

Терапевт (ВОП);
Инфекционист – при тяжелом/ среднетяжелом течении ОРЗ, отказе больного от госпитализации

Наблюдение за эффективностью лечения

Терапевт (ВОП);
Инфекционист – при тяжелом/среднетяжелом течении ОРЗ, отказе больного от госпитализации

Диагностика заболевания

Для диагностики заболевания основополагающим является наличие катаральных изменений слизистой оболочки носа и ротоглотки.

Симптомы заболевания:

- повышение температуры тела до 38,5 °С;
- слабость;
- ломота в теле;
- заложенность носа, ринорея (слизистые, слизисто-гнойные), першение и/или боль в горле, гиперемия ротоглотки осиплость голоса, саднение по ходу трахеи, сухой надсадный кашель;
- инъекция сосудов склер, век, слезотечение, конъюнктивит.

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные лабораторные исследования:

- клинический анализ крови;
- клинический анализ мочи.

Обязательные инструментальные исследования:

При неосложненном течении ОРВИ – не применяются:

- цифровая флюорография/рентгенография легких (при подозрении на пневмонию);
- компьютерная томография/низкодозная компьютерная томография/рентгенография придаточных пазух носа (при подозрении на синусит);
- ЭКГ (при наличии кардиальных симптомов).

Консультации специалистов

При неосложненной форме – не показаны.

Отоларинголог (при подозрении на развитие синусита, отита).

Инфекционист (при тяжелом/среднетяжелом течении ОРЗ, отказе больного от госпитализации, групповых случаях заболевания).

Действия терапевта (ВОП) до выздоровления

Кратность осмотра

1 раз в 3–5 дней (чаще – по показаниям). В эпидсезон в первые дни болезни предпочтительно наблюдение на дому.

Обязательные лабораторные исследования:

- клинический анализ крови – 1 раз в начале заболевания; повторение по показаниям;
- клинический анализ мочи – 1 раз в начале заболевания; повторение по показаниям;
- биохимический анализ крови: билирубин общий, фракции билирубина, АЛТ, АСТ (при выявлении гепатоспленомегалии, лимфаденита).

Обязательные инструментальные исследования:

- рентгенография легких (при подозрении на развитие пневмонии);
- компьютерная томография/низкодозная компьютерная томография придаточных пазух носа (при подозрении на развитие осложнений).

Консультации специалистов

По показаниям (при обострении имевшихся хронических заболеваний, развитии осложнений и отказе больного от госпитализации).

Диспансерное наблюдение

При неосложненной форме – не требуется.

Лечение

Критерии оценки степени тяжести заболевания по клиническим признакам

Признак	Легкая степень течения	Средняя степень течения	Тяжелая степень течения	Очень тяжелая степень течения
Лихорадка, интоксикация	Лихорадка до 38,5 °С	Лихорадка до 40 °С	Лихорадка до 40 °С и выше	Лихорадка свыше 40 °С
Пuls (PS) и систолическое артериальное давление (САД)	PS менее 90 уд./мин. САД 110 мм Hg и выше	PS менее 90–120 уд./мин. САД менее 110 мм Hg	PS более 120 уд./мин, нередко аритмичен. САД менее 90 мм Hg.	PS более 120 уд./мин., нитевидный, аритмичен. САД менее 80 мм Hg, акроцианоз
ЧДД в мин.	16–23	24–28	Более 28	Более 28
Выраженность респираторных проявлений	Сухой кашель, насморк, першение в горле, гиперемия ротоглотки	Сухой надсадный кашель, заложенность в груди, гиперемия ротоглотки	Болезненный мучительный кашель, боли за грудиной, одышка в покое, гиперемия ротоглотки	Приступообразный болезненный мучительный кашель, боли за грудиной, выраженная одышка, гиперемия ротоглотки, кровоизлияния на слизистых
Нарушения сознания	Отсутствуют	Отсутствуют	Оглушение, сопор	Сопор, кома

В амбулаторных условиях проводится лечение легких и среднетяжелых форм ОРВИ.

Медикаментозное лечение

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Средства этиотропной терапии		
Клинические проявления ОРВИ	<ul style="list-style-type: none"> Умифеновир 800 мг/сут. 	200 мг 4 раза в сутки 5 дней
	<ul style="list-style-type: none"> Имидазолилэтанамид пентандиовой кислоты 90 мг/сут. 	Противопоказано беременным и больным до 18 лет
	<ul style="list-style-type: none"> Кагоцел 36–72 мг/сут. 	24 мг 3 раза в сутки в первые 2 дня, в последующие 2 дня по 12 мг 3 р в день. Противопоказан беременным и кормящим грудью
	<ul style="list-style-type: none"> Интерферон альфа-2b капли в нос/спрей интраназальный 15 000–18 000 МЕ/сут., суппозитории ректальные – 1–3 млн ЕД/сут. в прямую кишку 	По 3 капли/дозы в каждый носовой ход 5–6 раз в день. Курс – 5–7 дней
Средства симптоматической терапии		
При повышении температуры тела >38,5 °С, головной, мышечной боли	<ul style="list-style-type: none"> Парацетамол 500–4000 мг/сут. Ибупрофен 1200 мг/сут. Диклофенак 100–150 мг/сут. внутрь или в/м. 	
При затруднении носового дыхания	<ul style="list-style-type: none"> Сосудосуживающие капли в нос: Ксилометазолин 	по 2–3 капли 0,1% раствора 3–4 раза в день
	<ul style="list-style-type: none"> Оксиметазолин 	по 1–2 капли 0,05% раствора в каждый носовой ход 2–3 раза в день
	<ul style="list-style-type: none"> Нафазолин 	по 1–3 капли 0,1% раствора 3–4 раза в сутки
При сухом болезненном кашле	<ul style="list-style-type: none"> Бутамират 67,5–200 мг/сут., Пренокстазин 300–800 мг/сут. 	
При наличии бронхита с трудноотделяемой мокротой	<ul style="list-style-type: none"> Ацетилцистеин 600–1200 мг/сут. 	
Общеукрепляющее, антиоксидантное действие	<ul style="list-style-type: none"> Аскорбиновая кислота 500 мг/сут. 	
Клинические проявления гриппа	<ul style="list-style-type: none"> Клемастин 2 мг/сут. 	1 мг 2 раза в сутки
	<ul style="list-style-type: none"> Хлоропирамин 75–100 мг/сут. 	3–4 раза в сутки

Немедикаментозное лечение:

- постельный режим на весь лихорадочный период;
- обильное теплое питье на весь лихорадочный период;
- соблюдение постельного режима и обильное питье;
- рациональное питание (легкоусвояемые продукты – молочно-растительная диета – фрукты, овощи);
- промывание носовых ходов, полоскание ротоглотки.

Показания к экстренной госпитализации в инфекционное отделение:

- тяжелая форма ОРВИ;
- наличие осложнений;
- в случае отсутствия эффекта от амбулаторного лечения;
- по эпидпоказаниям (отсутствие возможности изоляции – проживание в общежитии, гостинице и т.д.);
- при обострении/декомпенсации сопутствующих заболеваний (ИБС, сахарный диабет, заболевания желудочно-кишечного тракта, хроническая почечная недостаточность, хроническая печеночная недостаточность, выраженный дефицит массы тела).

ОСТЕОАРТРОЗ

(M15–M19)

Выявление пациента
с данным заболеванием

Терапевт (ВОП)

Установление диагноза

Ревматолог

Назначение медикаментозного
и немедикаментозного метода лечения

Терапевт (ВОП) по рекомендации ревма-
толога

Наблюдение за эффективностью лечения

Терапевт (ВОП)

Диагностика заболевания

Для диагностики заболевания обязательно выявление диагностических критериев.

Коленные суставы:

- боли;
- крепитация;
- утренняя скованность < 30 мин.;
- возраст > 40 лет;

или

- боли;
- утренняя скованность < 30 мин.;
- увеличение объема сустава.

Кисти:

- боли и скованность в кистях;
- увеличение объема двух и более из 10 типичных¹ суставов кистей;
- отек менее трех ПМФС;
- увеличение объема двух и более ДМФС;

или

- боли и скованность в кистях;
- увеличение объема двух и более из 10 типичных суставов кистей¹;
- отек менее трех ПМФС;
- деформации двух и более из 10 типичных¹ суставов кистей.

¹ Типичные суставы: 2 и 3 ДМФС, 2 и 3 ПМФС и 1 ПЗС (ДМФС – дистальные межфаланговые суставы, ПМФС – проксимальные межфаланговые суставы, ПЗС – пястно-запястные суставы).

Установление диагноза по клиническим, лабораторным и рентгенологическим критериям

Коленные суставы:

- боли;
- остеофиты;

или

- боли;
- синовиальная жидкость, характерная для остеоартроза;
- утренняя скованность <30 мин;
- крепитация.

Тазобедренные суставы:

- боли;
- остеофиты;

или

- боли;
- СОЭ < 20мм/ч;
- сужение суставной щели.

Симптомы заболевания, имеющие диагностическое значение:

- боль в суставах;
- припухание суставов;
- скованность в суставах;
- крепитация;
- деформации суставов.

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные лабораторные исследования:

- клинический анализ крови;
- биохимический анализ крови (креатинин, мочевая кислота, СРБ, АЛТ, АСТ, альбумин).

Обязательные инструментальные исследования (для последующей консультации ревматолога)

Рентгенография пораженного сустава (суставов, пораженной зоны).

Консультации специалистов:

Ревматолог.

Травматолог-ортопед.

Физиотерапевт.

Врач лечебной физкультуры.

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

Кратность осмотра

1 раз в 2 недели с контролем болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале боли (от 0 до 10).

Обязательные лабораторно-инструментальные исследования

Клинический анализ крови (при использовании НПВП) – 1 раз в 2 недели.

Консультации специалистов

Ревматолог (при недостаточной эффективности проводимого лечения);

травматолог-ортопед:

- при нарастании деформаций и ограничении движений в суставе;
- при неэффективности консервативной терапии (после консультации ревматолога).

Физиотерапевт.

Врач лечебной физкультуры.

Диспансерное наблюдение (пожизненно)

Кратность осмотра

1 раз в 6 месяцев.

Обязательные лабораторно-инструментальные исследования:

- клинический анализ крови – 1 раз в 6 месяцев;
- рентгенография пораженного сустава (по показаниям).

Консультации специалистов:

Ревматолог (при недостаточной эффективности проводимого лечения);
травматолог-ортопед:

- при нарастании деформаций и ограничении движений в суставе;
- при неэффективности консервативной терапии (после консультации ревматолога).

Физиотерапевт.

Врач лечебной физкультуры.

Лечение

Проводится при клинически значимой боли.

Изменение образа жизни:

- самостоятельная лечебная гимнастика (по рекомендации врача ЛФК);
- рекомендации по снижению веса у пациентов с ИМТ более 25 кг/м²;
- использование ортопедических приспособлений (ортезы, брейсы, корригирующие стельки) по рекомендациям ревматолога, ортопеда.

Медикаментозное лечение

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Глюкокортикоиды (назначаются и выполняются либо ревматологом, либо травматологом)		
Обострение суставной боли	<ul style="list-style-type: none"> Метилпреднизолона ацетат 0–120 мг внутрисуставно Триамсинолона ацетонид 0–60 мг внутрисуставно 	
Протезы синовиальной жидкости (назначаются и выполняются либо ревматологом, либо травматологом)		
Суставная боль	<ul style="list-style-type: none"> Препараты гиалуроновой кислоты (с доказанной клинической эффективностью) внутрисуставно 	Курс 1–5 инъекций (в зависимости от препарата) с интервалом 1 неделя. 1–3 курса в год
Анальгетики		
Умеренная боль	<ul style="list-style-type: none"> Парацетамол 1500–3000 мг/сут. 	
Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП)		
Суставная боль. Симптоматическое лечение суставной боли	<ul style="list-style-type: none"> Трансдермальные формы НПВП (мази, кремы, гели, спреи) ибупрофен, диклофенак, нимесулид, кетопрофен 	При остеоартрозе коленных суставов и суставов кистей
	<ul style="list-style-type: none"> Ибупрофен 1200–2400 мг/сут. Внутрь Диклофенак 50–150 мг/сут. Внутрь Напроксен 1000 мг/сут. Внутрь Мелоксикам 7,5–15 мг/сут. Внутрь Нимесулид 200–400 мг/сут. Внутрь Эторикоксиб 60–90 мг/сут. Внутрь 	Используются совместно с ингибиторами протонной помпы, одновременное использование двух или более препаратов группы препаратов не допускается
Блокаторы протонной помпы		
Профилактика желудочно-кишечных осложнений при приеме НПВП	<ul style="list-style-type: none"> Омепразол 20–40 мг/сут. Пантопразол 40–80 мг/сут. Эзомепразол 20–40 мг/сут. 	
Симптоматические средства медленного действия		
Суставная боль	<ul style="list-style-type: none"> Хондроитин сульфат 1000 мг/сут. 	Длительно
	<ul style="list-style-type: none"> Глюкозамин сульфат 1500 мг/сут. 	В течение 4–12 нед., 2–3 курса в год
	<ul style="list-style-type: none"> Диацирин 50–100 мг/сут. 	Длительно
	<ul style="list-style-type: none"> Пиаскледин 300 мг/сут. 	Длительно

Немедикаментозное лечение (при необходимости)

Холодовые аппликации, тепловые процедуры, чрескожная электронейростимуляция, акупунктура.

ОСТЕОПОРОЗ

(M80-M82)

Выявление пациента
с данным заболеванием

Терапевт (ВОП)

Установление диагноза

Ревматолог, эндокринолог или травматолог-ортопед

Назначение медикаментозного
и немедикаментозного метода лечения

Ревматолог, эндокринолог или травматолог-ортопед

Наблюдение за эффективностью лечения

Терапевт (ВОП)

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;
- клиренс креатинина (скорость клубочковой фильтрации), щелочная фосфатаза;
- ионизированный кальций крови, неорганические фосфаты крови, суточная моча на кальций.

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-ортопеда (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	<ul style="list-style-type: none"> • Кальций 0–1 г/сут. внутрь • Витамин D3 800–2000 МЕ/сут. внутрь 	6000–15 000 МЕ в неделю

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
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	Вводится в течение min 20 мин., 1 раз в год
	• Деносуаб 60 мг подкожно	1 раз в 6 месяцев
	• Терипаратид 20 мкг подкожно	Ежедневно
	• Стронция ранелат 2 г внутрь	1 раз в день

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 снижение риска падений.

ОСТРЫЙ НЕОСЛОЖНЕННЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ ЛЕГКОГО ТЕЧЕНИЯ

(N10)

Выявление пациента
с данным заболеванием

Терапевт/ ВОП

Установление диагноза

Терапевт /ВОП

Назначение медикаментозного и немеди-
каментозного метода лечения

Терапевт /ВОП

Наблюдение за эффективностью лечения

Уролог

Диагностика заболевания

Для диагностики заболевания необходимо наличие минимум 3 из нижеперечисленных симптомов.

Симптомы заболевания, имеющие диагностическое значение:

- дискомфорт/рези при мочеиспускании;
- субфебрильная или температура тела не выше 38 °С ;
- озноб;
- боли в поясничной области;
- положительный симптом Пастернацкого с пораженной стороны.

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные лабораторные исследования:

- клинический анализ крови;
- биохимический анализ крови (креатинин);
- клинический анализ мочи;
- бактериологический посев мочи (до назначения эмпирической терапии).

Обязательные инструментальные исследования:

- УЗИ почек и мочевого пузыря (проведение доплерографии по показаниям);
- обзорная и экскреторная урография/КТ органов брюшной полости (по показаниям).

Консультации специалистов

Уролог – при наличии:

- нарушений оттока мочи из почек или мочевого пузыря;
- структурных изменений в органах мочевой системы;
- серьезных сопутствующих заболеваний (сахарный диабет, иммуносупрессия).

Действия терапевта (ВОП) при декомпенсации заболевания

Кратность осмотра

Повторный осмотр урологом.

Обязательные лабораторно-инструментальные исследования:

- клинический анализ крови;
- биохимический анализ крови по показаниям (креатинин);
- клинический анализ мочи;
- УЗИ почек.

Госпитализация в стационар

При ухудшении состояния пациента или неэффективности терапии в течение 72 часов госпитализация в урологическое отделение стационара.

Диспансерное наблюдение

Не нуждаются.

Лечение

Лечение врачом-терапевтом/ВОП возможно при отсутствии каких-либо выраженных нарушений оттока мочи из мочевого пузыря, структурных изменений в органах мочевой системы и серьезных сопутствующих заболеваний.

Изменение образа жизни:

- изменение питьевого режима: потребление 2,0 и более литров жидкости;
- отказ от курения;
- отказ от алкоголя;

- исключить острую пищу;
- применение немедикаментозной терапии (отвар мочегонных трав: брусничный лист, почечный чай, клюквенные, брусничные морсы);
- домашний режим.

Медикаментозное лечение

Показания к назначению/ группы препаратов	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Фторхинолоны (препараты выбора)		
Острый неосложненный пиелонефрит легкого течения	Левифлоксацин 10–15 мг/сут.	Курс лечения: 1 т. (500 мг) 1 раз в сут., 7–10 дней 1 т. (750 мг) 1 раз в сут., 5 дней
Острый неосложненный пиелонефрит легкого течения	Ципрофлоксацин 1000–1500 мг/сут.	Курс лечения: 1 т. (500–750 мг) 2 раза в сут., 7–10 дней 1 т. (1000 мг) 1 раз в сут., 5 дней
Цефалоспорины III поколения (альтернативная терапия)		
Острый неосложненный пиелонефрит легкого течения	Цефтибутен 400 мг/сут.	Курс лечения – 1 т. 1 раз в сут., 10 дней
Острый неосложненный пиелонефрит легкого течения	Цефиксим 400 мг/сут.	Курс лечения – 1 т. 1 раз в сут., 10 дней

ОСТРЫЙ ТОНЗИЛЛИТ (АНГИНА)

(J03, B95, B96, B97)

Выявление пациента с данным заболеванием

Терапевт (ВОП)

Установление диагноза

Терапевт (ВОП), оториноларинголог, инфекционист

Назначение медикаментозного и немедикаментозного метода лечения

Терапевт (ВОП) – при фолликулярной ангине, легком, неосложненном течении лакунарной ангины,
Оториноларинголог, инфекционист – при подозрении на дифтерию, инфекционный мононуклеоз

Наблюдение за эффективностью лечения

Терапевт (ВОП) – при фолликулярной ангине, легком, неосложненном течении лакунарной ангины.

Оториноларинголог, инфекционист – при подозрении на дифтерию, инфекционный мононуклеоз

Диагностика заболевания

Для диагностики заболевания необходимо наличие симптомов из пунктов а, b, с и одного симптома из пункта d.

Симптомы заболевания:

- a) повышение температуры тела (степень общей гипертермии зависит от формы болезни и тяжести ее течения);
- b) боли в горле, усиливающиеся при глотании с одной или обеих сторон; речь может приобретать гнусавый оттенок;
- c) увеличение небных миндалин в размерах (может быть односторонним);
- d) признаки поражения слизистой оболочки миндалин:
 - гиперемия слизистой при катаральной форме;
 - нагноение фолликулов (желтые просовидные точки) при фолликулярной форме;
 - скопление гнойного экссудата в лакунах, мелко- или крупноостровчатые налеты, сливные при лакунарной форме;
 - обширные беловато-серые или грязно-серые налеты при гнойно-некротической форме;
 - небольшие подэпителиальные пузырьки, мелкие дефекты слизистой при герпетической ангине;
- e) увеличение шейных лимфоузлов;
- f) признаки интоксикации – общая слабость, недомогание, головная боль, ломота в мышцах.

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные лабораторно-инструментальные исследования:

- клинический анализ крови;
- клинический анализ мочи;
- микробиологическое исследование мазка из ротоглотки и носа на дифтерию;

Острый тонзиллит (ангина)

- микробиологическое исследование мазка из ротоглотки с определением чувствительности к антибиотикам.

Консультации специалистов

Инфекционист.

Оториноларинголог.

Физиотерапевт.

Действия терапевта (ВОП) до выздоровления

Кратность осмотра

Не реже 1 раза в 3–5 дней (чаще – по клиническим показаниям).

Обязательные лабораторно-инструментальные исследования:

- клинический анализ крови – в начале заболевания, при наличии патологических изменений – контроль через 7–10 дней или раньше по решению лечащего врача;
- биохимический анализ крови: билирубин и его фракции, АСТ, АЛТ, ГГТП, щелочная фосфатаза (при подозрении на инфекционный мононуклеоз);
- анализ крови на антистрептолизин-О, СРБ (при подозрении на развитие тонзиллогенных заболеваний);
- клинический анализ мочи (при подозрении на развитие тонзиллогенных заболеваний);
- ЭКГ (при подозрении на развитие тонзиллогенных заболеваний).

Консультации специалистов

Инфекционист – при подозрении на дифтерию, инфекционный мононуклеоз, энтеровирусную, герпетическую инфекции.

Кардиолог, нефролог, ревматолог – при подозрении на развитие осложнений.

Госпитализация по экстренным клиническим и эпидемиологическим показаниям:

- при выраженном интоксикационном синдроме, высокой температуре (выше 39 °С.);
- при сильной боли при глотании и отечности ротоглотки, затруднении при приеме воды и пищи;
- при подозрении на дифтерию.

Диспансерное наблюдение

Не проводится.

Лечение

Медикаментозная терапия

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Пенициллины		
Проведение системной антибактериальной терапии при всех формах банальной ангины (кроме катаральной)	<ul style="list-style-type: none"> • Феноксиметилпенициллин 2 г/сут. 	Препараты выбора Курс 10 дней
Пенициллины в комбинациях		
Проведение системной антибактериальной терапии при всех формах банальной ангины (кроме катаральной)	<ul style="list-style-type: none"> • Амоксициллин 1,5–2 г/сут. • Амоксициллин + клавулановая кислота 1875 мг/сут. 2000 мг/сут. 	Альтернативные препараты Курс 10 дней
Макролиды и азалиды		
Проведение системной антибактериальной терапии при всех формах банальной ангины (кроме катаральной)	<ul style="list-style-type: none"> • Азитромицин 500 мг/сут. • Рокситромицин 300 мг/сут. • Спирамицин 6 млн МЕ/сут. 	Альтернативные препараты Курс 5 дней Курс 10 дней Курс 10 дней

Острый тонзиллит (ангина)

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Цефалоспорины		
Проведение системной антибактериальной терапии при всех формах банальной ангины (кроме катаральной)	<ul style="list-style-type: none"> • Цефадроксил 1,0 г/сут. • Цефалексин 1–2 г/сут. 	Альтернативные препараты Курс 10 дней
Цефалоспорины		
Проведение системной антибактериальной терапии при всех формах банальной ангины (кроме катаральной) при выраженном болевом синдроме в горле и затруднении проглатывания	<ul style="list-style-type: none"> • Цефуроксим 3–4,5 г/сут. в/м 2–3 дня, далее 1 г/сут.; • Цефотаксим по 3–6 г/сут. в/м или в/в 	Курс 10 дней
Ненаркотические анальгетики		
При повышении температуры тела >38,5 °С, выраженном болевом синдроме	<ul style="list-style-type: none"> • Парацетамол 500–4000 мг/сут. • Ибупрофен 1200 мг/сут. • Диклофенак 100–150 мг/сут. внутрь или в/м 	
H1-антигистаминные средства		
Клинические проявления ангины	<ul style="list-style-type: none"> • Клемастин 2 мг/сут. • Хлоропирамин 75–100 мг/сут. 	
Другие антибиотики		
Лечение катаральной формы ангины	<ul style="list-style-type: none"> • Фузафунгин 1,5 г/сут. 	Местно в виде аэрозоля каждые 4 часа 5–7 дней
Антисептики и дезинфицирующие средства в комбинациях		
Клинические проявления ангины	<ul style="list-style-type: none"> • Бензилдиметил-миристоиламино-пропиламмоний 0,01% р-р 	Раствор для местного применения Кратность полоскания 5–6 раз в день
	<ul style="list-style-type: none"> • Водорода перексид 3% р-р 	Приготовление – 2 ст. л. на 1 стакан воды Кратность полоскания 5–6 раз в день
	<ul style="list-style-type: none"> • Отвар ромашки аптечной 	Объем – 1/2–1 стакан отвара Кратность полоскания 3–5 раз в день
	<ul style="list-style-type: none"> • Шалфей лекарственный 	Объем отвара – 1/2–1 стакан отвара Кратность полоскания 3–5 раз в день Возможно использование готовой лекарственной формы в виде таблеток для рассасывания

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Клинические проявления ангины	<ul style="list-style-type: none"> • Календулы настойка 	Приготовление – 1 ч. л. на 1 стакан воды Кратность полоскания 3–5 раз в день
Вспомогательная терапия при болевом синдроме	<ul style="list-style-type: none"> • Амилметакрезол + Дихлорбензиловый спирт + Лидокаин 0,29+0,58+0,78 мг, каждые 3 часа, не более шести раз в сут. 	Раствор для полоскания или орошения ротоглотки Курс – 5 дней
	<ul style="list-style-type: none"> • Бензокаин + Тиротрицин 1+2 мг, по 1 таблетке каждые 2–3 часа 	Таблетки для рассасывания Курс – 5 дней

Немедикаментозное лечение:

- строгий постельный режим первые 3–5 дней, далее – соблюдение домашнего режима с ограничением физической активности;
- использование индивидуальной посуды, полотенец, максимальное возможное ограничение контакта с окружающими, особенно с детьми;
- обильное питье, щадящая, нераздражающая, молочно-растительная диета.

ОСТРЫЙ ЦИСТИТ

(N30.0)

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

Диагностика заболевания

Для диагностики заболевания необходимо наличие минимум двух характерных симптомов.

Симптомы заболевания:

- тянущие боли/дискомфорт в проекции мочевого пузыря;
- рези при/после мочеиспускания;
- частые мочеиспускания малыми порциями;
- императивные позывы.

Критерии для дифференциальной диагностики ИМП, в зависимости от лабораторных данных

	Отсутствие или наличие симптомов ИМП	Данные микробиологического исследования средней порции мочи
Бессимптомная бактериурия	Симптомы заболевания отсутствуют	10^5 КОЕ/мл в двух анализах средней порции мочи, исследованной с разницей 24 часа
Острый неосложненный цистит	Частые, болезненные мочеиспускания, боли в надлобковой области	$\geq 10^3$ КОЕ/мл
Рецидивирующая инфекция мочевых путей	Не менее трех эпизодов инфекции нижних мочевых путей с подтвержденным культуральным исследованием мочи за последние 12 мес., только у женщин без структурных или функциональных аномалий	$\geq 10^4$ КОЕ/мл

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные лабораторные исследования

Клинический анализ мочи.

Обязательные инструментальные исследования

Не показаны.

Консультации специалистов

Уролог при наличии:

- каких-либо нарушений оттока мочи из мочевого пузыря;
- структурных изменений в органах мочевой системы;
- серьезных сопутствующих заболеваний (сахарный диабет, иммуносупрессия).

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

Кратность осмотра

1 раз через неделю с целью контроля эффективности терапии.

Лабораторно-инструментальные исследования

Клинический анализ мочи.

Консультации специалистов

Уролог:

- при отсутствии эффекта от терапии или возникновении рецидива спустя 2 недели;
- при наличии двух обострений цистита за 6 месяцев и/или трех обострений в год.

Гинеколог:

- при отсутствии эффекта от терапии или возникновении рецидива спустя 2 недели.

Диспансерное наблюдение

Не нуждаются.

Лечение

Изменение образа жизни:

- изменение питьевого режима: потребление 2,0 л жидкости;
- отказ от курения;
- отказ от алкоголя;
- исключить острую пищу;
- применение немедикаментозной терапии (отвар мочегонных трав: брусничный лист, почечный чай, клюквенные, брусничные морсы).

Медикаментозное лечение

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Антибиотик Фосфомицин		
Острый неосложненный цистит	Фосфомицина треметамол 3 г/сут.	Однократно
Антибиотики полусинтетические производные нитрофурана		
Острый неосложненный цистит	Фуразидина калиевая соль с магнезия карбонатом 150–300 мг/сут.	Курс лечения: 1 т. (50–100 мг) 3 раза в сут., 5–7 дней
Острый неосложненный цистит	Нитрофурантоин 300 мг/сут.	Курс лечения: 1 т. (100 мг) 3 раза в сут., 5 дней

Фторхинолоны и цефалоспорины не рекомендуются в качестве первой линии терапии, так как имеют побочные эффекты и увеличивают резистентность возбудителей.

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

Диагностика заболеваний

Для диагностики заболевания обязательно выявление типичных ЭКГ признаков.

Аритмия	Типичные ЭКГ признаки
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)

Выявление пациента
с данным заболеванием

Терапевт/ВОП

Установление диагноза

Терапевт/ВОП

Назначение медикаментозного
и немедикаментозного метода лечения

Кардиолог

Наблюдение за эффективностью лечения

Терапевт/ВОП

Диагностика заболеваний

Для диагностики заболевания обязательно выявление типичных ЭКГ признаков.

Аритмия	Типичные ЭКГ признаки
Пароксизмальная наджелудочковая тахикардия (предсердная тахикардия, АВ узловая реентри тахикардия, АВ реентри 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) на первичном приеме (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;
- Эхо-КГ.

Консультации специалистов

Кардиолог – во всех случаях.

Действия терапевта (ВОП) при подборе терапии

Назначение и подбор терапии производится кардиологом.

Диспансерное наблюдение

Кратность осмотра при наджелудочковой тахикардии:

- 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 аблации. Решение о направлении на консультацию аритмолога принимает кардиолог после анализа ЭКГ во время приступа тахикардии.

Пароксизмальная наджелудочковая тахикардия

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 сулцинат/тарtrat (CR) 12,5–200 мг/сут. • Небиволол 5–10 мг/сут. 	Абсолютные противопоказания: брадикардия (ЧСС менее 50 в минуту), СССУ, гипотония (с АД менее 100 мм рт. ст.), AV-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 в минуту), СССУ, гипотония (с АД менее 100 мм рт. ст.), AV-блокада II и III степени, ФВ менее 35%

ПЕРВИЧНЫЙ ГИПОТИРЕОЗ

(E03.0, E03.8, E06.3, E89.0)

Выявление пациента
с данным заболеванием

Терапевт (ВОП)

Установление диагноза

Эндокринолог

Назначение медикаментозного
и немедикаментозного метода лечения

Эндокринолог

Наблюдение за эффективностью лечения

Терапевт (ВОП)

Диагностика заболевания

Для диагностики заболевания обязательно выявление уровня ТТГ выше верхней границы референтного значения.

Симптомы заболевания, имеющие диагностическое значение:

- заторможенность;
- сонливость;
- брадикардия;
- стойкие отеки на лице и теле;
- зябкость;
- запоры;
- выпадение волос;
- сухость кожи.

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные лабораторные исследования:

- ТТГ;
- Т4 свободный;
- клинический анализ крови;
- биохимическое исследование крови: общий холестерин, ТГ, ЛПНП, ЛПВП.

Обязательные инструментальные исследования:

- УЗИ щитовидной железы;
- ЭКГ.

Консультации специалистов

Эндокринолог.

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

Подбор и коррекцию терапии осуществляет эндокринолог.

Диспансерное наблюдение

Беременных женщин с гипотиреозом, а также лиц пожилого и старческого возраста наблюдает эндокринолог.

Терапевт (ВОП) проводит мониторинг проводимой терапии у лиц старше 18 лет с поддержанием уровня ТТГ в пределах референтных значений.

Кратность осмотра

1 раз в 3 месяца.

Обязательные лабораторные исследования

ТТГ 1 раз в 3 месяца.

Консультация специалистов

Эндокринолог (при отсутствии эффекта от проводимой терапии).

Кардиолог (при сопутствующей кардиальной патологии).

Лечение

Для заместительной терапии гипотиреоза используют препараты левотироксина натрия в индивидуально подобранных адекватных дозах (назначает эндокринолог).

Первичный гипотиреоз

Целью терапии гипотиреоза у пожилых лиц и лиц старческого возраста является устранение клинических симптомов гипотиреоза, при этом допускается ведение больных при более высоком уровне ТТГ – 4,0–10,0 мМЕ/л, в отличие от лиц молодого возраста. При невозможности идеально компенсировать гипотиреоз у пожилых уровень ТТГ можно поддерживать в пределах 10 мМЕ/л.

Показания к назначению/ группы препаратов	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Для восстановления пониженной функции щитовидной железы		
Гормоны щитовидной железы	Левотироксин натрия 50/100 мкг – 125/250 мкг/сут.	С осторожностью назначается при заболеваниях ССС, недостаточности коры надпочечников, сахарном диабете, тяжелой гипофункции ЩЖ, синдроме мальабсорбции. Дозы Левотироксина зависят от клинической картины и степени тяжести гипотиреоза, подбираются индивидуально

ПИЩЕВОД БАРРЕТТА

(К 22.7)

Выявление пациента
с данным заболеванием

Терапевт/ВОП

Установление диагноза

Гастроэнтеролог после морфологического подтверждения

Назначение медикаментозного
и немедикаментозного метода лечения

Терапевт (ВОП). При неэффективности
терапии – консультация гастроэнтеролога

Наблюдение за эффективностью лечения

Терапевт,
гастроэнтеролог – при выявлении кишечной дисплазии

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 подозрении на заболевание

Обязательные лабораторные исследования:

- клинический анализ крови;
- не инвазивная 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);
- анализ кала на скрытую кровь.

Обязательные инструментальные исследования:

- ЭКГ;

- ЭГДС (предпочтительно узкоспектральная эндоскопия – NBI) с выполнением биопсии слизистой оболочки пищевода 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 цирку-

лярном 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 3 месяца с оценкой эффективности контроля симптомов ГЭРБ.

Обязательные лабораторно-инструментальные исследования:

- ЭГДС с биопсией – 1 раз в год (чаще – по показаниям);
- 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)
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 декслансопризол.

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 трикалиядидцитрат 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 трикалиядидцитрат 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.

ПОДАГРИЧЕСКИЙ АРТРИТ

(M10)

Выявление пациента
с данным заболеванием

Терапевт (ВОП)

Установление диагноза

Ревматолог

Назначение медикаментозного
и немедикаментозного метода лечения

Терапевт (ВОП) с учетом рекомендаций
ревматолога

Наблюдение за эффективностью лечения

Терапевт (ВОП)

Диагностика заболевания

Для диагностики заболевания: для подозрения на заболевание необходимо наличие любых двух симптомов из пункта а или наличие симптома из пункта б.

- а) рецидивирующий острый артрит:
- воспаление сустава максимально в первый день болезни;
 - моноартрит;
 - гиперемия кожи над пораженным суставом;
 - выраженный отек сустава;
 - болезненность прикосновения к суставу;
 - поражение I плюсне-фалангового сустава или других суставов стопы или голеностопного или коленного сустава;
 - длительность атаки от 3 до 14 дней.
- б) тофусы.

Симптомы заболевания, имеющие диагностическое значение

Анамнез повышенного уровня мочевой кислоты в крови.

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные лабораторные исследования (проводятся для последующей консультации ревматолога):

- клинический анализ крови;
- СРБ (количественный), ревматоидный фактор (количественный), мочевая кислота, креатинин (с определением скорости клубочковой фильтрации).

Обязательные инструментальные исследования

Не требуются.

Консультации специалистов

Ревматолог - при подозрении на заболевание, при развитии острого приступа у пациента с неподтвержденной подагрой.

Нефролог (при наличии признаков нарушения фильтрационной функции почек).

**Действия терапевта (ВОП)
при декомпенсации заболевания
(период подбора/коррекции терапии:
до достижения целевого уровня мочевой
кислоты в крови – менее 360 мкмоль/л)**

Кратность осмотра

1 раз в 4 недели.

Обязательные лабораторно-инструментальные исследования

Мочевая кислота – 1 раз в 4 недели.

Консультации специалистов

Ревматолог – при неэффективности лечения, необходимости внутрисуставного лечения, при развитии острого приступа у пациента с неподтвержденной подагрой, при развитии многосуставного поражения или хронического артрита.

Диспансерное наблюдение (пожизненно)

Кратность осмотра

1 раз в 6 месяцев.

Обязательные лабораторно-инструментальные исследования

Мочевая кислота – 1 раз в 6 мес.

Консультации специалистов

Ревматолог (для больных хроническим подагрическим артритом) – 1 раз в год.

Лечение

Изменение образа жизни:

- потребление до двух литров жидкости в сутки;
- ограничение употребления мяса до 1 порции в неделю, максимально ограничить употребление алкоголя;
- контроль массы тела (стремиться к ИМТ <25 кг/м²);
- сохранение физической активности.

Медикаментозное лечение

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Глюкокортикоиды		
Острый приступ	<ul style="list-style-type: none"> • Метилпреднизолона ацетат 0–120 мг внутрисуставно • Триамсинолона ацетонид 0–60 мг внутрисуставно 	Частые повторные инъекции сопряжены с риском развития гипокортицизма
Нестероидные противовоспалительные препараты		
Острый приступ, профилактика обострения	<ul style="list-style-type: none"> • Ибупрофен 1200–2400 мг/сут. внутрь • Диклофенак 50–150 мг/сут. внутрь или парентерально • Напроксен 1000 мг/сут. внутрь • Мелоксикам 7,5–15 мг/сут. внутрь или парентерально • Нимесулид 200–400 мг/сут. внутрь • Эторикоксиб 60–90 мг/сут. внутрь • Колхицин 1,0–2,0 мг/сут. внутрь 	Используются совместно с ИПП Одновременное использование двух или более препаратов группы препаратов не допускается

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Блокаторы протонной помпы		
Профилактика желудочно-кишечных осложнений при приеме НПВП	<ul style="list-style-type: none"> • Омепразол 20–40 мг/сут. • Пантопразол 40–80 мг/сут. • Эзомепразол 20–40 мг/сут. 	
Препараты, снижающие продукцию мочевой кислоты		
Рецидивирующий подагрический артрит или хронический артрит или тофусы на фоне персистирующей гиперурикемии (более 360 мкмоль/л)	<ul style="list-style-type: none"> • Аллопуринол 100–600мг/сут. внутрь 	Начиная с 100 мг ежедневно с последующим увеличением (в случае недостижения уровня мочевой кислоты в сыворотке < 360 мкмоль/л) по 100 мг каждые две-четыре недели до достижения максимальной дозы 600 мг в сутки. При достижении дозы 600 мг/сут – консультация ревматолога. При наличии почечной недостаточности доза должна быть скорректирована. Не рекомендуется изменение дозы аллопуринола в период острого приступа

Немедикаментозное лечение

Неприменимо.

ПОДОЗРЕНИЕ НА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ НОВООБРАЗОВАНИЕ ЖЕЛУДКА

(С 16)

Выявление пациента
с данным заболеванием

Терапевт/ВОП

Установление диагноза

Терапевт/ВОП/Онколог

Назначение медикаментозного
и немедикаментозного метода лечения

Онколог

Наблюдение за эффективностью лечения

Терапевт/ВОП/Онколог

Диагностика заболевания

Симптомы заболевания могут отсутствовать!
Заподозрить заболевание можно при наличии следующих симптомов.

Симптомы заболевания:

- чувство тяжести в эпигастрии;
- потеря аппетита;
- вздутие живота;
- тошнота, рвота, изжога;
- слабость;
- снижение веса.

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные инструментальные исследования:

- ЭГДС с биопсией и последующим патоморфологическим исследованием биоптата.

Действия терапевта (ВОП) при направлении к онкологу

Обязательные лабораторные исследования:

- анализ крови на ВИЧ, сифилис, гепатиты В и С;
- группа крови и резус-фактор;
- клинический анализ крови;
- клинический анализ мочи;
- ПВ, АЧТВ, фибриноген, МНО;
- биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, билирубин общий, белок общий, креатинин, мочевины, щелочная фосфатаза, амилаза, калий, натрий);

Подозрение на злокачественное новообразование желудка

- онкомаркеры РЭА, СА-72.4, СА-19.9;
- онкомаркер СА-125 (для женщин).

Дополнительные методы исследования:

- КТ органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза с контрастным усилением;
- колоноскопия (при невозможности – выполняется ирригоскопия);
- УЗИ сосудов нижних конечностей;
- Эхо-КГ (при наличии сопутствующих заболеваний сердца, легких и для пациентов старше 60 лет);
- рентгеноконтрастное исследование желудка.

Консультации специалистов

Гинеколог.

Уролог (для мужчин).

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

Не проводится. Наблюдение онколога.

Диспансерное наблюдение

Терапевтом (ВОП) не проводится. Наблюдение онколога.

Лечение

Назначается онкологом.

ПОДОЗРЕНИЕ НА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ НОВООБРАЗОВАНИЕ ЛЕГКОГО

(С34)

Выявление пациента
с данным заболеванием

Терапевт/ВОП

Установление диагноза

Терапевт/ВОП/Онколог

Назначение медикаментозного
и немедикаментозного метода лечения

Онколог

Наблюдение за эффективностью лечения

Терапевт/ВОП/Онколог

Диагностика заболевания

Симптомы заболевания могут отсутствовать!

Заподозрить заболевание можно при наличии длительного стажа курения (индекс курильщика составляет больше 30 пачка/лет) и следующих симптомов.

Симптомы заболевания:

- кашель с кровью;
- боль в груди;
- одышка;
- осиплость голоса;
- снижение веса.

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные инструментальные исследования:

- НДКТ органов грудной клетки.

Действия терапевта (ВОП) при направлении к онкологу

Обязательные лабораторные исследования:

- анализ крови на ВИЧ, сифилис, гепатиты В и С;
- группа крови и резус-фактор;
- клинический анализ крови;
- клинический анализ мочи;
- ПВ, АЧТВ, фибриноген, МНО;
- биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, билирубин общий, белок общий, креатинин, мочевины, щелочная фосфатаза, амилаза, калий, натрий);
- онкомаркер SCC (антиген плоскоклеточной карциномы).

Дополнительные исследования:

- КТ органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза с контрастным усилением;
- ФВД;
- бронхоскопия с биопсией;
- УЗИ сосудов нижних конечностей;
- Эхо-КГ (при наличии сопутствующих заболеваний сердца, легких и для пациентов старше 60 лет).

Консультации специалистов

Уролог (для мужчин).

Гинеколог.

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

Не проводятся. Наблюдение онколога.

Диспансерное наблюдение

Терапевтом (ВОП) не проводится. Наблюдение онколога.

Лечение

Назначается онкологом.

ПОДОЗРЕНИЕ НА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ НОВООБРАЗОВАНИЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

(C 50)

Выявление пациента
с данным заболеванием

Терапевт/ВОП

Установление диагноза

Терапевт/ВОП/Онколог

Назначение медикаментозного
и немедикаментозного метода лечения

Онколог

Наблюдение за эффективностью лечения

Терапевт/ВОП/Онколог

Диагностика заболевания

Заподозрить заболевание можно при наличии симптомов.

Симптомы заболевания:

- уплотнение в молочной железе;
- выделения из соска;
- изменение кожи и соска молочной железы.

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные инструментальные исследования:

- маммография;
- УЗИ молочных желез + регионарные зоны.

Действия терапевта (ВОП) при направлении к онкологу

Обязательные лабораторные исследования:

- анализ крови на ВИЧ, сифилис, гепатиты В и С;
- группа крови и резус-фактор;
- клинический анализ крови;
- клинический анализ мочи;
- ПВ, АЧТВ, фибриноген, МНО;
- биохимический анализ крови (глюкоза, общий белок, мочевины, креатинин, общий холестерин, сывороточное железо, билирубин общий и прямой, АЛТ, АСТ, калий, натрий).

Консультации специалистов

Гинеколог.

Подозрение на злокачественное новообразование молочной железы

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

Не проводятся. Наблюдение онколога.

Диспансерное наблюдение

Терапевтом (ВОП) не проводится. Наблюдение онколога.

Лечение

Назначается онкологом.

ПОДОЗРЕНИЕ НА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ НОВООБРАЗОВАНИЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

(С 67)

Выявление пациента
с данным заболеванием

Терапевт/ВОП/Уролог

Установление диагноза

Терапевт/ВОП/Уролог/Онколог

Назначение медикаментозного
и немедикаментозного метода лечения

Онколог

Наблюдение за эффективностью лечения

Терапевт/ВОП/Уролог/Онколог

Диагностика заболевания

Симптомы заболевания могут отсутствовать!

Заподозрить заболевание можно при наличии симптомов.

Симптомы заболевания:

- дизурия;
- кровь в моче.

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные инструментальные исследования:

- УЗИ мочевого пузыря;
- цистоскопия.

Действия терапевта (ВОП) при направлении к онкологу

Обязательные лабораторные исследования:

- анализ крови на ВИЧ, сифилис, гепатиты В и С;
- группа крови и резус-фактор;
- клинический анализ крови;
- ПВ, АЧТВ, фибриноген, МНО;
- биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, билирубин общий, белок общий, креатинин, мочевины, щелочная фосфатаза, амилаза, калий, натрий)
- анализ крови на ПСА общий и свободный (для мужчин);
- клинический анализ мочи;
- бактериологический посев мочи.

Дополнительные методы исследования:

- МСКТ с контрастированием органов грудной клетки, органов брюшной полости и забрюшинного пространства;

- МРТ органов малого таза с контрастным усилением (при выявлении на УЗИ или цистоскопии данных за наличие злокачественного образования мочевого пузыря);
- цистоскопия с биопсией;
- радиоизотопная ренография (при выявлении признаков нарушения функции почек);
- колоноскопия (при невозможности выполняется ирригоскопия и ректоскопия);
- ПЭТ/КТ (по показаниям);
- Эхо-КГ (при наличии сопутствующих заболеваний сердца, легких и для пациентов старше 60 лет).

Консультации специалистов

Уролог (для мужчин).

Гинеколог.

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

Не проводятся. Наблюдение онколога/уролога.

Диспансерное наблюдение

Терапевтом (ВОП) не проводится. Наблюдение онколога/уролога.

Лечение

Назначается онкологом.

ПОДОЗРЕНИЕ НА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ НОВООБРАЗОВАНИЕ ОБОДОЧНОЙ И ТОЛСТОЙ КИШКИ

(С 61)

Выявление пациента
с данным заболеванием

Терапевт/ВОП

Установление диагноза

Терапевт/ВОП/Онколог

Назначение медикаментозного
и немедикаментозного метода лечения

Онколог

Наблюдение за эффективностью лечения

Терапевт/ВОП/Онколог

Диагностика заболевания

Симптомы заболевания могут отсутствовать!
Заподозрить заболевание можно при наличии симптомов.

Симптомы заболевания:

- вздутие живота;
- диарея или запор;
- боли при дефекации;
- кровь, слизь в кале;
- слабость, бледность кожных покровов.

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные инструментальные исследования:

- колоноскопия с биопсией и последующим патоморфологическим исследованием удаленных биоптатов.

Действия терапевта (ВОП) при направлении к онкологу

Обязательные лабораторные исследования:

- анализ крови на ВИЧ, сифилис, гепатиты В и С;
- группа крови и резус-фактор;
- клинический анализ крови;
- клинический анализ мочи;
- ПВ, АЧТВ, фибриноген, МНО;
- биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, билирубин общий, белок общий, креатинин, мочевины, щелочная фосфатаза, амилаза, калий, натрий);
- онкомаркеры: РЭА, СА-19.9;
- онкомаркеры: СА-125 для женщин, ПСА для мужчин.

Подозрение на злокачественное новообразование ободочной кишки и ректосигмоидного отдела

Дополнительная диагностика:

- КТ органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза с контрастным усилением (при выявлении на колоноскопии данных за наличие злокачественного образования ободочной кишки);
- МРТ органов брюшной полости и малого таза с контрастным усилением (при выявлении на колоноскопии данных за наличие злокачественного образования прямой кишки);
- ЭГДС;
- ЭКГ;
- УЗИ сосудов нижних конечностей;
- Эхо-КГ (при наличии сопутствующих заболеваний сердца, легких и для пациентов старше 60 лет).

Консультации специалистов

Уролог (для мужчин).

Гинеколог.

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

Не проводится. Наблюдение онколога.

Диспансерное наблюдение

Терапевтом (ВОП) не проводится. Наблюдение онколога.

Лечение

Назначается онкологом.

ПОДОЗРЕНИЕ НА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ НОВООБРАЗОВАНИЕ ПЕЧЕНИ

(С 22)

Выявление пациента
с данным заболеванием

Терапевт/ВОП

Установление диагноза

Терапевт/ВОП/Онколог

Назначение медикаментозного
и немедикаментозного метода лечения

Онколог

Наблюдение за эффективностью лечения

Терапевт/ВОП/Онколог

Диагностика заболевания

Симптомы заболевания могут отсутствовать!

Заподозрить заболевание можно при наличии симптомов.

Симптомы заболевания:

- чувство тяжести, боль в верхней части живота и правом подреберье;
- метеоризм, тошнота, рвота, понос;
- общая слабость, вялость, быстрая утомляемость;
- увеличение размеров живота;
- желтуха;
- понос, тошнота, рвота;
- появление отеков;
- носовые кровотечения.

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные исследования:

- онкомаркер альфа-фетопротеин;
- КТ брюшной полости и малого таза с контрастным усилением или МРТ брюшной полости и малого таза с контрастным усилением.

Действия терапевта (ВОП) при направлении к онкологу

Обязательные лабораторные исследования:

- анализ крови на ВИЧ, сифилис, гепатиты В и С;
- группа крови и резус-фактор;
- клинический анализ крови;
- клинический анализ мочи;
- ПВ, АЧТВ, фибриноген, МНО;
- биохимический анализ крови (глюкоза, общий белок, мочевины, кре-

атинин, общий холестерин, сывороточное железо, билирубин общий и прямой, АЛТ, АСТ, калий, натрий);

- онкомаркеры: альфа-фетопроtein, карциноэмбриональный (раковый эмбриональный) антиген (СЕА или РЭА), карбоангидратный антиген (СА 19.9), карбогидратный антиген (СА 125);
- анализ крови на наличие антител к эхинококку (при выявлении кистозных очаговых образований в печени).

Дополнительные методы исследования:

- КТ органов грудной клетки с контрастированием;
- Гепатосцинтиграфия;
- ЭГДС;
- колоноскопия (при невозможности выполняется ирригоскопия);
- Эхо-КГ (при наличии сопутствующих заболеваний сердца, легких и для пациентов старше 60 лет).

Консультации специалистов

Уролог (для мужчин).

Гинеколог.

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

Не проводятся. Наблюдение онколога.

Диспансерное наблюдение

Терапевтом (ВОП) не проводится. Наблюдение онколога.

Лечение

Назначается онкологом.

ПОДОЗРЕНИЕ НА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ НОВООБРАЗОВАНИЕ ПИЩЕВОДА

(С 22)

Выявление пациента
с данным заболеванием

Терапевт/ВОП

Установление диагноза

Терапевт/ВОП/Онколог

Назначение медикаментозного
и немедикаментозного метода лечения

Онколог

Наблюдение за эффективностью лечения

Терапевт/ВОП/Онколог

Диагностика заболевания

Симптомы заболевания могут отсутствовать!
Заподозрить заболевание можно при наличии симптомов.

Симптомы заболевания:

- расстройство глотания – дисфагия;
- боль за грудиной, в глотке;
- сухой кашель;
- снижение веса.

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные инструментальные исследования:

- ЭГДС с биопсией и последующим патоморфологическим исследованием биоптата.

Действия терапевта (ВОП) при направлении к онкологу

Обязательные лабораторные исследования:

- анализ крови на ВИЧ, сифилис, гепатиты В и С;
- группа крови и резус-фактор;
- клинический анализ крови;
- клинический анализ мочи;
- ПВ, АЧТВ, фибриноген, МНО;
- биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, билирубин общий, белок общий, креатинин, мочевины, щелочная фосфатаза, амилаза, калий, натрий);
- онкомаркер SCC (антиген плоскоклеточной карциномы), РЭА, СА 19.9.

Дополнительные исследования:

- фибробронхоскопия – при расположении опухоли на уровне или выше зоны бифуркации трахеи (при наличии технических возможностей);
- КТ органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза с контрастным усилением;
- рентгеноконтрастное исследование пищевода;
- Эхо-КГ (при наличии сопутствующих заболеваний сердца, легких и для пациентов старше 60 лет).

Консультации специалистов

Уролог (для мужчин).

Гинеколог.

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

Не проводится. Наблюдение онколога.

Диспансерное наблюдение

Терапевтом (ВОП) не проводится. Наблюдение онколога.

Лечение

Назначается онкологом.

ПОДОЗРЕНИЕ НА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ НОВООБРАЗОВАНИЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

(С 22)

Выявление пациента
с данным заболеванием

Терапевт/ВОП

Установление диагноза

Терапевт/ВОП/Онколог

Назначение медикаментозного
и немедикаментозного метода лечения

Онколог

Наблюдение за эффективностью лечения

Терапевт/ВОП/Онколог

Диагностика заболевания

Симптомы заболевания могут отсутствовать!

Заподозрить заболевание можно при наличии симптомов.

Симптомы заболевания:

- боли в эпигастрии;
- снижение аппетита, отвращение к мясной, жирной пище;
- диспептические расстройства;
- желтушность кожных покровов, иктеричность склер, темная моча, светлый кал.

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные инструментальные исследования:

- УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства;
- КТ или МРТ органов брюшной полости с контрастным усилением (по показаниям).

Действия терапевта (ВОП) при направлении к онкологу

Обязательные лабораторные исследования:

- анализ крови на ВИЧ, сифилис, гепатиты В и С;
- группа крови и резус-фактор;
- клинический анализ крови;
- клинический анализ мочи;
- ПВ, АЧТВ, фибриноген, МНО;
- биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, билирубин общий, белок общий, креатинин, мочевины, щелочная фосфатаза, амилаза, калий, натрий);
- онкомаркеры РЭА, СА-19.9.

Обязательные инструментальные исследования:

- КТ или МРТ органов брюшной полости и малого таза с контрастным усилением;
- КТ органов грудной клетки с контрастным усилением (при подтверждении злокачественного новообразования в поджелудочной железе);
- ЭГДС;
- колоноскопия (при невозможности выполняется ирригоскопия);
- УЗИ сосудов нижних конечностей;
- Эхо-КГ (при наличии сопутствующих заболеваний сердца, легких и для пациентов старше 60 лет).

Консультации специалистов

Уролог (для мужчин).

Гинеколог.

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

Не проводится. Наблюдение онколога.

Диспансерное наблюдение

Терапевтом (ВОП) не проводится. Наблюдение онколога.

Лечение

Назначается онкологом.

ПОДОЗРЕНИЕ НА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ НОВООБРАЗОВАНИЕ ПОЧКИ

(С 64)

Выявление пациента
с данным заболеванием

Терапевт/ВОП/Уролог

Установление диагноза

Терапевт/ВОП/Уролог/Онколог

Назначение медикаментозного
и немедикаментозного метода лечения

Онколог

Наблюдение за эффективностью лечения

Терапевт/ВОП/Уролог/Онколог

Диагностика заболевания

Симптомы заболевания могут отсутствовать!
Заподозрить заболевание можно при наличии симптомов.

Симптомы заболевания:

- боли в поясничной области;
- примесь крови в моче;
- немотивированная слабость.

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные инструментальные исследования:

- КТ или МРТ органов брюшной полости и малого таза с контрастным усилением.

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные лабораторные исследования:

- анализ крови на ВИЧ, сифилис, гепатиты В и С;
- группа крови и резус-фактор;
- клинический анализ крови;
- клинический анализ мочи;
- ПВ, АЧТВ, фибриноген, МНО;
- биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, билирубин общий, белок общий, креатинин, мочевины, щелочная фосфатаза, амилаза, калий, натрий);
- ПСА общий и свободный (мужчины старше 45 лет);
- бактериологический посев мочи.

Подозрение на злокачественное новообразование почки

Дополнительные исследования:

- радиоизотопная ренография (при наличии технических возможностей);
- МСКТ органов грудной клетки с контрастированием;
- УЗДГ сосудов нижних конечностей;
- Эхо-КГ (при наличии сопутствующих заболеваний сердца, легких и для пациентов старше 60 лет).

Консультации специалистов

Уролог (для мужчин).

Гинеколог.

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

Не проводится. Наблюдение онколога/уролога.

Диспансерное наблюдение

Терапевтом (ВОП) не проводится. Наблюдение онколога/уролога.

Лечение

Назначается онкологом.

ПОДОЗРЕНИЕ НА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ НОВООБРАЗОВАНИЕ ПРОСТАТЫ

(С 61)

Выявление пациента
с данным заболеванием

Терапевт/ВОП

Установление диагноза

Уролог/Онколог

Назначение медикаментозного
и немедикаментозного метода лечения

Онколог

Наблюдение за эффективностью лечения

Терапевт/ВОП/Уролог/Онколог

Диагностика заболевания

Симптомы заболевания могут отсутствовать!

Заподозрить заболевание можно при наличии следующих симптомов.

Симптомы заболевания:

- боли в промежности и иногда чувство жжения во время мочеиспускания или семяизвержения;
- частые позывы к мочеиспусканию, особенно ночью;
- трудности в начале и в конце мочеиспускания;
- слабая или прерывистая струя мочи;
- недержание мочи, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря.

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные исследования:

- анализ крови на PSA;
- ТРУЗИ.

Действия терапевта (ВОП) при направлении к онкологу

Обязательные лабораторные исследования:

- анализ крови на ВИЧ, сифилис, гепатиты В и С;
- группа крови и резус-фактор;
- клинический анализ крови;
- ПВ, АЧТВ, фибриноген, МНО;
- биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, билирубин общий, белок общий, креатинин, мочевины, щелочная фосфатаза, амилаза, калий, натрий);
- ПСА общий и свободный (мужчины старше 45 лет);
- клинический анализ мочи;
- бактериологический посев мочи.

Дополнительные исследования:

- ТРУЗИ с биопсией;
- МРТ органов малого таза с контрастированием;
- МСКТ с контрастированием органов грудной клетки и брюшной полости;
- колоноскопия (при невозможности выполняется ирригоскопия);
- Эхо-КГ (при наличии сопутствующих заболеваний сердца, легких и для пациентов старше 60 лет).

Консультации специалистов

Уролог.

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

Не проводится. Наблюдение онколога/уролога.

Диспансерное наблюдение

Терапевтом (ВОП) не проводится. Наблюдение онколога/уролога.

Лечение

Назначается онкологом.

ПОДОЗРЕНИЕ НА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ НОВООБРАЗОВАНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

(С 73)

Выявление пациента
с данным заболеванием

Терапевт/ВОП

Установление диагноза

Терапевт/ВОП/Онколог

Назначение медикаментозного
и немедикаментозного метода лечения

Онколог

Наблюдение за эффективностью лечения

Терапевт/ВОП/Онколог

Диагностика заболевания

Симптомы заболевания могут отсутствовать!
Заподозрить заболевание можно при наличии следующих симптомов.

Симптомы заболевания:

- общая слабость, снижение или отсутствие аппетита;
- прогрессивная потеря веса;
- чувство тяжести и давления в области шеи;
- затруднение дыхания, осиплость голоса;
- затрудненное глотание.

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные инструментальные исследования:

- УЗИ щитовидной железы, лимфатических узлов шеи.

Действия терапевта (ВОП) при направлении к онкологу

Обязательные лабораторные исследования:

- анализ крови на ВИЧ, сифилис, гепатиты В и С;
- группа крови и резус-фактор;
- клинический анализ крови;
- клинический анализ мочи;
- ПВ, АЧТВ, фибриноген, МНО;
- биохимический анализ крови (глюкоза, креатинин, общий белок, билирубин);
- кальцитонин сыворотки крови (более 1,46 нмоль/л у женщин; более 2,46 нмоль/л у мужчин – подозрение на медуллярный рак);
- ТТГ, Т3 свободный, Т4 свободный.

Подозрение на злокачественное новообразование щитовидной железы

Дополнительные исследования:

- КТ органов грудной клетки, органов брюшной полости и малого таза с контрастированием;
- ЭГДС;
- Эхо-КГ (при наличии сопутствующих заболеваний сердца, легких и для пациентов старше 60 лет).

Консультации специалистов

Эндокринолог.

Отоларинголог.

Гинеколог.

Уролог (для мужчин).

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

Не проводится. Наблюдение онколога.

Диспансерное наблюдение

Терапевтом (ВОП) не проводится. Наблюдение онколога.

Лечение

Назначается онкологом.

ПОДОЗРЕНИЕ НА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ НОВООБРАЗОВАНИЕ ЯИЧНИКОВ

(С56)

Выявление пациента
с данным заболеванием

Терапевт/ВОП/Гинеколог

Установление диагноза

Терапевт/ВОП/Гинеколог/Онколог

Назначение медикаментозного
и немедикаментозного метода лечения

Онколог

Наблюдение за эффективностью лечения

Терапевт/ВОП/Гинеколог/Онколог

Диагностика заболевания

Симптомы заболевания могут отсутствовать!

Заподозрить заболевание можно при наличии следующих симптомов.

Симптомы заболевания:

- боли в животе или тазовые боли;
- увеличение объема или вздутие живота;
- изменение характера менструального цикла;
- паталогические выделения из наружных половых путей.

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные исследования:

- онкомаркер СА -125;
- ТВУЗИ.

Действия терапевта (ВОП) при направлении к онкологу

Обязательные лабораторные исследования:

- анализ крови на ВИЧ, сифилис, гепатиты В и С;
- группа крови и резус-фактор;
- клинический анализ крови;
- клинический анализ мочи;
- ПВ, АЧТВ, фибриноген, МНО;
- биохимический анализ крови (глюкоза, общий белок, мочеви́на, креатинин, общий холестерин, сывороточное железо, билирубин общий и прямой, АЛТ, АСТ, ЛДГ, калий, натрий);
- онкомаркеры: АФП, β -ХГЧ.

Дополнительные исследования:

- КТ органов грудной клетки, органов брюшной полости и малого таза с контрастированием;
- колоноскопия (при невозможности выполняется ирригоскопия);
- УЗИ сосудов нижних конечностей;
- Эхо-КГ (при наличии сопутствующих заболеваний сердца, легких и для пациентов старше 60 лет).

Консультации специалистов

Гинеколог.

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

Не проводится. Наблюдение онколога/гинеколога.

Диспансерное наблюдение

Терапевтом (ВОП) не проводится. Наблюдение онколога.

Лечение

Назначается онкологом.

ПОЛИП ЖЕЛУДКА

(K31.7;D13.1)

Выявление пациента
с данным заболеванием

Терапевт (ВОП)

Установление диагноза

Экспертный центр (при невозможности
проведения ЭГДС с биопсией в МО)

Назначение медикаментозного
и немедикаментозного метода лечения

Терапевт (ВОП). При неэффективности
терапии – консультация гастроэнтеролога

Наблюдение за эффективностью лечения

Терапевт (ВОП)

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 ложно-отрицательными на фоне приема ИПП за 14 дней до теста, антибиотиков, препаратов висмута за 30 дней до теста. Эти методы так же 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 размерами менее 2,5 см – динамическое наблюдение не требуется;
- 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 приема препаратов схемы эрадикации и/или ИПП 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 эндоскопическиассистированное удаление полипа.

ПОСТХОЛЕЦИСТ- ЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

(К 91.5)

Выявление пациента
с данным заболеванием

Терапевт (ВОП)

Установление диагноза

Гастроэнтеролог

Назначение медикаментозного
и немедикаментозного метода лечения

Терапевт (ВОП). При неэффективности
терапии – консультация гастроэнтеролога

Наблюдение за эффективностью лечения

Терапевт

Диагностика заболевания

Для диагностики заболевания необходимо наличие не менее одного из клинических симптомов.

Симптомы заболевания:

- болевой синдром: постпрандиальные или постоянные боли в правом подреберье и/или эпигастрии, иррадиирующие в спину, правую лопатку, правое плечо, правую половину грудной клетки;
- диспепсический синдром: тошнота, горечь во рту;
- признаки билиарной и панкреатической недостаточности: вздутие живота, нарушения стула – чередование запоров и поносов, диарея.

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные лабораторные исследования:

- клинический анализ крови;
- биохимическое исследование крови: общий и прямой билирубин, АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза, ГГТ, амилаза.

Обязательные инструментальные исследования:

- ЭКГ;
- УЗИ органов брюшной полости;
- общий анализ кала.

Консультации специалистов

Гастроэнтеролог (при сложности дифференциальной диагностики и неэффективности лечения).

Хирург (при указании на атаки холангита, желтухи в анамнезе; повышении маркеров холестаза – ЩФ, ГГТП, прямой билирубин; при расширении общего желчного протока; подозрении на наличие камней в общем желчном протоке; стриктуре общего желчного протока и других осложнениях).

Действия терапевта (ВОП) при декомпенсации заболевания до купирования болевого синдрома (период подбора/коррекции терапии)

Кратность осмотра

1 раз в 5 дней.

Обязательные лабораторно-инструментальные исследования:

- клинический анализ крови – в начале лечения и через 14 дней (если были отклонения);
- биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, ГГТ, щелочная фосфатаза, билирубин, амилаза) – в начале лечения и через 14 дней (если были отклонения);
- общий анализ кала (при наличии диареи);
- УЗИ органов брюшной полости – 1 раз; при выявлении осложнений – решается индивидуально на каждом осмотре.

Консультации специалистов

Гастроэнтеролога (при неэффективности лечения).

Хирурга (при сохраняющемся болевом синдроме и осложненном течении).

Госпитализация в стационар

Экстренная госпитализация в хирургический стационар при наличии механической желтухи, острого холангита, острого панкреатита – для выполнения экстренного РХПГ и ЭПТ.

Диспансерное наблюдение

Осуществляется гастроэнтерологом.

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: непротертые супы, мясо, рыба и птица в отварном и тушеном виде, включается клетчатка в сыром виде (овощи, фрукты);
- исключение алкоголя и табакокурения.

Медикаментозное лечение (назначение осуществляет гастроэнтеролог)

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Спазмолитики		
Купирование болевого синдрома	<ul style="list-style-type: none"> • Дротаверина гидрохлорид 120–240 мг/сут. • Мебеверин 200–400 мг/сут. • Гемикромон 600–1200 мг/сут. 	
Полиферментные препараты		
Коррекция экзокринной функции при отсутствии внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы	<ul style="list-style-type: none"> • Минимикросферы или микроаблетки панкреатина 30 000–50 000 Ед липазы/сут. 	По 10 000 Ед липазы на каждый прием пищи Продолжительность определяется индивидуально
Коррекция экзокринной функции при наличии внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы	<ul style="list-style-type: none"> • Минимикросферы или микроаблетки панкреатина более 100 000 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

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Антимикробные препараты		
Купирование воспалительного процесса, разрешение дуоденальной гипертензии, обусловленной синдромом избыточного бактериального роста в тонкой кишке	<ul style="list-style-type: none"> • Амоксициллин 1000 мг/сут. • Амоксициллин+Клавулановая кислота 750/375 мг/сут. • Кларитромицин 1000 мг/сут. • Ципрофлоксацин 1000 мг/сут. • Пефлоксацин 800 мг/сут. • Цефалоспорины 2 г/сут. • Рифаксимин 800–1200 мг/сут. • Фуразолидон 0,4 г/сут. • Нифуроксазид 800 мг/сут. 	
Препараты урсодеоксихолевой кислоты		
При наличии билиарной недостаточности	УДХК 500–1250 мг/сут.	Доза зависит от веса Длительность приема подбирается индивидуально
Прокинетики		
Устранение моторных нарушений желчных путей	<ul style="list-style-type: none"> • Итоприд 150–300 мг/сут. • Метоклопромид 30 мг/сут. • Домперидон 30 мг/сут. 	

Госпитализация в стационар

Госпитализация в хирургической стационар при выявлении расширения желчных протоков, холедохолитиаза, рецидивирующих приступов желтухи для выполнения РХПГ и эндоскопического вмешательства на БДС.

ПСОРИАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ, АНКИЛОЗИРУЮЩИЙ СПОНДИЛИТ, НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ СПОНДИОАРТРИТ

(M07.0-M07.3; M45; M46.8)

Выявление пациента
с данным заболеванием

Терапевт (ВОП)

Установление диагноза

Ревматолог

Назначение медикаментозного
и немедикаментозного метода лечения

Ревматолог

Наблюдение за эффективностью лечения

Ревматолог

Диагностика заболевания

Для диагностики заболевания (для подозрения на заболевание достаточно любого из симптомов):

- боль в спине воспалительного типа (любые 4 из следующих признаков):
 - длительность не менее 3 мес.;
 - возраст начала менее 40 лет;
 - постепенное начало;
 - улучшение после выполнения физических нагрузок;
 - отсутствие улучшения в покое;
 - ночная боль с улучшением после пробуждения;
- артриты: боль, утренняя скованность, припухание суставов;
- энтезиты: боль и пальпаторная болезненность в местах крепления сухожилий и связок к костям;
- дактилиты («палец-сосиска»).

Симптомы заболевания, имеющие диагностическое значение:

Семейный анамнез заболевания суставов или позвоночника, псориаза, наличие псориаза в анамнезе.

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные лабораторные исследования (проводятся для последующей консультации ревматолога):

- клинический анализ крови;
- СРБ (количественный), ревматоидный фактор (количественный).

Обязательные инструментальные исследования

Не требуются.

Консультации специалистов

Ревматолог – при подозрении на заболевание, обострении заболевания, подозрении на развитие осложнения, непереносимости назначенного лечения, для проведения внутрисуставных и околоуставных инъекций.
Травматолог-ортопед – при необходимости проведения корригирующих операций на суставах (после рекомендации ревматолога).
Врач лечебной физкультуры.

Действия терапевта (ВОП) при декомпенсации заболевания

Терапевтом не осуществляются. Наблюдение осуществляет ревматолог.

Диспансерное наблюдение (пожизненно)

Осуществляется ревматологом.

Лечение

Изменение образа жизни:

- прекращение курения;
- избегание интеркуррентных инфекций;
- поддержание нормальной массы тела;
- соблюдение гигиены полости рта;
- поддержание физической активности;
- ежегодная вакцинация противогриппозной вакциной, вакцинация поливалентной противопневмококковой вакциной.

Медикаментозное лечение

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Базисные противоревматические препараты (назначаются ревматологом)		
Патогенетическое лечение	<ul style="list-style-type: none"> Метотрексат 10–30 мг/нед. внутрь или парентерально в сочетании с фолиевой кислотой 5–25 мг/нед. Лефлуномид 10–20 мг/сут. Циклоспорин А 3–5 мг/кг/сут. 	
	<ul style="list-style-type: none"> Сульфасалазин (Сульфасалазин ЕН) 2–4 г/сут. 	Начало терапии с 500 мг в сутки
Глюкокортикоиды		
Вспомогательное лечение активного заболевания	<ul style="list-style-type: none"> Метилпреднизолона ацетат 0–120 мг внутрисуставно Триамсинолона ацетонид 0–60 мг внутрисуставно 	Частые повторные инъекции сопряжены с риском развития гипокортицизма
Нестероидные противовоспалительные препараты		
Симптоматическое лечение суставной боли	<ul style="list-style-type: none"> Ибупрофен 1200–2400 мг/сут. внутрь Диклофенак 50–150 мг/сут. внутрь Напроксен 1000 мг/сут. внутрь Мелоксикам 7,5–15 мг/сут. внутрь Нимесулид 200–400 мг/сут. внутрь Эторикоксиб 60–90 мг/сут. внутрь 	Используются совместно с ингибиторами протонной помпы Одновременное использование двух или более препаратов группы препаратов не допускается
Блокаторы протонной помпы		
Профилактика желудочно-кишечных осложнений при приеме НПВП	<ul style="list-style-type: none"> Омепразол 20–40 мг/сут. Пантопразол 40–80 мг/сут. Эзомепразол 20–40 мг/сут. 	
Генно-инженерные биологические препараты (назначаются ревматологом)		
Недостаточная эффективность базисных противоревматических препаратов	<ul style="list-style-type: none"> Адалимумаб 40 мг подкожно 	Каждые 2 недели
	<ul style="list-style-type: none"> Голимумаб 50 мг подкожно 	Каждые 4 недели
	<ul style="list-style-type: none"> Инфликсимаб 5 мг/кг внутривенно 	Каждые 8 недель
	<ul style="list-style-type: none"> Цертолизумаб пэгол 200 мг подкожно 	Каждые 2 недели
	<ul style="list-style-type: none"> Этанерцепт 25–50 мг подкожно 	1 раз в неделю
	<ul style="list-style-type: none"> Устекинумаб 45–90 мг подкожно. 	1 раз в 12 недель

За контроль безопасности лечения отвечает терапевт (ВОП). В его обязанности входит назначение регулярных исследований крови в целях выявления отклонений.

Немедикаментозное лечение

Индивидуальная лечебная физкультура, выполняемая самостоятельно (по рекомендации врача ЛФК).

РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ

(M05.8; M05.9; M06.0; M06.4, M06.9)

Выявление пациента
с данным заболеванием

Терапевт (ВОП)

Установление диагноза

Ревматолог

Назначение медикаментозного
и немедикаментозного метода лечения

Ревматолог

Наблюдение за эффективностью лечения

Ревматолог

Диагностика заболевания

Для диагностики заболевания (для подозрения на заболевание наличие первого и/или второго симптома в сочетании с любым из последующих):

- боль в суставах (симметричная);
- утренняя скованность;
- припухание суставов;
- положительный тест поперечного сжатия кисти;
- утомляемость;
- слабость;
- снижение аппетита;
- похудание.

Симптомы заболевания, имеющие диагностическое значение:

- вовлечение мелких суставов;
- симметричный характер вовлечения суставов;
- длительность утренней скованности более 30 минут.

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные лабораторные исследования (проводятся для последующей консультации ревматолога):

- клинический анализ крови;
- СРБ (количественный), ревматоидный фактор (количественный).

Обязательные инструментальные исследования

Не требуются.

Консультации специалистов:

Ревматолог – при подозрении на заболевание, обострении заболевания, подозрении на развитие осложнения ревматоидного артрита (РА), непереносимости назначенного лечения, для проведения внутрисуставных инъекций.

Травматолог ортопед – при наличии низкой активности заболевания или ремиссии (устанавливается ревматологом) и необходимости проведения корригирующих операций на суставах.

Действия терапевта (ВОП) при декомпенсации заболевания:

Терапевтом не осуществляются. Наблюдение осуществляет ревматолог.

Диспансерное наблюдение (пожизненно)

Осуществляется ревматологом.

Лечение

Изменение образа жизни:

- прекращение курения;
- избегание интеркуррентных инфекций;
- поддержание нормальной массы тела;
- соблюдение гигиены полости рта, регулярные физические упражнения;
- ежегодная вакцинация противогриппозной вакциной, вакцинация поливалентной противопневмококковой вакциной.

Медикаментозное лечение

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Базисные противоревматические препараты (назначаются ревматологом)		
Патогенетическое лечение	<ul style="list-style-type: none"> Метотрексат 10–30 мг/нед. парентерально или перорально в сочетании с фолиевой кислотой 5–25 мг/нед. Лефлуномид 10–20 мг/сут. Гидроксихлорохин 200–400 мг/сут. 	
	Сульфасалазин (Сульфасалазин ЕН) 2–4 г/сут.	Начало терапии с 500 мг в сутки
Глюкокортикоиды		
В начальном периоде лечения	<ul style="list-style-type: none"> Преднизолон 0–15 мг/сут. Метилпреднизолон 0–12 мг/сут. 	Постепенное снижение и отмена в течение 3 месяцев
Вспомогательное лечение активного заболевания	<ul style="list-style-type: none"> Метилпреднизолона ацетат 0–120 мг внутрисуставно Триамсинолона ацетонид 0–60 мг внутрисуставно 	Частые повторные инъекции сопряжены с риском развития гипокортицизма
Нестероидные противовоспалительные препараты		
Симптоматическое лечение суставной боли	<ul style="list-style-type: none"> Ибупрофен 1200–2400 мг/сут. внутрь Диклофенак 50–150 мг/сут. внутрь Напроксен 1000 мг/сут. внутрь Мелоксикам 7,5–15 мг/сут. внутрь Нимесулид 200–400 мг/сут. внутрь Эторикоксиб 60–90 мг/сут. внутрь 	Используются совместно с ингибиторами протонной помпы, одновременное использование двух или более препаратов группы препаратов не допускается
Блокаторы протонной помпы		
Профилактика желудочно-кишечных осложнений при приеме НПВП	<ul style="list-style-type: none"> Омепразол 20–40 мг/сут. Пантопризол 40–80 мг/сут. Эзомепразол 20–40 мг/сут. 	
Генно-инженнерные биологические препараты (назначаются ревматологом)		
Недостаточная эффективность базисных противоревматических препаратов	Абатацепт 500–1000 мг внутривенно	Каждые 4 недели
	Адалимумаб 40 мг подкожно	Каждые 2 недели
	Голimumаб 50 мг подкожно	Каждые 4 недели
	Инфликсимаб 3 мг/кг внутривенно	Каждые 8 недель
	Ритуксимаб 500–2000 мг внутривенно	Каждые 6 месяцев
	Тоцилизумаб 4–8 мг/кг внутривенно	1 раз в 4 недели
	Цертолизумаб пэгол 200 мг подкожно	Каждые 2 недели
Этанерцепт 25–50 мг подкожно	1 раз в неделю	

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Синтетические таргетные противовоспалительные препараты (назначаются ревматологом)		
Недостаточная эффективность базисных противоревматических препаратов	<ul style="list-style-type: none"> Тофацитиниб 5–10 мг внутрь 	2 раза в день

За контроль безопасности лечения отвечает терапевт (ВОП). В его обязанности входит назначение регулярных исследований крови в целях выявления отклонений.

Немедикаментозное лечение

Не применимо.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2-ГО ТИПА

(E11.0 – E11.9)

Выявление пациента
с данным заболеванием

Терапевт (ВОП)

Установление диагноза

Эндокринолог

Назначение медикаментозного
и немедикаментозного метода лечения

Эндокринолог

Наблюдение за эффективностью лечения

Терапевт (ВОП)

Диагностика заболевания

Для диагностики заболевания выявляют характерные симптомы, повышение глюкозы плазмы крови натощак > 7 ммоль/л (при двукратном измерении) или двукратное повышение гликированного гемоглобина (HbA1c) $> 6,5\%$.

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;
- клинический анализ крови;
- биохимический анализ крови: общий холестерин, ЛПНП, ЛПВП, ТГ, креатинин (расчет СКФ), АЛТ, АСТ; мочевая кислота, мочевины;
- клинический анализ мочи;
- микроальбумин в моче.

Диагностические критерии сахарного диабета 2-го типа	
Цельная капиллярная кровь (ммоль/л)	Венозная плазма (ммоль/л)
Норма (натошак)	
< 5,6	< 6,1
Сахарный диабет (натошак*)	
≥ 6,1	≥ 7,0
Сахарный диабет (при случайном определении**)	
≥ 11,1	≥ 11,1

*Диагностика проводится на основании лабораторных определений уровня глюкозы.

**При наличии классических симптомов гипогликемии.

Обязательные инструментальные исследования:

- ЭКГ;
- рентгенография органов грудной клетки.

Консультации специалистов

Эндокринолог.

Офтальмолог.

Кардиолог.

Невролог.

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.

Обязательные лабораторно-инструментальные исследования:

- HbA1c – 1 раз в 3 месяца (не реже 1 раза в 6 месяцев);
- микроальбумин в моче – 1 раз в год;
- биохимический анализ крови: общий холестерин, ЛПНП, ЛПВП, ТГ, креатинин (расчет СКФ), АЛТ, АСТ, мочевая кислота, мочевины;
- ЭКГ – 1 раз в год;
- рентгенография органов грудной клетки – 1 раз в год.

Консультации специалистов

Эндокринолог – 1 раз в год.

Невролог – 1 раз в год.

Офтальмолог – 1 раз в год.

Хирург/специалист по диабетической стопе – 1 раз в год.

Лечение

Цель лечения – достижение целевых показателей: HbA1c, АД, липидов крови.

Алгоритм индивидуального выбора целей терапии по уровню HbA1c:

	Возраст		
	Молодой	Средний	Пожилы и/или ОПЖ <5 лет
Нет тяжелых макрососудистых осложнений и/или риска тяжелой гипогликемии**	<6,5%	<7,0%	<7,5%
Есть тяжелые макрососудистые осложнения и/или риска тяжелой гипогликемии	<7,0%	<7,5%	<8,0%

ОПЖ – ожидаемая продолжительность жизни.

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

**Основными критериями риска являются тяжелая гипогликемия в анамнезе, бессимптомная гипогликемия, большая продолжительность сахарного диабета, ХБП С3 и выше, деменция.

Целевые уровни показателей артериального давления

Возраст	Систолическое АД, мм рт. ст.*	Диастолическое АД, мм рт. ст.*
≤70 лет	>120 и ≤140	>70 и ≤85
>70 лет	>120 и ≤150	>70 и ≤90
Любой при наличии ХБП АЗ	>120 и ≤130	>70 и ≤85

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

Целевые уровни показателей липидного обмена

Показатели	Целевые значения, ммоль/л*	
	Мужчины	Женщины
Общий холестерин	<4,5	
Холестерин ЛНП	<2,5**	
Для лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями и/или ХБП С 3а и более	<1,8 **	
Холестерин ЛВП	>1,0	>1,3
Триглицериды	<1,7	

*Перевод из ммоль/л в мг/дл:

общий холестерин, холестерин ЛНП, холестерин ЛВП: ммоль/л x 38,6 = мг/дл.

Триглицериды: ммоль/л x 88,5 = мг/дл.

**Или снижение холестерина ЛНП на 50% и более от исходного уровня при отсутствии достижения целевого уровня.

Изменение образа жизни:

- субкалорийная диета (1200–1500 ккал в сутки) и режим питания (дробно 4–5 раз в день);
- снижение веса на 5–10% за 3–6 мес., в дальнейшем – индивидуально;
- отказ от курения и алкоголя;
- ограничение потребления поваренной соли (до 5–6 г/сут.);
- регулярные аэробные физические нагрузки (4–5 раз в неделю по 40–50 минут).

Направление в «школу диабета»

Медикаментозное лечение (назначается и корректируется эндокринологом)

Показания к назначению/ группы препаратов	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Для снижения инсулинорезистентности мышечной и жировой ткани, а также подавлению продукция глюкозы печенью		
Бигуаниды	<ul style="list-style-type: none"> • Метформин 850–1700 мг/сут. • Метформин 1000–2000 мг/сут. 	Противопоказан при СКФ < 45 мл/мин/1,73м ² , при печеночной недостаточности; остром коронарном синдроме; заболеваниях, сопровождающихся гипоксией; алкоголизме; ацидозе любого генеза; беременности и лактации Препарат должен быть отменен в течение 2 суток до и после выполнения рентгеноконтрастных процедур, больших оперативных вмешательств
Для стимуляции секреции инсулина		
Препараты сульфонилмочевины	<ul style="list-style-type: none"> • Глибенкламид 1,75–7 мг/сут. • Глибенкламид 3,5–14 мг/сут. • Гликлазид МВ 60–120 мг/сут. • Глимеперид 1/2 3/4–6 мг/сут. • Гликвидон 30–120 мг/сут. 	Противопоказаны при почечной (кроме гликлазида, глимеперида и гликвидона) и печеночной недостаточности; кетоацидозе; беременности и лактации Не назначают с глинидами, с препаратами сульфонилмочевины
Глиниды	<ul style="list-style-type: none"> • Репаглинид 1/2–12 мг/сут. 	С осторожностью при почечной и печеночной недостаточности; кетоацидозе; беременности и лактации
Для глюкозозависимой стимуляции секреции инсулина и подавления секреции глюкагона		
Ингибиторы ДПП-4	<ul style="list-style-type: none"> • Алоглиптин 25–25 мг/сут. • Вилдаглиптин 50–100 мг/сут. • Линаглиптин 5–5 мг/сут. • Саксаглиптин 5–5 мг/сут. • Ситаглиптин 50–100 мг/сут. 	Возможно применение на всех стадиях ХБП, включая терминальную с соответствующим снижением дозы (линаглиптин без снижения дозы). С осторожностью при тяжелой печеночной недостаточности (кроме саксаглиптина, линаглиптина), сердечной недостаточности; противопоказаны при кетоацидозе; беременности и лактации Не назначают с препаратами аГПП-1
Агонисты рецепторов ГПП-1	<ul style="list-style-type: none"> • Дулаглутид 1,5мг/0,5мл–1,5 мг 1 раз в неделю • Лираглутид 6 мг/мл – 1,8 мг/сут. • Ликсисенатид 50мкг/100мкг – 20 мг/сут. • Эксенатид 10мг – 20 мг/сут. 	Противопоказаны при тяжелой почечной и печеночной недостаточности; кетоацидозе; беременности и лактации Не назначают с препаратами иДПП-4

Показания к назначению/ группы препаратов	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Для снижения реабсорбции глюкозы в почках		
Ингибиторы НГЛТ-2	<ul style="list-style-type: none"> • Дапаглифлозин 10–10 мг/сут. • Канаглифлозин 100–300 мг/сут. • Эмпаглифлозин 25–25 мг/сут. 	<p>Противопоказаны при кетоацидозе, беременности, лактации, снижении СКФ: < 60 мл/мин /1,73 м² (канаглифлозин) < 45 мл/мин /1,73 м² (эмпаглифлозин и канаглифлозин). Требуется осторожность при назначении:</p> <ul style="list-style-type: none"> • в пожилом возрасте (см. инструкцию к применению); • при хронических урогенитальных инфекциях; • при приеме мочегонных средств. <p>Препарат должен быть отменен в течение 2 суток до и после выполнения рентгеноконтрастных процедур, больших оперативных вмешательств</p> <p>Совместимы с препаратами всех групп, в т.ч. инсулинами</p>
Для достижения целевых показателей HbA1c при неэффективности или противопоказании приема других сахароснижающих препаратов**		
Инсулин растворимый (человеческий генно-инженерный) короткого действия	Инсулин растворимый вводится дробно перед основными приемами пищи до 40–60 МЕ/сут.	<ul style="list-style-type: none"> • риск гипогликемий • необходимость перекусов • прибавка массы тела <p>Не применять с препаратами иДПП-4, аГПП-1, глинидами, сульфонил-мочевины</p> <p>Вводится за 30–40 мин. до еды в п/к жировую клетчатку живота</p>
Аналоги инсулина ультракороткого действия	<ul style="list-style-type: none"> • Инсулин аспарт 40 МЕ/сут. • Инсулин глулизин 40 МЕ/сут. • Инсулин лизпро 40 МЕ/сут. <p>Вводятся дробно перед основными приемами пищи до 40–60 МЕ/сут.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • лучший контроль постприандиальной гликемии; • менее выраженное влияние на массу тела. <p>Можно вводить непосредственно перед приемом пищи или после еды</p>
Инсулины средней продолжительности действия	<ul style="list-style-type: none"> • Инсулин изофан 40 МЕ – 60 МЕ/сут. 	<ul style="list-style-type: none"> • риск гипогликемий <p>Вводится в/м в ягодичу или бедро</p>
Инсулин двухфазный (человеческий генно-инженерный)	<ul style="list-style-type: none"> • Инсулин двухфазный 60 МЕ/сут. 	<p>Гипогликемический эффект усиливают пероральные гипогликемические средства, (сульфаниламиды)</p> <p>Вводится в п/к жировую клетчатку живота</p>

Показания к назначению/ группы препаратов	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Двухфазные аналоги инсулина	<ul style="list-style-type: none"> • Инсулин аспарт двухфазный • 60 МЕ/сут. • Инсулин лизпро двухфазный • 60 МЕ/сут. 	Гипогликемический эффект усиливают пероральные гипогликемические средства, (сульфаниламиды)
Аналоги инсулина пролонгированного действия	<ul style="list-style-type: none"> • Инсулин гларгин* 40 МЕ/сут. • Инсулин детемир 40 МЕ/сут. Суточная доза подбирается индивидуально	Однократное введение инсулина гларгин обеспечивает 24-часовой беспииковый гликемический контроль при однократном введении Инсулин детемир вводится дважды в сутки как в п/к жировую клетчатку живота, так и в/м
Аналог инсулина сверхдлительного действия	Инсулин деглудек – суточная доза подбирается индивидуально	Противопоказан при беременности и лактации Вводится как в п/к жировую клетчатку живота, так и в/м
Аналог инсулина сверхдлительного действия в комбинации с аналогом ультракороткого действия	Инсулин райзодек – суточная доза подбирается индивидуально	Противопоказан при беременности и лактации Вводится как в п/к жировую клетчатку живота, так и в/м

* Одно МНН, две концентрации 100МЕ/мл (Лантус) и 300 МЕ/мл (Туждео).

**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. Базальный инсулин и готовые смеси инсулина перед введением необходимо тщательно перемешать.

Рациональные комбинации сахароснижающих препаратов.

	Метформин	идПП-4	СМ/глиниды	инГЛТ-2	аПП-1	Базальный инсулин*	Инсулин короткого действия*
Метформин		+	+	+	+	+	+
идПП-4	+		+	+	НР	+	НР
СМ/глиниды	+	+		+	+	+	НР
инГЛТ-2	+	+	+		***	+	+
аПП-1	+	НР	+	***		+	НР
Базальный инсулин	+	+	+	+	+		+
Инсулин короткого действия	+	НР	НР	+	НР	+	

+ рациональная комбинация;

НР нерациональная комбинация;

** не внесена в инструкцию;

* включая аналоги инсулина.

СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

(K58.0, K59.0, K58.9, K59.0)

Выявление пациента
с данным заболеванием

Терапевт(ВОП)

Установление диагноза

Гастроэнтеролог

Назначение медикаментозного
и немедикаментозного метода лечения

Гастроэнтеролог
Невролог/психоневролог/психиатр

Наблюдение за эффективностью лечения

Терапевт

Диагностика заболевания

Заподозрить диагноз можно при:

- наличии рецидивирующей боли в животе, возникающей по меньшей мере 1 раз в неделю, характеризующейся следующими признаками (двумя или более):
 - связана с дефекацией;
 - сочетается с изменением частоты стула;
 - сочетается с изменением консистенции стула.
- возникновении симптомов на протяжении последних трех месяцев при общей продолжительности не менее 6 месяцев.

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные лабораторные исследования:

- клинический анализ крови;
- клинический анализ мочи;
- биохимический анализ крови: амилаза, общий билирубин, АЛТ, АСТ, общий белок, щелочная фосфатаза;
- копрограмма;
- анализ кала на скрытую кровь.

Обязательные инструментальные исследования:

- рентгенография толстой кишки (ирригоскопия) или колоноскопия с биопсией;
- УЗИ органов брюшной полости.

Консультации специалистов

Гастроэнтеролог.

Инфекционист.

Невролог/психоневролог/психиатр (при изменениях личности больного, например, тревожно-ипохондрический синдром, депрессия и др.).

Действия терапевта (ВОП) при декомпенсации заболевания до уменьшения/купирования болевого синдрома, нормализации стула (период подбора/коррекции терапии)

Кратность осмотра

По потребности.

Обязательные лабораторно-инструментальные исследования

По показаниям.

Консультации специалистов

Гастроэнтеролог (для коррекции лечения при его неэффективности);
невролог/психоневролог/психиатр (при неэффективности лечения и коррекции терапии).

Диспансерное наблюдение

Не требуется.

Лечение

Изменение образа жизни:

- соблюдение режима дня и питания, ограничение психоэмоциональной нагрузки и физических перегрузок. Питание регулярное, частое, небольшими порциями;
- соблюдение диеты, исключающей продукты, вызывающие боли, диарею и/или метеоризм у данного больного (пряности, копченое, острое,

соленое). Не рекомендуется маргарин, жирные продукты, цельное молоко. Рекомендуется пища богатая белками (рыба регулярно, мясо, мясо птицы, творог), микроэлементами, витаминами, термически обработанные фрукты и овощи;

- рациональные физические тренировки (плавание, ходьба, велосипед, фитнес и т.д.).

Медикаментозное лечение (в период обострения)

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Кишечные антисептики		
При диарейном синдроме	<ul style="list-style-type: none"> • Рифаксимин 200–800 мг/сут. • Метронидазол 1–1,5 г/сут. • Нифуроксазид 600–800 мг/сут. • Фуразолидон 800 мг/сут. • Ципрофлоксацин 0,5 x 3 раза в день • Интетрикс 1 капсул. x 4 раза в день • Котримоксазол по 1,0 x 2 раза в день 	
Регуляторы моторики		
При диарейном синдроме	<ul style="list-style-type: none"> • Лоперамид 2–4 мг/сут. 	
Энтеросорбенты, вяжущие		
При диарейном синдроме	<ul style="list-style-type: none"> • Диоктаэдрический смектит 9–18 г/сут. • Белая глина порошок 4–6 г/сут. • Дерматол порошок 4–6 г/сут. • Кальций карбонат порошок 4–6 г/сут. • Висмут трикалий дицитрат 360–480 мг/сут. • Полиметилсилоксана полигидрат 22,5–67,5 г/сут. 	
Препараты, восстанавливающие микрофлору кишечника		
При диарейном синдроме	<ul style="list-style-type: none"> • Препараты из бифидо- и лактобактерий • Хилак форте 40–180 кап/сут. • Бациллюс цереус IP 5832 внутрь капсулы 35–210 мг/сут. 	

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Спазмолитики		
При болевом синдроме	<ul style="list-style-type: none"> • Дротаверин 40–120 мг/сут в таблетках внутрь или 2% 2–4 мл в/м. • Тримебутин малеат таблетки 200–600 мг/сут. • Мебеверин 200–600 мг/сут. • Гиосцин бутилбромид таблетки 10–60 мг/сут. • Пинавериум бромид таблетки 150–300 мг/сут. • Отолония бромид 80 мг/сут. • STW5 (Иберогаст) 60–80 кап/сут. 	
Слабительные		
При наличии запоров	<ul style="list-style-type: none"> • Пустые оболочки семян подорожника овального Плантаго овата, внутрь 5–10г/сут. • Лактулоза внутрь 20–50 мл/сут. • Полиэтиленгликоль 4000–10 мг/сут. • Бисакодил 5–15 мг/сут. 	При неэффективности слабительных препаратов возможно назначение энтерокинетики Прукалоприда

Медикаментозное лечение (в период ремиссии)

При рецидивах болевого синдрома показано назначение спазмолитиков.

ТРЕВОЖНО- ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

(F32.0; F32.1; F41.2; F43.2)

Выявление пациента
с данным заболеванием

Терапевт/ВОП

Установление диагноза

Терапевт/ВОП

Назначение медикаментозного
и немедикаментозного метода лечения

Терапевт/ВОП
Психиатр – в сложных, неясных клиниче-
ских случаях

Наблюдение за эффективностью лечения

Терапевт/ВОП
Психиатр – при неэффективности тера-
пии, а также в сложных, неясных клиниче-
ских случаях

Диагностика заболевания

Для постановки диагноза необходимо наличие не менее 1 устойчивого симптома из перечисленных ниже на протяжении не менее двух недель:

- патологически сниженное, плохое настроение и тревога, подавленность, снижение работоспособности и интереса к деятельности, которая в норме доставляет удовольствие (депрессивная симптоматика без суицидальных намерений);
- физические функциональные симптомы: наличие множественных соматических жалоб, тягостные ощущения во внутренних органах или болевой синдром при отсутствии соматической патологии, снижение энергии и ощущение физической слабости без связи с нагрузкой;
- необычные жалобы на здоровье, опасение и/или убеждение в наличии неизлечимого заболевания, плохо поддающиеся переубеждению.

Симптомы заболевания, имеющие диагностическое значение

Специфических симптомов нет, возможно наличие эмоционального дискомфорта, снижение способности получать удовольствие, утрата эмоциональной реакции на окружение и события, которые в норме приятны, чрезмерное беспокойство по разным незначительным поводам. Психометрическая оценка по субшкале депрессии по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) больше 8 баллов.

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные лабораторные исследования:

- клинический анализ крови;
- биохимический анализ крови (натрий, калий, кальций, глюкоза крови, АСТ, АЛТ, ГГТ, щелочная фосфатаза, альбумин, белок общий, билирубин общий, билирубин прямой, билирубин непрямой, креатинин, мочевина, мочевая кислота), Т3 свободный, Т4 свободный, ТТГ – по показаниям;
- анализ крови на ВИЧ, сифилис, гепатиты В и С;
- клинический анализ мочи.

Обязательные инструментальные исследования:

- рентгенография органов грудной клетки;
- измерение АД, ЧСС, ЭКГ;
- измерение веса.

Консультации специалистов

Психиатр (в сложных, неясных клинических случаях).

Другие специалисты – по показаниям при наличии декомпенсации сопутствующего заболевания (в частности, невролог, эндокринолог при подозрении на наличие неврологической, эндокринологической патологии соответственно).

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

Кратность осмотра

1 раз в неделю. При каждом осмотре проводится оценка суицидального риска.

Обязательные лабораторно-инструментальные исследования:

- измерение АД;
- ЧСС на каждом визите;
- ЭКГ – по показаниям;
- измерение веса.

Консультации специалистов

Психиатра – при неэффективности терапии в течение четырех недель, также в сложных, неясных клинических случаях, при наличии суицидального риска.

Диспансерное наблюдение

Кратность осмотра

1 раз в месяц в течение двух месяцев после установления ремиссии. При необходимости наблюдение проводится 1 раз в месяц в течение 6 месяцев – до стабилизации состояния.

Обязательные лабораторно-инструментальные исследования

- измерение АД;
- ЧСС на каждом визите;
- ЭКГ – 1 раз в 6 месяцев.

Консультации специалистов

Психиатр – при рецидиве депрессивной симптоматики в течение двух месяцев, при наличии суицидального риска.

Лечение

Изменение образа жизни:

- отказ от курения, ограничение алкоголя;
- соблюдение режима труда и отдыха;
- соблюдение режима питания и сна.

Медикаментозное лечение

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Антидепрессанты		
Тревожно-депрессивное расстройство с преобладанием депрессивной симптоматики	<ul style="list-style-type: none"> • Эсциталопрам 5–20 мг/сут. • Сертралин 50–150 мг/сут. • Пароксетин 10–40 мг/сут. • Флувоксамин 50–150 мг/сут. • Флуоксетин 20–40 мг/сут. • Миртазапин 15–30 мг/сут. • Венлафаксин 37,5–150 мг/сут. • Дулоксетин 30–60 мг/сут. • Миансерин 15–60 мг/сут. • Агомелатин 25–50 мг/сут. • Тразодон 50–150 мг/сут. 	<p>Необходимо назначать антидепрессанты, начиная с минимальной терапевтической дозы</p> <p>Время достижения терапевтического эффекта от 2 до 4 недель</p> <p>В течение первых двух недель терапии возможно усиление тревоги (необходимо добавить к терапии анксиолитик на 2–3 недели). Возможно добавление снотворных на 2–3 недели</p> <p>Длительность лечения антидепрессантами необходимо осуществлять в течение 6 месяцев после достижения терапевтического эффекта. При большом количестве побочных эффектов желательна смена антидепрессанта</p>
Анксиолитики		
Тревожно-депрессивное расстройство с преобладанием тревожной симптоматики	<ul style="list-style-type: none"> • Феназепам* 0,5–4 мг/сут. • Алпразолам* 0,25–2 мг/сут. • Клоназепам* 0,5–2 мг/сут. • Диазепам* 5–20 мг/сут. • Лоразепам* 0,5–5 мг/сут. • Гидроксизин 0,25–100 мг/сут. • Этифоксин 50–150 мг/сут. • Фабомотизол 10–60 мг/сут. 	<p>Анксиолитики бензодиазепинового* ряда не применять дольше 2–3 недель</p> <p>При неэффективности курса монотерапии анксиолитиками следует рассмотреть возможность назначения антидепрессантов</p>
Снотворные		
Тревожно-депрессивное расстройство с нарушением сна	<ul style="list-style-type: none"> • Золпидем 5–10 мг/сут. • Зопиклон 7,5 мг/сут. • Залеплон 5–10 мг/сут. 	<p>Снотворные средства не применять более 2–3 недель</p> <p>В случае неэффективности курса монотерапии снотворными препаратами следует рассмотреть возможность назначения антидепрессантов</p>

Важно знать! При выборе схемы лечения необходимо учитывать сопутствующую лекарственную терапию.

Немедикаментозное лечение (при необходимости)

Рациональная психотерапия с психобразованием.

ФИБРИЛЛЯЦИЯ/ ТРЕПЕТАНИЕ ПРЕДСЕРДИЙ

(I48)

Выявление пациента
с данным заболеванием

Терапевт/ВОП

Установление диагноза

Терапевт/ВОП

Назначение медикаментозного
и немедикаментозного метода лечения

Кардиолог

Наблюдение за эффективностью лечения

Терапевт/ВОП

Диагностика заболеваний

Для диагностики заболевания обязательно выявление нарушения ритма сердца по ЭКГ.

ЭКГ признаки нарушения ритма

1. Фибрилляция предсердий	Зубцы Р отсутствуют, видны волны f, ритм беспорядочный
2. 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.

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

Обязательные лабораторные исследования

Биохимический анализ крови: калий, натрий.

Обязательные инструментальные исследования

ЭКГ.

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);
- Эхо-КГ (по необходимости).

Консультации специалистов

Кардиолог.

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.

Фибрилляция/трепетание предсердий

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.

ФИБРОЗ/ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ

(K74-K75)

Выявление пациента
с данным заболеванием

Терапевт (ВОП)

Установление диагноза

Гастроэнтеролог

Назначение медикаментозного
и немедикаментозного метода лечения

Гастроэнтеролог

Наблюдение за эффективностью лечения

Терапевт, гастроэнтеролог – при циррозе
Класс В и С по Child-Pugh

Диагностика заболевания

Для диагностики заболевания необходимо наличие трех из четырех симптомов заболевания, а также заключение одного из инструментальных исследований.

Симптомы заболевания:

- гепатомегалия, спленомегалия;
- желтушность слизистых и кожных покровов, малые печеночные знаки, отеки, асцит;
- астенический синдром;
- субфебрилитет.

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные лабораторные исследования:

- клинический анализ крови;
- биохимический анализ крови: глюкоза, общий холестерин, альбумин, АЛТ, АСТ, ГГТП, щелочная фосфатаза, билирубин, креатинин, калий, натрий;
- анализ крови на ВИЧ, сифилис, гепатиты В и С;
- МНО, ПВ, АЧТВ;
- альфа-фетопротеин.

Обязательные инструментальные исследования:

- УЗИ брюшной полости: печени; селезенки; определение диаметра воротной и селезеночной вен; наличие/отсутствие свободной жидкости;
- ЭГДС с оценкой степени расширения вен пищевода;
- ЭКГ.

Консультации специалистов

Гастроэнтеролог.

Инфекционист – при выявлении анти-HCV и/или HBsAg (согласно приказу ДЗМ № 67 от 03.02.2016 «О дальнейшем совершенствовании организации

оказания специализированной медицинской помощи больным хроническими вирусными гепатитами В и С и циррозами печени вирусной этиологии в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы».

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

Не проводятся. Наблюдение гастроэнтеролога/гепатолога:

- консультация хирурга – при наличии варикозного расширения вен пищевода 2–3-й степени для решения вопроса об эндоскопическом лигировании;
- консультация онколога – при высоком уровне альфа-фетопротеина для решения вопроса о выполнении контрастной спиральной компьютерной томографии или магнитно-резонансной томографии;
- консультация трансплантолога – больных циррозом печени класса С по Чайлд-Пью.

Диспансерное наблюдение (пожизненно)

Кратность осмотра

1 раз в 6 мес.

Обязательные лабораторные исследования:

- клинический анализ крови – 1 раз в 6 мес.;
- биохимический анализ крови: глюкоза, общий холестерин, альбумин, АЛТ, АСТ, ГГТ, щелочная фосфатаза, билирубин общий и прямой, калий, натрий, креатинин, протромбин, МНО – 1 раз в 6 мес.;
- альфа-фетопротеин – 1 раз в год.

Обязательные инструментальные исследования:

- УЗИ органов брюшной полости – 1 раз в год;
- пункционная биопсия печени – 1 раз в 5 лет.

Консультации специалистов

Гастроэнтеролог – 1 раз в год.

Лечение

Изменение образа жизни:

- соблюдение режима дня и питания, ограничение физической нагрузки. Питание регулярное, частое, небольшими порциями;
- соблюдение диеты, исключающей алкоголь, пряности, копченое, острое, соленое. Не рекомендуется маргарин, жирные продукты, цельное молоко. Рекомендуется пища богатая белками (рыба регулярно, мясо, мясо птицы, творог), микроэлементами, витаминами, термически обработанные фрукты и овощи.

Медикаментозное лечение (назначается гастроэнтерологом)

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Синдром цитолиза и холестаза	<ul style="list-style-type: none"> • Адеметионин 800–1600 мг/сут. • Препараты расторопши 70–210 мг/сут. • УДХК 500–1500 мг/сут. • Глицирризиновая кислота (при гепатитах вирусной этиологии) 105–210 мг/сут. 	
	Мочегонные препараты	
Отечно-асцитический синдром	<ul style="list-style-type: none"> • Спиринолактон 100–200 мг/сут. • Фуросемид 40–80 мг/сут. 	Контроль веса, диуреза, АД, электролитов крови (натрий, калий) и креатинина
	Гепатопротекторы	
Энцефалопатия	<ul style="list-style-type: none"> • Орнитин 5–10 гр/сут. 	
Слабительные препараты		
Энцефалопатия	<ul style="list-style-type: none"> • Лактулоза 15–45 мл/сут. 	Контроль частоты стула
В-адреноблокаторы		
Варикозно-расширенные вены пищевода II-III степени	<ul style="list-style-type: none"> • Анаприлин 5–20 мг/сут. • Карведилол 6,25–25 мг/сут. 	Контроль АД (не ниже 90 и 60 мм рт. ст.) и пульса (не ниже 55 уд./мин.)

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИСПЕПСИЯ

(K30)

Выявление пациента
с данным заболеванием

Терапевт (ВОП)

Установление диагноза

Терапевт (ВОП)

Назначение медикаментозного
и немедикаментозного метода лечения

Терапевт (ВОП). При неэффективности те-
рапии – консультация гастроэнтеролога,
невролога/психоневролога/психиатра

Наблюдение за эффективностью лечения

Терапевт (ВОП)

Диагностика заболевания

Диагноз правомочен при наличии как минимум одного из симптомов при отсутствии органической патологии (по данным инструментального обследования).

Симптомы заболевания (не являются специфичными для данного заболевания):

- чувство переполнения в эпигастрии и/или раннее насыщение (обусловленные приемом пищи – постпрандиальный дистресс-синдром);
- боль в эпигастрии и/или жжение в эпигастрии (могут возникать после еды, натощак или уменьшаться после еды – синдром эпигастральный).

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные лабораторные исследования:

- клинический анализ крови;
- анализ кала на скрытую кровь;
- общий анализ кала;
- не инвазивная диагностика *H. pylori* (один из методов):
 - ¹³C-уреазный дыхательный тест или определение антигена *H. pylori* в кале (при наличии в МО). Могут быть ложно-отрицательными 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 (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;
- ЭГДС с выполнением биопсии из антрального отдела желудка для вы-

явления *H. pylori* (морфологическое исследование и/или быстрый уреазный тест);

- УЗИ органов брюшной полости.

Консультации специалиста

Гастроэнтеролог (при наличии положительного теста на *H. pylori* и наличии в анамнезе ранее проводимой антихеликобактерной терапии; при наличии аллергии или непереносимости препаратов первой линии антихеликобактерной терапии).

Невролог/психоневролог/психиатр (при выявлении отклонений в психоэмоциональной сфере).

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

Кратность осмотра

При обращении.

Обязательные лабораторно-инструментальные исследования

¹³C-уреазный дыхательный тест или определение антигена *H. pylori* в кале (при наличии в МО). Не ранее чем через 30 дней после завершения приема антибиотиков и 14 дней после завершения приема ИПП.

Консультации специалистов

Гастроэнтеролог (для коррекции лечения при его неэффективности).

Невролог/психоневролог/психиатр (при неэффективности лечения и коррекции терапии).

Диспансерное наблюдение

Не требуется.

Лечение

Изменение образа жизни:

- уменьшение объема порций (дробное питание);
- употребление механически, термически и химически щадящей пищи; исключение продуктов, вызывающих симптомы. Соблюдение диеты на весь период обострения заболевания.

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 20–40 мг/сут. • Пантопразол 40–80 мг/сут. • Рабепразол 10–20 мг/сут. • Эзомепразол 20–40 мг/сут. • Лансопразол 30 мг/сут. 	При их неэффективности – ИПП в комбинации с прокинетики: домперидон, итоприда гидрохлорид или STW5 (Иберогаст) Длительность лечения определяется индивидуально
Прокинетики		
При постпрандиальном дистресс-синдроме	<ul style="list-style-type: none"> • Домперидон 30–60 мг/сут. • Итоприда гидрохлорид 150 мг /сут. 	При неэффективности прокинетики – комбинация с ИПП
Средства растительного происхождения		
При постпрандиальном дистресс-синдроме При синдроме эпигастральной боли	<ul style="list-style-type: none"> • STW5 (Иберогаст) 60 кап/сут. 	

Эрадикация *H. pylori* служит терапией первого выбора у *H. pylori*-положительных больных с синдромом диспепсии.

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, пантопрозол 40 мг, эзомепразол 20 мг, рабепразол 20 мг или лансопрозол 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, лансопрозол и пантопрозол. 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, пантопрозол 40 мг, эзомепразол 20 мг, рабепразол 20 мг или лансопрозол 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, лансопрозол и пантопрозол. Двойная доза ИПП повышает эффективность эрадикации.

Через 30 дней после завершения приема препаратов схемы эрадикации и/или ИПП 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.

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК

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

Выявление пациента
с данным заболеванием

Терапевт/ВОП

Установление диагноза

Нефролог

Назначение медикаментозного
и немедикаментозного метода лечения

Нефролог

Наблюдение за эффективностью лечения

Нефролог

Диагностика заболевания

Для диагностики заболевания обязательно выявление снижения скорости клубочковой фильтрации (СКФ) < 90 мл/мин. и стойкое повышение экскреции альбумина более 30 мг/сут.

Симптомы заболевания, имеющие диагностическое значение

Специфических симптомов нет, возможно повышение утомляемости, снижение аппетита, тошнота, кожный зуд.

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные лабораторные исследования:

- клинический анализ крови;
- клинический анализ мочи;
- креатинин крови с расчетом СКФ;
- калий в крови;
- альбумин в моче.

Обязательные инструментальные исследования

УЗИ почек.

Консультации специалистов

Уролог (при расширении чашечно-лоханочной системы по данным УЗИ почек).

Нефролог (при выявлении белка в моче $> 0,3$ г/л или альбумина в моче > 300 мг/г или СКФ < 30).

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

Кратность осмотра

1 раз в 2 недели.

Обязательные лабораторные исследования (1 раз в 2 недели):

- креатинин крови;
- калий в крови;
- клинический анализ мочи.

Консультации специалистов

Нефролог (при ↓ СКФ <60 и/или ↑ альбуминурии более 300 мг/г).

Диспансерное наблюдение (пожизненно)

Кратность осмотра

1 раз в год.

Обязательные лабораторно-инструментальные исследования:

- клинический анализ крови;
- клинический анализ мочи;
- биохимический анализ крови: креатинин, мочеви́на, калий, альбумин, мочева́я кислота;
- расчет СКФ по формуле CKD-EPI;
- УЗИ почек – 1 раз в год.

Консультации специалистов

Нефролог – 1 раз в год (для определения тактики диспансерного наблюдения).

Лечение

Изменение образа жизни:

- отказ от курения;
- по возможности воздержаться от применения нестероидных противовоспалительных средств;
- корректировка доз применяемых лекарственных препаратов с учетом значений СКФ пациента.

Медикаментозное лечение

Показания к назначению/группы препаратов	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Замедление прогрессирования почечной недостаточности при СКФ>30		
Ингибиторы АПФ (иАПФ)	• Эналаприл 2,5–10 мг/сут.	Суточная доза препарата выбирается индивидуально в зависимости от уровня СКФ. При СКФ менее 30мл/мин, ингибиторы АПФ и блокаторы рецепторов ангиотензин 2 не применяются.
Блокаторы рецепторов ангиотензина (БРА)	• Лозартан 50–100мг/сут.	При наличии или тенденции к гиперкалиемии препараты ингибиторов АПФ или блокаторы не применяются.

Немедикаментозное лечение (при необходимости)

Соблюдение диеты в соответствии со значениями СКФ: 1–3-я стадия ХБП: рацион с низким содержанием натрия+ рекомендуется только в случае вариабельности АД; 4–5-я стадия ХБП: рекомендуется рацион с низким содержанием натрия, фосфора и калия. Низкобелковая, высококалорийная.

ХРОНИЧЕСКАЯ ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА (ВКЛЮЧАЯ СОСТОЯНИЕ ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ)

(I20; I25)

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

Диагностика заболевания

Симптомы заболевания, имеющие диагностическое значение:

- жалобы на возникающие неприятные ощущения в грудной клетке (давление, сжатие, жжение), провоцируемые ходьбой и проходящие при остановке и/или приеме нитроглицерина;
- возможна иррадиация болевого ощущения в нижнюю челюсть, шею, руки, спину, эпигастрий; а также локализация в местах иррадиации.

Для диагностики заболевания достаточно наличия первых двух симптомов.

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные лабораторные исследования:

- клинический анализ крови;
- биохимическое исследование крови (общий холестерин, ЛПНП, ЛПВП, ТГ, глюкоза крови, калий, креатинин).

Обязательные инструментальные исследования:

- ЭКГ;
- Эхо-КГ;
- нагрузочные пробы (должны быть проведены больному при подозрении на стенокардию; при противопоказаниях – проведение КТ-ангиографии).

Консультации специалистов

Кардиолога (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-IVФК 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;
- Эхо-КГ – 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:

- полный отказ от курения;
- диета с ограничением животных жиров по типу средиземноморской;

- снижение веса (до достижения нормальных значений ИМТ);
- уровень физической активности определяется индивидуально с учетом класса; стенокардии;
- контроль АД, уровня глюкозы и гликированного гемоглобина (при необходимости).

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.	При непереносимости ацетилсалициловой кислоты
	• Клопидогрел 75 мг/сут.	
Статины		
Коррекция дислипидемии, улучшение прогноза жизни	<ul style="list-style-type: none"> • Аторвастатин 10–40 мг/сут. • Розувастатин 10–20 мг/сут. 	Назначение статинов показано всем пациентам с ИБС Целевой уровень ХСЛПНП < 1,8 ммоль/л. Если не удается достигнуть этого уровня – консультация кардиолога
β-адреноблокаторы (β-АБ)		
Стенокардия, ограничивающая переносимость физической нагрузки	<ul style="list-style-type: none"> • Бисопролол 1,25–10 мг/сут. • Карведилол 6,25–100 мг/сут. • Метопролола сулцинат/таратрат (CR) 12,5–200 мг/сут. • Небиволол 1,25–10 мг/сут. 	

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Блокаторы Са-каналов		
	<ul style="list-style-type: none"> • Амлодипин 2,5–10 мг/сут. • Фелодипин 2,5–10 мг/сут. 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Нифедипин 30–90 мг/сут. 	Применять только пролонгированные формы
Нитраты		
Приступы стенокардии, ухудшающие качество жизни	<ul style="list-style-type: none"> • Нитроглицерин 0,3–1,5 мг во время приступа • Изосорбида динитрат 2,5–40 мг/сут. во время приступа /для профилактики приступов • Изосорбида мононитрат 20–40 мг/сут. 	Показаны при отказе больного от реваскуляризации или невозможности ее проведения Пролонгированные нитраты не являются препаратами первого выбора, присоединяются к β-адреноблокаторам или антагонистам Са-каналов

Показания для госпитализации:

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

ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ

(J44)

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)

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;
- клинический анализ мочи;
- общий анализ мокроты.

Обязательные инструментальные исследования:

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

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 декомпенсации заболевания (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;
- СРБ;
- рентгенография органов грудной клетки один раз за период;
- 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 (1 год)

Кратность осмотра

1 раз в год.

Обязательные лабораторные исследования 1 раз в год:

- клинический анализ крови;
- клинический анализ мочи;
- 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.
Стоматолог.
ЛОР.

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



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/сут 2 раза в сутки Индакатерол 150–300 мкг/сут. 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/сут. 1 раз в сутки 	Применяются как изолированно, так и в комбинации с другими препаратами

Хроническая обструктивная болезнь легких

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
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 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 125/25мкг 2–4 раза в сутки • Флутиказона фураат/Вилантерол 92/22 мкг 1–2 дозы 1 раз в сутки 	

Медикаментозная терапия при обострении

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Усиление кашля и отхождения мокроты без усиления одышки и падения сатурации	<ul style="list-style-type: none"> • 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) • Азитромицин 500 мг 1 раз в сут. 	Амбулаторное лечение
	<ul style="list-style-type: none"> • Ацетилцистеин 600–1200 мг/сут. • Амброксол 60–90 мг/сут. • Бромгексин 12–24 мг/сут. 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Сальбутамол 100–200 мкг на прием по потребности • Фенотерол 100–200 мкг на прием по потребности • Фенотерол/ипратропий 2 инг. дозы на прием по потребности г/сут. 	

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
<p>Усиление одышки, снижение переносимости повседневных нагрузок умеренное с признаками гнойного воспаления или без них, возможно небольшое снижение сатурации крови до 93%</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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) • Левофлоксацин 500 мг/сут. • Моксифлоксацин 400 мг/сут. внутрь • Цефтриаксон 1–4 г/сут. <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Ацетилцистеин 600 мг/сут. • Амброксол 60–90 мг/сут. • Бромгексин 1–24 мг/сут. <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Сальбутамол 100–200 мкг на прием по потребности • Фенотерол/ипратропий 2 инг. дозы на прием по потребности 	<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 крови ниже 90%</p>		<p>Лечение в стационарных условиях. При невозможности госпитализации требуется ежедневный контроль за состоянием пациента.</p>
<p>Быстрое ухудшение состояния, стремительное нарастание одышки</p>		

ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

(I50.0, 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

Диагностика заболевания

Для постановки диагноза хроническая сердечная недостаточность (ХСН) со сниженной фракцией выброса (ФВ<40%) ЛЖ обязательно выявление минимум 3 ее компонентов:

- симптомы, типичные для ХСН (1 из нижеперечисленных);
- клинические признаки, специфичные для ХСН (1 из нижеперечисленных);
- ФВ ЛЖ<40%.

Для постановки диагноза ХСН с сохранной и умеренно сниженной ФВ ЛЖ (≥40%) обязательно выполнение минимум 4 условий:

- симптомы, типичные для ХСН (1 из нижеперечисленных);
- клинические признаки, специфичные для ХСН (1 из нижеперечисленных);
- повышение BNP или NT-proBNP;
- ФВ ЛЖ >40%;
- соответствующие структурные изменения сердца (гипертрофия ЛЖ и/или расширение левого предсердия) и/или диастолическая дисфункция ЛЖ.

Типичные симптомы ХСН:

- одышка;
- ортопноэ, ночные приступы сердечной астмы;
- плохая переносимость физической нагрузки;
- утомляемость, усталость, увеличение времени восстановления после прекращения нагрузки;
- отек лодыжек.

Специфичные признаки ХСН:

- набухание шейных вен;
- гепатоюгулярный рефлюкс;
- третий тон сердца (ритм галопа);
- смещение верхушечного толчка влево.

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

Обязательные лабораторные исследования:

- клинический анализ крови;
- биохимический анализ крови (натрий, калий, мочевины, креатинин с расчетом СКФ, общий билирубин, АЛТ, АСТ, глюкоза);

- общий холестерин, ЛПНП, ЛПВП, ТГ, ТТГ.

Обязательные инструментальные исследования:

- ЭКГ;
- Эхо-КГ;
- 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;
- 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, Эхо-КГ.

Консультации специалистов

Кардиолог:

- сохраняющаяся симптоматика, несмотря на ОМТ;
- ФВ ЛЖ меньше 35%;
- QRS больше 130 мс;
- возможность хирургического лечения основного заболевания.

Лечение

Все больные ХСН с QRS больше 130мс и ФВ ЛЖ $\leq 35\%$ направляется 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.; 	Средство скорой помощи
	<ul style="list-style-type: none"> • Эналаприл 5 мг–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		

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
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 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 ХСН несмотря на лечение иАПФ и β-блокаторами, с ФВ ЛЖ ≤ 35% с целью снижения риска госпитализации по поводу СН и смерти	• Спиринолактон 25–50 мг/сут.	Контроль калия и креатинина!
	• Эплеренон 25–50 мг/сут.	Контроль калия и креатинина!
Ангиотензиновых рецепторов и неприлизина ингибиторы (АРНИ)		
Пациентам с симптоматикой ХСН с ФВ ЛЖ ≤ 35% 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.) с целью снижения риска госпитализации по поводу СН и смерти	• АРНИ (валсартан/сакубитрил) 100–200 мг 2 раза в день	Назначаются кардиологом
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.	

ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ

(К 29.3-К29.7)

Выявление пациента
с данным заболеванием

Терапевт (ВОП)

Установление диагноза

Терапевт (ВОП). По результату морфологического исследования

Назначение медикаментозного
и немедикаментозного метода лечения

Терапевт (ВОП). При неэффективности терапии – консультация гастроэнтеролога

Наблюдение за эффективностью лечения

Терапевт (ВОП)

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;
- не инвазивная диагностика *H. pylori*:
 - ¹³C-уреазный дыхательный тест или определение антигена *H. pylori* в кале (при наличии в МО). Могут быть ложно-отрицательными 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).

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:

Гастроэнтеролога – 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 год.

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. • Пантопризол 40–80 мг/сут. • Рабепразол 10–20 мг/сут. • Эзомепразол 20–40 мг/сут. • Лансопризол 30 мг/сут. 	Входят в схему эрадикационной терапии. Длительность лечения определяется индивидуально
Гастропротекторы		
Обладают противовоспалительным эффектом	<ul style="list-style-type: none"> • Висмута трикалиядицитрат 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, пантопризол 40 мг, эзомепразол 20 мг, рабепразол 20 мг или лансопризол 30 мг)* 2 раза в день за 30 минут до приема пищи	амоксциллин 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, лансопризол и пантопризол.

Хронический гастрит

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.

ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ

(K73.8)

Выявление пациента
с данным заболеванием

Терапевт/ВОП

Установление диагноза

Гастроэнтеролог

Назначение медикаментозного
и немедикаментозного метода лечения

Гастроэнтеролог

Наблюдение за эффективностью лечения

Терапевт/ВОП

Диагностика заболевания

Для диагностики заболевания необходимо наличие одного из двух первых симптомов заболевания и не менее одного признака по данным УЗИ.

Симптомы заболевания:

- астенический синдром: слабость, повышенная утомляемость;
- отклонения от нормы в биохимических показателях крови: АЛТ, АСТ;
- увеличение печени и/или селезенки, выявленные при осмотре или по данным УЗИ (анамнестически).

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные лабораторные исследования:

- клинический анализ крови;
- биохимическое исследование крови: глюкоза, общий холестерин, билирубин общий и прямой, АЛТ, АСТ, общий белок, альбумин щелочная фосфатаза;
- МНО, протромбин по Квику;
- анализ крови на ВИЧ, сифилис, гепатиты В и С.

Обязательные инструментальные исследования:

- УЗИ органов брюшной полости: печени; селезенки; определение диаметра воротной и селезеночной вен; наличие/отсутствие свободной жидкости;
- ЭКГ.

Консультации специалистов

Гастроэнтеролог.

Инфекционист – при выявлении анти-HCV и/или HBsAg (согласно приказу ДЗМ № 67 от 03.02.2016 «О дальнейшем совершенствовании организации оказания специализированной медицинской помощи больным хроническими вирусными гепатитами В и С и циррозами печени вирусной этиологии в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы».

Действия терапевта (ВОП) при декомпенсации заболевания до нормализации/повышения уровня печеночных ферментов не более 2-2.5 норм (период подбора/коррекции терапии)

Кратность осмотра

1 раз в 2 недели.

Обязательные лабораторно-инструментальные исследования:

- клинический анализ крови – в начале лечения и через 10-14 дней (если были отклонения);
- биохимический анализ крови (общий холестерин, альбумин, АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза, билирубин общий и прямой, протромбин) – в начале лечения и через 10-14 дней (если были отклонения);
- УЗИ органов брюшной полости – в начале лечения, чаще – по показаниям.

Консультации специалистов

Гастроэнтеролога (для назначения лечения и при его неэффективности).

Диспансерное наблюдение (пожизненно)

Кратность осмотра терапевта

1 раз в 6 мес.

Обязательные лабораторные исследования:

- клинический анализ крови с подсчетом числа тромбоцитов – 1 раз в 6 мес;
- биохимический анализ крови: глюкоза, общий холестерин, альбумин, АЛТ, АСТ, ГГТ, щелочная фосфатаза, билирубин общий и прямой, мочевина, креатинин – 1 раз в 6 мес.;

- протромбин по Квику – 1 раза в год (чаще – по показаниям);
- альфа-фетопротеин – 1 раза в год (чаще – по показаниям).

Обязательные инструментальные исследования:

УЗИ органов брюшной полости – 1 раз в год.

Консультации специалистов

Гастроэнтеролог:

- при неосложненном течении – 1 раз в год;
- при осложненном течении – 2 раза в год.

Лечение

Соблюдение диеты и режима питания:

Исключение алкоголя.

Медикаментозное лечение

(назначение осуществляет гастроэнтеролог)

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Гепатопротекторы		
Купирование цитолитического синдрома, холестатического синдрома	- Адеметионин 800–1600 мг/сут. - Препараты расторопши 70–210 мг/сут. - УДХК 500–1500 мг/сут. - Глицирризиновая кислота (при гепатитах вирусной этиологии) 105–210 мг/сут.	Доза подбирается индивидуально, начиная с самой низкой эффективной

ХРОНИЧЕСКИЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЙ НЕФРИТ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ПРИРОДЫ

(ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ – N11)

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

Диагностика заболевания

Для диагностики заболевания обязательно выявление повышения температуры тела и лейкоцитурия.

Симптомы заболевания, имеющие диагностическое значение:

- повышение температуры, сопровождающееся ознобами;
- дизурия;
- возможно боли в поясничной области.

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные лабораторные исследования:

- клинический анализ мочи;
- клинический анализ крови;
- креатинин крови.

Обязательные инструментальные исследования:

УЗИ почек.

Консультации специалистов

Уролог (при наличии дизурии, при выявлении патологических изменений при ультразвуковом исследовании почек: нефролитиаз, нефроптоз, нарушение уродинамики любой этиологии, в том числе – расширение чашечно-лоханочной системы, аномалия развития мочевой системы).

Нефролог (при повышении креатинина в плазме крови).

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

Кратность осмотра

1 раз в 3 дня, при активной инфекции мочевыводящих путей.

Обязательные лабораторно-инструментальные исследования:

- клинический анализ мочи – каждые 3-5 дней (до нормализации показателей);
- клинический анализ крови;
- СРБ.

Консультации специалистов

Уролог (при выявлении патологических изменений при УЗ-исследовании почек: нефролитиаз, нефроптоз, нарушение уродинамики любой этиологии, в том числе – расширение чашечно-лоханочной системы, аномалия развития мочевой системы).

Нефролог (при повышении креатинина в плазме крови).

Диспансерное наблюдение (пожизненно)

Кратность осмотра

1 раз в год.

Обязательные лабораторно-инструментальные исследования:

- клинический анализ мочи;
- УЗИ почек.

Консультации специалистов

Уролог.

Лечение

Изменение образа жизни

Ограничить потребление натрия, при сопутствующей артериальной гипертензии.

Медикаментозное лечение (активной инфекции мочевыводящих путей)

Показания к назначению/ группы препаратов	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Этиология возбудителя неизвестна Антибактериальные препа- раты	<ul style="list-style-type: none"> • Ципрофлоксацин 500 мг 2 раза в сутки или • Левофлоксацин по 500 мг 2 раза в сутки 	Длительность лечения: 7–10 дней Противопоказан при беремен- ности
	<ul style="list-style-type: none"> • Амоксициллин/клавуланат 875 мг+125 мг 2 раза в сутки • Цефиксим 400 мг 1 раз в сутки 	Длительность лечения: 7–10 дней У беременных (категория безо- пасности по FDA – В)
	<ul style="list-style-type: none"> • Нитрофурантоин 100 мг/сут. • Фосфомицин трометамол 3,0 г 1 раз в 10 дней 	При рецидивирующих не- осложненных ИМВП у женщин, рекомендации по антимикроб- ной профилактике (I, класс рекомендаций A)
Энтеробактерии (E.coli, Kl.pneumonia, P.mirabilis, Enterobacter cloacae): Антибактериальные препа- раты	<ul style="list-style-type: none"> • Офлоксацин 400 мг 2 раза в сутки • Ципрофлоксацин 500 мг 2 раза в сутки 	Длительность лечения: 7–10 дней При наличии чувствительности к фторхинолонам
	<ul style="list-style-type: none"> • Амоксициллин/клавуланат 875 мг+125 мг 2 раза в сутки • Цефиксим 400 мг 1 раз в сутки 	Длительность лечения: 7–10 дней При беременности, если есть чувствительность к цефалоспо- ринам и ингибитор-защищенным аминопенициллинам (ИЗАП):
	<ul style="list-style-type: none"> • Эртапенем 1,0 г 1 раз в сутки в/в или в/м 	При наличии устойчивости к цефалоспорином III генерации и ассоциированной устойчи- вости к ИЗАП, фторхинолонам, аминогликозидам
Enterococcus faecalis Антибактериальные препа- раты	<ul style="list-style-type: none"> • Амоксициллин/клавуланат 875 мг+125 мг 2 раза в сутки 	Длительность лечения: 7–10 дней

Показания к назначению/ группы препаратов	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Enterococcus faecium Антибактериальные препараты	<ul style="list-style-type: none"> • Линезолид 600 мг 2 раза в сутки 	
Ps.aeruginosa Антибактериальные препараты	<ul style="list-style-type: none"> • Цефтазидим 2,0 г 3 раза в сутки • Цефепим 2,0 г 2 раза в сутки • Пиперациллин/тазобактам 4,5 г 3–4 раза в сутки + • Амикацин 15-20 мг/кг/сут. или • Дорипенем 0,5 г 3 раза в сутки внутривенно капельно 	
Симптоматическая терапия при болевом синдроме Спазмолитики	<ul style="list-style-type: none"> • Дротаверин 120 мг/сут. 	Применяется исключительно при болях при мочеиспускании

Немедикаментозное лечение (при необходимости)

Потребление до трех литров жидкости в сутки.

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)

Диагностика заболевания

Для диагностики заболевания необходимо наличие одного из клинических симптомов заболевания и не менее одного признака по данным УЗИ поджелудочной железы.

Симптомы заболевания:

- болевой синдром: постпрандиальные или постоянные боли в эпигастральной области и/или в левом подреберье, могут носить опоясывающий характер, иррадиировать в спину, левое плечо, левую лопатку, левую половину грудной клетки;
- диспепсический синдром: снижение аппетита, тошнота, рвота, метеоризм, нарушения стула (в зависимости от стадии заболевания) – чередование запоров и поносов, диарея;
- синдром экзокринной недостаточности поджелудочной железы: стеаторея, снижение массы тела/индекса массы тела; 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 анализ кала.

Обязательные инструментальные исследования:

- ЭКГ;
- УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Консультации специалистов

Гастроэнтеролог.

Хирург (при воспалительных изменениях в анализе крови: лейкоцитоз, п/я сдвиг, увеличение СОЭ; гиперферментемия, гиперамилазурии); а также при подозрении на наличие любого осложнения со стороны поджелудочной железы и её 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 (по показаниям);
- УЗИ органов брюшной полости – 1 раз, при выявлении осложнений – решается индивидуально при каждом осмотре;
- КТ органов брюшной полости и малого таза с контрастным усилением (при осложненном течении).

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 псевдокист (кровотечение, нагноение, перфорации), механической желтухи, холангита, стеноза двенадцатиперстной кишки).

**Диспансерное наблюдение
(при неосложненном течении
и отсутствие рецидивов – в течение 5 лет;
при осложненном течении, нарушении
функции поджелудочной железы –
пожизненно)**

Кратность осмотра

1 раз 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.

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
Лиферментные препараты		
Коррекция экзокринной функции при отсутствии внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы	<ul style="list-style-type: none"> • Минимикросферы или микроаблетки панкреатина 30 000–50 000 Ед липазы/сут. 	По 10 000 Ед липазы на каждый прием пищи Продолжительность определяется индивидуально
Коррекция экзокринной функции при наличии внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы	<ul style="list-style-type: none"> • Минимикросферы или микроаблетки панкреатина более 100 000 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

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
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 мг–80 мг/сут. • Пантопразол 40–80 мг/сут. • Рабепразол 10–20 мг/сут. • Эзомепразол 20–40 мг/сут. • Лансопразол 30 мг/сут. 	<p>Не рекомендуются для лечения боли при хроническом панкреатите.</p> <p>Показаны при недостаточной эффективности адекватной дозы ферментной терапии (назначается гастроэнтерологом) и при назначении НПВП больным с факторами риска ЖКК</p>

Плановое хирургическое лечение

Показано при наличии псевдокист, панкреатической гипертензии, вирусно-голитиаза, билиарной и портальной гипертензии.

ХРОНИЧЕСКИЙ ТОНЗИЛЛИТ

(J35.0)

Выявление пациента
с данным заболеванием

Терапевт /ВОП

Установление диагноза

Оториноларинголог

Назначение медикаментозного
и немедикаментозного метода лечения

фаза активности – терапевт /ВОП, оториноларинголог

Наблюдение за эффективностью лечения

фаза активности – терапевт /ВОП, оториноларинголог

Диагностика заболевания

Для диагностики заболевания обязательно наличие ангин в анамнезе (≥ 2 раз в год), наличие казеозных пробок в лакунах миндалин, утолщение и гиперемия краев небных дужек, паратонзиллит, паратонзиллярный абсцесс в анамнезе, наличие сопряженных заболеваний.

Симптомы заболевания, имеющие диагностическое значение:

- боль и ощущение инородного тела в горле;
- длительный субфебрилитет;
- увеличение лимфатических узлов шеи.

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные лабораторные исследования:

- клинический анализ мочи;
- биохимическое исследование крови: ASLO, ревматоидный фактор, СРБ.

Обязательные лабораторно-инструментальные исследования

ЭКГ.

Консультации специалистов

Оториноларинголог.

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

Кратность осмотра

1 раз в 5 дней.

Лабораторно-инструментальные исследования:

- клинический анализ крови;
- клинический анализ мочи;
- ЭКГ.

Консультации специалистов

Оториноларинголог.

**Диспансерное наблюдение
(простая форма – 2 года; ТАФ 1 и ТАФ 2–1
год или 6 мес. после тонзиллэктомии)**

Простая форма хронического тонзиллита

Кратность осмотра

1 раз в год.

Обязательные лабораторно-инструментальные исследования

Не требуются.

Консультации специалистов

Оториноларинголог – 1 раз в год.

ТАФ 1 и ТАФ 2

Кратность осмотра

2 раза в год.

Обязательные лабораторно-инструментальные исследования

Не требуются.

Консультации специалистов

Оториноларинголог – 2 раза в год.

Лечение

Изменение образа жизни:

- отказ от холодных напитков;
- регулярные аэробные физические нагрузки.

Медикаментозная терапия хронического тонзиллита в фазе активности

Показания к назначению/ группы препаратов	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Системная антибактериальная терапия		
Хронический тонзиллит в фазе активности и при выраженном синдроме общей интоксикации/ Системные антибактериальные препараты	Средства 1-й линии	Продолжительность определяется индивидуально – не менее 3–5 дней после нормализации температуры, но не более 14 дней
	• Амоксициллин 1,5 г/сут. • Амоксициллин/клавуланат 2 г/сут. внутрь	
	Средства 2-й линии	
	• Феноксиметилпенициллин 1,5г/сут. • Бензатин пенициллин в/м 2,4 млн. ЕД однократно (тяжелое течение стрептококковой инфекции) • Цефуроксимаксетил 1,0 г/сут. • Цефуроксим 0,4 г/сут. • Цефтибутен 0,4 г/сут. • Цефдиторен 0,4 г/сут.	
Средства 3-й линии		
	- Джозамицин 2,0 г/сут. - Кларитромицин 1,0 г/сут. - Клиндамицин 0,9 г/сут.	

Показания к назначению/ группы препаратов	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Местная противовоспалительная терапия		
При хроническом тонзиллите в фазе активности, наличии пробок в миндалинах, гиперемии слизистой оболочки ротоглотки/антисептики	<ul style="list-style-type: none"> • Нитрофурал • Хлоргексидин • Мирамистин+Бензилдиметил • [3-(миристоиламино)пропил] аммоний хлорид моногидрат 	
Купирование болевого синдрома		
Боль в горле/ Нестероидные противовоспалительные препараты	<ul style="list-style-type: none"> • Ибупрофен 1200 мг/сут. • Диклофенак натрия 50-150 мг/сут. 	Доза подбирается индивидуально, начиная с самой низкой эффективной
Общеукрепляющая терапия		
Повышение иммунитета/ Витамины	<ul style="list-style-type: none"> • Аскорбиновая кислота 500 мг/сут. 	Общеукрепляющее, антиоксидантное действие

Немедикаментозное лечение

Полоскание горла растворами растительных препаратов (отвар ромашки, шалфея), орошение солевым раствором.

ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

(К 81.1)

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)

Диагностика заболевания

Для диагностики заболевания необходимо наличие не менее одного клинического симптома заболевания и не менее одного признака по данным УЗИ желчных путей.

Симптомы заболевания:

- болевой синдром: постпрандиальные или постоянные боли в правом подреберье и/или эпигастрии;
- диспепсический синдром: тошнота, горечь во рту.

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные лабораторные исследования:

- клинический анализ крови;
- биохимическое исследование крови: общий и прямой билирубин, АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза, ГГТ.

Обязательные инструментальные исследования:

- ЭКГ;
- УЗИ органов брюшной полости.

Консультации специалистов

Гастроэнтеролог (при сложности дифференциальной диагностики и неэффективности лечения).

Хирург (при наличии воспалительных изменений в клиническом анализе крови и по данным УЗИ).

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 (АЛТ, АСТ, ГГТ, щелочная фосфатаза, общий и прямой билирубин) – в начале лечения и через 7–10 дней (если были отклонения);
- УЗИ органов брюшной полости – 1 раз, при выявлении осложнений – решается индивидуально при каждом осмотре.

Консультации специалистов

Гастроэнтеролог (при неэффективности лечения).

Хирург (при сохраняющемся болевом синдроме и осложненном течении).

Диспансерное наблюдение (при неосложненном течении и отсутствии рецидивов – в течение трех лет)

Кратность осмотра

1 раз в 6 мес.

Обязательные лабораторные исследования:

- клинический анализ крови – 1 раз в год;
- биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, ГГТ, щелочная фосфатаза, билирубин общий и прямой) – 1 раз в год.

Обязательные инструментальные исследования

УЗИ органов брюшной полости – 1 раз в год.

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: непротертые супы, мясо, рыба и птица в отварном и тушеном виде, включается клетчатка в сыром виде (овощи, фрукты), ограничивается количество животных жиров;
- исключение алкоголя и табакокурения.

Медикаментозное лечение**(назначение осуществляет гастроэнтеролог)**

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Спазмолитики		
Купирование болевого синдрома	<ul style="list-style-type: none"> • Дротаверина гидрохлорид 120–240 мг/сут. • Мебеверин 200–400 мг/сут. • Гемикромон 600–1200 мг/сут. 	
Желчегонные препараты		
Элиминация билиарного сладжа 1-й стадии	<ul style="list-style-type: none"> • УДХК 500–1250 мг/сут. • Холензим 0,3–0,9 г/сут. • Экстракт из листьев артишока полевого 1200 мг/сут. • Экстракт дымянки + сухой экстракт расторопши 825/249 мг/сут. 	Препараты УДХК назначаются из расчета 10–15 мг на кг массы тела

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Антимикробные препараты		
Купирование воспалительного процесса	<ul style="list-style-type: none"> • Амоксициллин/клавуланат в/в 1,2 г 3–4 р/сутки или • Ампициллин/сульбактам в/в 1,5 г 4 р/сутки до исчезновения признаков воспалительного процесса или • Метронидазол в/в 500 мг 3 р/сутки + • Цефотаксим в/в или в/м 2 г 2–3 р/сутки или • Цефтриаксон в/в или в/м 2 г/сутки или • Цефуросим в/в или в/м 1,5 г 3 р/сутки или • Цефепим в/в или в/м 2 г 2 р/сутки или • Левофлоксацин в/в 500 мг 1–2 р/сутки или • Ципрофлоксацин в/в 400 мг 2 р/сутки или • Пефлоксацин в/в 400 мг 2 р/сутки до исчезновения признаков воспалительного процесса или • Цефоперазон/сульбактам в/в или в/м 2 г 2 р/сутки до исчезновения признаков воспалительного процесса 	При наличии воспалительных изменений в клиническом анализе крови и эхографических изменений (слоистость и утолщение стенки желчного пузыря)
Прокинетики		
Устранение моторных нарушений желчных путей	<ul style="list-style-type: none"> • Итоприд 150–300 мг/сут. • Метоклопромид 30 мг/сут. • Домперидон 30 мг/сут. 	При сниженной сократительной функции желчного пузыря

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И/ИЛИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

(К 25; К 26)

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)

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 ложно-отрицательными 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 и из антрального отдела желудка выявления *H. pylori*

- (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 психоэмоциональной 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:

- ЭГДС через 2 недели от начала лечения (при отсутствии положительной

- эндоскопической динамики обязательная повторная биопсия);
- 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 не рубцующейся 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, 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, 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.

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 и/или препаратом висмута трикалия дицитратом проводится до подтвержденного при ЭГДС-контроле рубцевания язвы;
- при достоверном подтверждении отсутствия *H. pylori* – терапия ИПП и/или препаратом висмута трикалия дицитратом проводится в течение 4 недель, с последующим ЭГДС-контролем;
- 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.



Подготовка
к инструментальным
методам
исследования

УЗИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Перечень документов для исследования

- Направление (форма № 057/у) и выписка из МКАБ (форма № 027/у) – если исследование будет проводиться в другом здании поликлиники или другой МО.
- Данные предыдущих исследований/стационарного лечения – если имеются.

Подготовка пациента

- Исследование проводится натощак – за 6 часов до процедуры нельзя есть и пить.
- За 3 дня до предстоящего исследования рекомендована легкая диета: исключаются продукты, усиливающие перистальтику кишечника и газообразование (мучные изделия, черный хлеб, сырые овощи и фрукты, бобовые, молоко, соки, газированные и алкогольные напитки).
- При повышенном газообразовании рекомендовать пациенту в течение трех дней принимать препараты-адсорбенты (активированный уголь, лигнин гидролизный, кремния диоксид коллоидный).
- За 3 дня до процедуры не проводить рентгеновские исследования с барием.
- За сутки до исследования не проводить гастроскопию, колоноскопию, клизмы.

УЗИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Перечень документов для исследования

- Направление (форма № 057/у) и выписка из МКАБ (форма № 027/у) – если исследование будет проводиться в другом здании поликлиники или другой МО.
- Данные предыдущих исследований/стационарного лечения – если имеются.

Подготовка пациента

- Для женщин репродуктивного возраста исследование желательно проводить на 5–7 день цикла (считая от первого дня начала менструации), при отсутствии специальных назначений гинеколога.
- Для женщин в менопаузе исследование можно проводить в любое время.

ТРУЗИ

Обязательный перечень документов для исследования

- Направление (форма № 057/у) и выписка из МКАБ (форма № 027/у) – если исследование будет проводиться в другом здании поликлиники или другой МО.
- Данные предыдущих исследований/стационарного лечения – если имеются.

Подготовка пациента

- Нельзя проводить ТРУЗИ предстательной железы при анальных трещинах.

УЗИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Обязательный перечень документов для исследования

- Направление (форма № 057/у) и выписка из МКАБ (форма № 027/у) – если исследование будет проводиться в другом здании поликлиники или другой МО.
- Данные предыдущих исследований/стационарного лечения – если имеются.

Подготовка пациента

- Для женщин репродуктивного возраста исследование желательно проводить на 5–10-й день цикла (считая от первого дня начала менструации).
- Для женщин в менопаузе исследование можно проводить в любое удобное время.

МАММОГРАФИЯ

Обязательный перечень документов для исследования

- Направление (форма N° 057/у) и выписка из МКАБ (форма N° 027/у) – если исследование будет проводиться в другом здании поликлиники или другой МО.
- Данные предыдущих исследований/стационарного лечения – если имеются.

Подготовка пациента

- Для женщин репродуктивного возраста исследование желательно проводить с 6-го по 11-й день менструального цикла.
- Для женщин в менопаузе исследование можно проводить в любое удобное время.
- В день исследования рекомендовать пациенту не использовать дезодоранты на основе талька и мази на основе цинка.

ЭГДС

Обязательный перечень документов для исследования

- Направление (форма № 057/у) и выписка из МКАБ (форма № 027/у) – если исследование будет проводиться в другом здании поликлиники или другой МО.
- Данные предыдущих исследований/стационарного лечения – если имеются.
- Результаты анализов: RW, ВИЧ, Гепатит В и С сроком давности не менее 6 мес. ОАК и Коагулограмма – по необходимости.

Подготовка пациента

- Исследование проводится строго натощак! Последний прием пищи – накануне вечером не позднее 19:00.
- Если пациент постоянно принимает какие-либо препараты, их нужно принять за три часа до исследования, запив небольшим количеством воды!
- Если пациент принимает препараты, влияющие на свертываемость крови (антикоагулянты: гепарин, натрия гидроцитрат, неодикумарин, синкумар; антиагрегантные средства: ацетилсалициловая кислота, дипиридамол, пентоксифиллин, тиклопидин), необходимо накануне проконсультироваться с врачом, назначившим эти лекарственные средства, с решением вопроса о предстоящем исследовании с возможной биопсией.
- За 5 дней до процедуры пациенту необходимо избегать приема железосодержащих препаратов, активированного угля, висмут содержащих препаратов.
- Важно: пациентам с эпилепсией выполнение ЭГДС показано только в условиях внутривенной седации! Пациентам с аритмией, перенесенным инфарктом миокарда, инсультом следует накануне проконсультироваться с кардиологом и неврологом. Пациентам с сахарным диабетом необходимо записаться на ЭГДС в утренние часы и взять принимаемые лекарственные препараты с собой (таблетированные формы, инсулин). Обязательно проконтролировать уровень глюкозы перед исследованием. Проверить уровень глюкозы крови утром перед исследованием. Пациентам с бронхиальной астмой необходимо взять с собой ингалятор.

КОЛОНОСКОПИЯ

Обязательный перечень документов для исследования

- Направление (форма N° 057/у) и выписка из МКАБ (форма N° 027/у) – если исследование будет проводиться в другом здании поликлиники или другой МО.
- Данные предыдущих исследований/стационарного лечения – если имеются.
- Результаты анализов: RW, ВИЧ, Гепатит В и С сроком давности не менее 6 мес. ОАК и Коагулограмма – по необходимости.

Подготовка пациента

- За 3 дня до исследования необходимо соблюдение диеты с низким содержанием клетчатки. Разрешается молоко, сыр, сметана, сливочное масло, йогурт без добавок и наполнителей, кисломолочные продукты; мясо, птица и рыба нежирных сортов (в отварном, паровом или тушеном виде); макаронные изделия; хорошо проваренный белый рис без добавок, яйца, сахар, мед (не в сотах). Разрешенные продукты не должны содержать мелкие косточки, зерна, семена, отруби. Жидкости: бульоны (прозрачные, процеженные), сок без мякоти, чай, вода, безалкогольные неокрашенные напитки. Исключаются: сосиски, колбасы, жесткое мясо с хрящами, консервы; овощи, включая картофель, зелень, грибы, морская капуста, морские водоросли; фрукты, включая сухофрукты, ягоды, варенье, желе, джем, мармелад; все хлебобулочные и мучные изделия, крупы, каши, злаковые, бобовые; орехи, семечки, кунжут, мак (в любом виде, в том числе и в сушках, булочках и т.д, морепродукты, чипсы, гамбургеры, шоколад. Жидкости: алкоголь, газированные напитки, кофе, компот, кисель.
- Накануне исследования принимать пищу можно до 13:00, далее пить прозрачные жидкости в любом количестве: утром – легкий завтрак (согласно списку разрешенных продуктов), до 13:00 – обед (также согласно списку разрешенных продуктов), ужин – только разрешенные жидкости (прозрачные бульоны, чай, сок без мякоти, вода, безалко-

гольные неокрашенные напитки). Прием твердой пищи рекомендуется полностью исключить.

- Утром в день исследования после окончания подготовки можно выпить сладкий чай, прозрачные жидкости. Прекратить прием всех жидкостей следует не позже, чем за 2 часа до исследования.

Прием очищающих препаратов.

- Препарат для очищения кишечника – предпочтение отдается малообъемным препаратам, например малообъемный макрогол 3350 (полиэтиленгликоль 3350/ПЭГ 3350) с аскорбатным комплексом – препарат мовипреп (2 литра). Пеногаситель – симетикон.
- Если колоноскопия назначена с 8:00 до 14:00, проводится двухэтапная подготовка. Вечером накануне исследования необходимо выпить 1 литр мовипрепа с 18:00 до 19:00 (или с 19:00 до 20:00), после чего выпить еще 500 мл разрешенной жидкости (вода, прозрачный бульон, фруктовый сок без мякоти, компот без ягод, безалкогольные неокрашенные напитки, чай). Утром в день исследования выпить еще 1 литр мовипрепа (с 6:00 до 7:00, если исследование назначено на 10:00 или 11:00), в который необходимо добавит 1/4 флакона эмульсии симетикона (сироп, т.е. жидкая форма! Не таблетки и не капсулы!), после чего выпить еще 500 мл разрешенной жидкости (вода, прозрачный бульон, фруктовый сок без мякоти, компот без ягод, безалкогольные неокрашенные напитки, чай). Время утреннего приема препаратов пациента выбрать таким образом, чтобы от момента окончания приема препарата до исследования прошло минимум 2 часа и максимум 4 часа.
- Если исследование назначено с 14:00 до 19:00. Утренняя одноэтапная подготовка. Утром в день исследования выпить 2 литра препарата (мовипреп) для очистки кишечника и после каждого литра еще по 500 мл разрешенной жидкости (вода, прозрачный бульон, фруктовый сок без мякоти, компот без ягод, безалкогольные неокрашенные напитки, чай), во второй литр необходимо добавить 1/4 флакона эмульсии симетикона (сироп, т.е. жидкая форма! Не таблетки и не капсулы!). Раствор следует пить дробно, небольшими глотками (залпом не пить!) по 250 мл (1 стакан) каждые 15 минут. В самом начале приема раствора препарата или при быстром его приеме в большом количестве может появиться тошнота, рвота.

При затруднении приема раствора препарата, связанном с его вкусовыми качествами, можно пить раствор охлажденным, через коктейльную трубочку (соломинку), в промежутках пить или запивать раствор небольшим количеством воды, сладкого чая, а также рассасывать леденцовую карамель (конфетки леденцы типа «барбарис»), мед, лимон и т.д. Облегчает прием добавление симетикона в раствор мовипрепа. Во время приема препарата рекомендуется соблюдать двигательную активность: ходить по квартире, выполнять круговые движения корпусом, наклоны в стороны, вперед-назад, приседания, можно выполнять самомассаж живота, особенно в случаях замедленного действия препарата. Препарат начинает действовать индивидуально: в среднем через 1–2 часа от начала приема появляется первый стул. Активное действие препарата продолжается индивидуально: в среднем в течение 2 часов (в это время будет интенсивный жидкий стул). К моменту окончания подготовки стул должен измениться на прозрачную бесцветную или слегка окрашенную жидкость, что свидетельствует о готовности к обследованию. Закончить прием препарата необходимо за 2–4 часа до назначенного времени исследования. Проведение исследования желательно в промежутке от 2 до 4 часов после окончания приема препарата.

- Важная дополнительная информация. Если пациент принимает препараты, нормализующие артериальное давление, сердечный ритм и т.д., прием их обязателен в обычном режиме! Прием данных препаратов рекомендуется не ранее, чем через 1 час после окончания приема мовипрепа. Если пациент принимает препараты, разжижающие кровь, необходимо указать это в МКАБ и предупредить об этом врача-эндоскописта до исследования.
- При хронических запорах – за 3–5 дней (в зависимости от выраженности запоров) до подготовки к исследованию начать принимать слабительные нерастительного происхождения (Гутталакс, Дульколак, Слабилен и т. д.), желательно по рекомендации врача-гастроэнтеролога. Диарея (жидкий стул) является ожидаемым эффектом при подготовке кишечника.
- Категорически нельзя уменьшать объем жидкости препарата для подготовки к исследованию.

- Не рекомендуется дополнительно (или вместо) проводить процедуру очищения толстой кишки клизмами.
- Не рекомендуется принимать вазелиновое масло, если предполагается проведение исследования под внутривенной анестезией.
- Не рекомендуется в день исследования водить машину, управлять какими-либо механизмами, принимать важные решения. Желательно, чтобы пациента встретили и проводили домой.

РЕНТГЕНОГРАФИЯ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ

Обязательный перечень документов для исследования

- Направление (форма № 057/у) и выписка из МКАБ (форма № 027/у) – если исследование будет проводиться в другом здании поликлиники или другой МО.
- Данные предыдущих исследований/стационарного лечения – если имеются.

Подготовка пациента

- Исследование выполняют строго натощак, нельзя ничего есть, пить, принимать спиртное, курить.
- Прием лекарственных препаратов перед исследованием согласовать с врачом, назначавшим данные лекарственные препараты.
- До выполнения исследования от момента последнего приема пищи должно пройти не меньше 6 часов.
- Накануне исследования – ранний легкий ужин, не позже 20:00.
- Накануне исследования нельзя есть продукты, вызывающие метеоризм, – капусту, бобовые, свежий хлеб, выпечку, сладости и так далее.

СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ЭКГ

Обязательный перечень документов для исследования

- Направление (форма № 057/у) и выписка из МКАБ (форма № 027/у) – если исследование будет проводиться в другом здании поликлиники или другой МО.
- Данные предыдущих исследований/стационарного лечения – если имеются.

Подготовка пациента

Не требуется.

При проведении исследования пациенты должны соблюдать следующие рекомендации:

- в течение всех суток необходимо заполнять дневник пациента;
- необходимо описывать в столбце активность, что делал, с обязательным указанием времени: пробуждение, отдых, ходьба, транспорт, просмотр телевизора, чтение, принятие пищи, прогулка, бег, подъем по лестнице, сон, ночные пробуждения и др., с указанием времени в первом столбце;
- необходимо отмечать периоды отдыха в горизонтальном положении днем и уточнять те моменты, когда задремал;
- обязательно отмечать в столбце симптомы: боли в сердце, головную боль и т.д.;
- обязательно отмечать в столбце прием лекарств, прием всех лекарственных препаратов.

СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АД

Обязательный перечень документов для исследования

- Направление (форма № 057/у) и выписка из МКАБ (форма № 027/у) – если исследование будет проводиться в другом здании поликлиники или другой МО.
- Данные предыдущих исследований/стационарного лечения – если имеются.

Подготовка пациента

Не требуется.

Информация по проведению исследования

- Прибор будет измерять артериальное давление пациента, надувая надетую на плечо манжету и затем постепенно спуская из нее воздух. Измерения происходят автоматически через определенный интервал времени. Днем это 15 или 30 мин., ночью – 30 или 60 мин.

При проведении исследования пациенты должны соблюдать следующие рекомендации:

- следить за положением манжеты. Нижний край манжеты должен быть выше локтевого сгиба на 1–2 пальца. Если манжета соскользнула вниз на локоть, расстегнулась, или перекрутилась и надувается «пузырем» с одной стороны, необходимо ее поправить;
- необходимо останавливаться и держать руку, включая кисть и пальцы, расслабленной, каждый раз, как только слышен звуковой сигнал прибора или в манжету нагнетается воздух. В противном случае данное измерение может оказаться неудачным и прибор через 2–3 минуты может его повторить, что может привести к болевым ощущениям. Измерение заканчивается, когда воздух из манжеты полностью выйдет. Нужно следить, чтобы трубка, соединяющая монитор с манжетой, не пережималась;
- если измерение доставляет пациенту чрезмерный дискомфорт или невозможно обеспечить неподвижность руки, нужно нажать кнопку «СТОП». Следующее измерение будет выполняться через заданный интервал времени;

- для проведения дополнительного измерения (например, при симптомах подъема давления) нужно нажать кнопку «СТАРТ» на передней панели прибора. Если воздух из манжеты не стравливается полностью или есть признаки неисправности монитора, пациент может снять манжету, обязательно отсоединить ее от прибора и принести монитор в кабинет врача;
- если на мониторе нет индикации времени, значит, элементы питания разрядились и дальнейшая работа монитора невозможна. В этом случае выключите монитор и принесите его в кабинет врача;
- если пациенту необходимо на время снять манжету, обязательно нужно отсоединить ее от монитора. В противном случае она может порваться;
- в течение всех суток пациент должен заполнять дневник пациента;
- в столбце активность написать, что делал: пробуждение, отдых, ходьба, транспорт, просмотр телевизора, чтение, принятие пищи, прогулка, бег, подъем по лестнице, сон, ночные пробуждения и др., с указанием времени в первом столбце;
- обязательно отмечать периоды отдыха в горизонтальном положении днем и уточнять те моменты, когда задремал;
- обязательно отмечать в столбце симптомы боли в сердце, головную боль и т.д.
- обязательно отмечать в столбце прием лекарств, прием всех лекарственных препаратов.

При проведении ортопробы необходимо проинструктировать пациента

- Проба проводится либо в течение первых двух часов после начала мониторингования, либо в вечернее время (20–22 часа).
- В вертикальном положении пациент нажимает 3 раза кнопку «СТАРТ» с интервалом в 3 минуты между каждым нажатием, следуя при этом общим правилам поведения при измерении АД. Не стоит неподвижно стоять в ходе всего этого эпизода исследования, но обязательно оставаться в моменты измерения.
- Нужно перейти в горизонтальное положение. Через 1 мин. нажать первый раз кнопку «СТАРТ». С интервалом в 3 минуты 3 раза нажать кнопку «СТАРТ». Если при проведении пробы у пациента возникли неприятные ощущения, нужно зафиксировать их в дневнике.

НАГРУЗОЧНЫЕ ПРОБЫ (ТРЕДМИЛ-ТЕСТ, ВЭМ)

Обязательный перечень документов для исследования:

- Направление (форма № 057/у) и выписка из МКАБ (форма № 027/у) – если исследование будет проводиться в другом здании поликлиники или другой МО.
- Данные предыдущих исследований/стационарного лечения – если имеются.

Подготовка пациента

Необходимо отменить (или скорректировать терапию индивидуально) следующие препараты перед исследованием:

- бета-блокаторы – отмена за 48–72 часа до исследования;
- нитраты, вазоактивные препараты – отмена в день исследования;
- антиагреганты- контроль терапии.

Пациент должен взять с собой на исследование все постоянно принимаемые препараты. Адекватная коррекция показателей артериального давления на фоне временной отмены бета-адреноблокаторов – обязательное условие.

В день исследования:

- не сдавать анализы крови;
- не курить и не пить кофе за 2 часа до исследования;
- легкий завтрак – не позднее чем за 2 часа до исследования;
- мужчинам с интенсивным волосяным покровом желательно побрить грудь;
- взять спортивные брюки, носки, спортивную обувь.

Информация по проведению исследования

- Перед исследованием на тело пациента накладывают электроды, присоединенные к компьютеру. С их помощью записывается электрокардиограмма, отображающаяся на мониторе в режиме реального времени.
- Во время нагрузочного теста пациент крутит педали велотренажера. На каждой ступени исследования будет возрастать нагрузка. Продол-

жительность каждой ступени составляет 2–3 минуты. Перед исследованием и в ходе него медицинская сестра контролирует артериальное давление пациента. Врач наблюдает за электрокардиограммой исследуемого и его самочувствием.

- Причины прекращения стресс-теста:
 - появление симптомов, требующих прекратить нагрузку (боль в груди, слабость, одышка, хромота);
 - выраженная депрессия ST >2 мм;
 - элевация ST > 1 мм;
 - значимая аритмия;
 - устойчивое снижение систолического АД;
 - выраженная гипертензия (систолическое АД > 250 мм Hg или диастолическое АД >115 мм Hg) не указаны параметры ДАД;
 - достижение максимальной для данного пациента расчётной ЧСС;
 - отказ больного продолжать нагрузку. Если стресс-тест был прекращен при ЧСС $< 85\%$ от расчётной максимальной величины по причинам не связанным с ишемией (слабость, хромота, отказ пациента, гипертензия), то тест считается не действительным (т.е. на его основании нельзя исключать ИБС);
 - для оценки значимости у пациента ИБС и определения тактики лечения необходимо рассчитать индекс Дюка: время нагрузки – (5 x девиация ST) – (4 x индекс стенокардии). При индексе Дюка меньше -11, у больного высокий риск неблагоприятных сердечно-сосудистых событий. Необходимо решение вопроса о проведении коронарографии;
 - ЭКГ стресс-тест не имеет диагностического значения при исходной блокаде ЛНПГ, ритме стимулятора, синдроме WPW.
- Противопоказания для проведения стресс-теста:
 - ОКС;
 - гемодинамически значимые аритмии;
 - активный эндокардит;
 - симптоматический тяжёлый аортальный стеноз;
 - декомпенсированная сердечная недостаточность;
 - ТЭЛА;
 - активный миокардит или перикардит.

ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ

Обязательный перечень документов для исследования:

- Направление (форма № 057/у) и выписка из МКАБ (форма № 027/у) – если исследование будет проводиться в другом здании поликлиники или другой МО.
- Данные предыдущих исследований/стационарного лечения – если имеются.
- Данные результата ОАК.

Подготовка пациента

- Исследование проводится натощак или не ранее, чем через 1,5–2 часа после легкого завтрака.
- За 2 часа до исследования пациент не должен курить и пить кофе.
- Перед исследованием не пользоваться ингаляторами:
 - ингаляторы короткого действия (применяются до 4 раз в день) отменяются за 6 часов до исследования;
 - ингаляторы среднего срока действия (обычно применяются 2 раза в день, утром и вечером) отменяются за 12 часов до исследования;
 - ингаляторы длительного действия (применяются 1 раз в сутки) отменяются за 24 часа до исследования.
- Перед исследованием пациент должен избегать интенсивных физических нагрузок.
- На исследование пациенту необходимо прийти за 15–20 минут до начала, чтобы иметь возможность немного отдохнуть.

ЭКГ

Обязательный перечень документов для исследования

- Данные предыдущих исследований/стационарного лечения – если имеются.

Подготовка пациента

- Пациенту желательно выспаться, отказаться от утренних упражнений, принять душ и не наносить на тело лосьоны и кремы.
- Легкий завтрак, без кофе, чая и энергетических напитков за 1,5–2 часа до исследования.
- Не позднее чем за 1,5–2 часа до исследования исключить курение и физические нагрузки.
- Все лекарственные препараты пациент должен принимать без изменений.

ЭХО-КГ

Обязательный перечень документов для исследования

- Направление (форма № 057/у) и выписка из МКАБ (форма № 027/у) – если исследование будет проводиться в другом здании поликлиники или другой МО.
- Данные предыдущих исследований/стационарного лечения – если имеются.

Подготовка пациента:

- Не позднее чем за 1,5–2 часа до исследования – прием пищи без кофе, чая, энергетических напитков.
- За 1,5–2 часа до исследования пациенту рекомендуется не курить и не выполнять физических упражнений.
- Все лекарственные препараты пациент должен принимать без изменений.

ЦИСТОСКОПИЯ

Обязательный перечень документов для исследования

- Направление (форма № 057/у) и выписка из МКАБ (форма № 027/у) – если исследование будет проводиться в другом здании поликлиники или другой МО.
- Данные предыдущих исследований/стационарного лечения – если имеются.
- Данные УЗИ, МРТ, КТ – если есть.

Подготовка пациента

- За 2 часа до исследования пациенту необходимо отказаться от употребления пищи.
- Предупредить пациента, чтобы снял все металлические предметы в области гениталий (пирсинг).
- После исследования пациенту необходимо употреблять больше жидкости, чтобы увеличить объем выделяемой мочи.
- Предупредить пациента, что на протяжении 1–2 суток возможно появление крови в моче – это нормально. Также после исследования, возможны боли внизу живота, жжение в уретре.
- Рекомендовать пациенту не выполнять интенсивные физические нагрузки, например игра в теннис, бег трусцой или программы физической тренировки, в течение недели после процедуры.
- Предупредить пациента, чтобы незамедлительно сообщил лечащему врачу, если будут следующие симптомы: длительная задержка позывов к мочеиспусканию, постоянное присутствие в моче ярко-красной крови или кровяных сгустков, повышение температуры тела после цистоскопии, озноб, сопровождающийся дрожью, невозможность помочиться при наличии позывов к мочеиспусканию, учащенные позывы, которые сопровождаются ощущениями жжения и рези в мочеиспускательном канале, более трех дней, и боль в пояснице.

ОБЗОРНАЯ И ЭКСКРЕТОРНАЯ УРОГРАФИЯ

Обязательный перечень документов для исследования

- Направление (форма № 057/у) и выписка из МКАБ (форма № 027/у) – если исследование будет проводиться в другом здании поликлиники или другой МО.
- Данные предыдущих исследований/стационарного лечения – если имеются.
- биохимический анализ крови на уровень сывороточного креатинина у следующих групп пациентов:
 - в возрасте старше 60 лет;
 - имеющие в анамнезе заболевания почек (трансплантация, единственная почка, рак почки, операция на почках, воспалительные заболевания);
 - артериальную гипертензию, требующую медикаментозного лечения;
 - сахарный диабет;
 - подагру;
 - протеинурию/альбуминурию с уровнем А1 и выше;
 - недавний прием нефротоксических лекарственных средств (нестероидные противовоспалительные средства при хроническом применении в высоких дозах (более 1 грамма в день в течение более двух лет), диуретики при регулярном длительном приеме, циклоспорин, цисплатин, аминогликозиды, амфотерицин и др.).

Подготовка пациента

- За 3 дня до исследования рекомендовано соблюдение диеты с исключением продуктов, усиливающих перистальтику кишечника и газообразование (мучные изделия, черный хлеб, сырые овощи и фрукты, бобовые, молоко, соки, газированные напитки и другие).
- Выполнить очищение толстой кишки накануне и в день исследования (очистительная клизма или прием слабительного средства (Эндофальк/ Фортранс/ Мовипреп/ Лавакол/ Флит) по инструкции).
- Для пациентов, принимающих метформин-содержащие препараты, следует прекратить прием этих препаратов с момента введения контрастного средства, и возобновить прием через 48 ч после исследования.

КТ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И МАЛОГО ТАЗА

Обязательный перечень документов для исследования

- Направление (форма № 057/у) и выписка из МКАБ (форма № 027/у) – если исследование будет проводиться в другом здании поликлиники или другой МО.
- Данные предыдущих исследований/стационарного лечения – если имеются.
- Данные УЗИ, МРТ, КТ – если есть.

Подготовка пациента

- За 2 часа до исследования пациенту необходимо отказаться от употребления пищи.
- Предупредить пациента снять все металлические предметы в области сканирования (пирсинг).
- После исследования пациенту необходимо употреблять больше жидкости, чтобы увеличить объем выделяемой мочи.
- Исследование проводится до рентгенологических исследований пищеварительного тракта с бариевой взвесью, либо через неделю после.

МРТ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Обязательный перечень документов для исследования

- Направление (форма № 057/у) и выписка из МКАБ (форма № 027/у) – если исследование будет проводиться в другом здании поликлиники или другой МО.
- Данные предыдущих исследований/стационарного лечения – если имеются.
- Обязательно уточнить у пациента наличие в теле имплантированных медицинских изделий. Стенты и металлоконструкции не являются противопоказанием к проведению МРТ. В случае наличия у пациента кардиостимулятора и других электронных устройств необходимо предоставить сопроводительные документы, позволяющие идентифицировать изделие как МР-совместимое, МР-несовместимое или МР-совместимое при определенных условиях. В спорных вопросах требуется консультация рентгенолога, специализирующегося на МРТ.

Подготовка пациента

- За 3 дня до предстоящего исследования рекомендована легкая диета: исключаются продукты, усиливающие перистальтику кишечника и газообразование (мучные изделия, черный хлеб, сырые овощи и фрукты, бобовые, молоко, соки, газированные и алкогольные напитки).
- При повышенном газообразовании следует принимать препараты-адсорбенты (активированный уголь).
- За 1 час до исследования необходимо принять спазмолитическое средство (конкретный препарат и дозу согласовать с лечащим врачом).
- Предупредить пациента снять все металлические предметы в области сканирования (пирсинг).

МРТ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Обязательный перечень документов для исследования

- Направление (форма № 057/у) и выписка из МКАБ (форма № 027/у) – если исследование будет проводиться в другом здании поликлиники или другой МО.
- Данные предыдущих исследований/стационарного лечения – если имеются.
- Обязательно уточнить у пациента наличие в теле имплантированных медицинских изделий. Стенты и металлоконструкции не являются противопоказанием к проведению МРТ. В случае наличия у пациента кардиостимулятора и других электронных устройств необходимо предоставить сопроводительные документы, позволяющие идентифицировать изделие как МР-совместимое, МР-несовместимое или МР-совместимое при определенных условиях. В спорных вопросах требуется консультация рентгенолога, специализирующегося на МРТ.

Подготовка пациента

- За 6 часов до исследования прекратить прием пищи (лицам с сахарным диабетом необходимо согласовать возможность такой подготовки с лечащим врачом).
- За 1 час до исследования необходимо принять спазмолитическое средство.
- В день исследования пациент употребляет жидкость в обычном режиме.
- За 1 час до исследования выпить 700–1000 мл жидкости.
- Предупредить пациента снять все металлические предметы в области сканирования (пирсинг).

КТ БЕЗ КОНТРАСТА (ВСЕ, КРОМЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА)

Обязательный перечень документов для исследования

- Направление (форма № 057/у) и выписка из МКАБ (форма № 027/у) – если исследование будет проводиться в другом здании поликлиники или другой МО.
- Данные предыдущих исследований/стационарного лечения – если имеются.

Подготовка пациента

Не требуется.

КТ И МРТ С КОНТРАСТОМ

Обязательный перечень документов для исследования:

- Направление (форма N° 057/у) и выписка из МКАБ (форма N° 027/у) – если исследование будет проводиться в другом здании поликлиники или другой МО.
- Данные предыдущих исследований/стационарного лечения – если имеются.
- Результаты биохимического анализа крови, в частности показатели креатинина.

Подготовка пациента

- Исследование проводится натощак или через 2–3 часа после последнего приема пищи.
- Исследование проводится до рентгенологических исследований пищеварительного тракта с бариевой взвесью либо через 1–1,5 недели после.
- Пациентам, принимающим метформин-содержащие препараты (глюкофаж, сиофор и т.д.), следует прекратить прием этих препаратов с момента введения контрастного средства и возобновить прием через 48 ч после исследования.

¹³C-УРЕАЗНЫЙ ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ТЕСТ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ H. PYLORI

Обязательный перечень документов для исследования

- Направление (форма № 057/у) и выписка из МКАБ (форма № 027/у) – если исследование будет проводиться в другом здании поликлиники или другой МО.

Подготовка пациента

- За 4 недели до исследования необходимо прекратить приём антибиотиков и препаратов висмута.
- За 2 недели до исследования необходимо прекратить приём блокаторов секреции желудка – ингибиторов протонной помпы.
- Накануне исследования рекомендуется ограничиться лёгким ужином.
- Перед исследованием нельзя завтракать и курить.
- Тест не следует выполнять непосредственно после проведения эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) с биопсией.
- Физическая нагрузка накануне и в процессе выполнения теста может привести к сдвигу соотношения ¹³C/¹²C в выдыхаемом воздухе в сторону увеличения содержания изотопа ¹²C.



Подготовка
к лабораторным
методам
исследования

ОБЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ И ПРАВИЛА ПОДГОТОВКИ ДЛЯ СДАЧИ АНАЛИЗОВ КРОВИ

Общие рекомендации и правила подготовки анализа крови

- Гематологический анализ крови (клинический анализ крови).
- Биохимический анализ крови, в том числе гормоны.
- Коагулологический анализ крови.
- Иммунологические исследования (онкомаркеры, инфекции (гепатиты В и С, сифилис, ВИЧ).

Обязательный перечень документов для исследования

- Бланк – направление на исследование с указанием необходимых показателей с подписью и печатью врача.

Рекомендации для взятия крови

- утром строго натощак (рекомендуемое время между 7 и 9 часами утра), для гормонов и показателей системы гемостаза (коагулологических исследований) - строго до 10.00.

Подготовка пациента

- За 1-2 дня до исследования нельзя употреблять жирную пищу и алкоголь. Необходимо максимально ограничить физические нагрузки, переохлаждение и перегревание.
- За 1 час до исследования исключить физическое и эмоциональное напряжение, курение.
- В день исследования прием лекарственных препаратов необходимо согласовать с лечащим врачом.

- В день исследования питьевой режим: только вода в обычном объеме, нельзя пить чай, кофе, сок и др. напитки.
- Накануне перед исследованием последний прием пищи не позднее 19.00.

Противопоказания к исследованиям

- Нельзя сдавать кровь после физиотерапевтических процедур, инструментального обследования, рентгенологического и ультразвукового исследований, массажа и других медицинских процедур.

Специальные правила подготовки и дополнительные ограничения для ряда тестов в дополнение к общим рекомендациям:

- Мочевина, мочевая кислота – за 2–3 дня до исследования необходимо отказаться от употребления печени, почек и максимально ограничить в рационе мясо, рыбу, кофе, чай.
- Холестерин, триглицериды, липопротеины высокой и липопротеины низкой плотности – за 1–2 дня до предполагаемого исследования не употреблять жирную, жареную пищу, за 2 недели до исследования необходимо отменить препараты, понижающие уровень липидов в крови (по согласованию с врачом).
- Глюкоза – утром исключить прием контрацептивов, мочегонных средств (по согласованию с врачом).
- Гормоны щитовидной железы – исключить прием любых препаратов в день исследования (влияющих на функцию щитовидной железы, аспирин, транквилизаторы, кортикостероиды, пероральные контрацептивы).
- ПСА (общий, свободный) – кровь на исследование можно сдавать не ранее чем через 2 недели после биопсии предстательной железы и массажа простаты; постхирургический уровень определяется не ранее чем через 6 недель после вмешательства.
- СА-125 – более информативно сдавать через 2–3 дня после менструации.
- Исследование крови на наличие инфекций – за 2 дня до сдачи крови на вирусные гепатиты исключить из рациона цитрусовые, оранжевые фрукты и овощи; кровь на наличие антител класса IgM к возбудителям инфекций следует проводить не ранее 5–7 дня с момента заболевания, антител классов IgG, IgA не ранее 10–14 дня, при наличии сомнительных результатов целесообразно провести повторный анализ спустя 3–5 дней – согласовать с врачом!

ОБЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ И ПРАВИЛА ПОДГОТОВКИ ДЛЯ СБОРА И СДАЧИ АНАЛИЗОВ МОЧИ

Обязательный перечень документов для исследования

- Общий анализ мочи (бланк ф.210/у).
- Биохимия мочи в разовой порции.
- Микроальбумин в моче.
- Микробиологическое исследование мочи (посев).

Рекомендации для сбора и сдачи анализа

- Пациент собирает всю утреннюю порцию мочи (первые несколько миллилитров мочи слить в унитаз), предыдущее мочеиспускание должно быть не позднее 2-х часов ночи. Пациент собирает мочу при свободном мочеиспускании в сухую, чистую емкость с широким горлом, перемешивает и отбирает в специальный медицинский контейнер с завинчивающейся крышкой в объеме не более 50-100 мл. Сбор мочи проводят после тщательного туалета наружных половых органов без применения антисептиков.
- Женщинам не рекомендуется сдавать анализ мочи во время менструации.
- Нельзя использовать для исследования мочу из судна, горшка!
- При назначении посева мочи использовать только стерильный медицинский контейнер!

Подготовка пациента

- Накануне вечером, за 10–12 часов до исследования, не рекомендуется употреблять алкоголь, острую и соленую пищу, а также пищевые продукты, изменяющие цвет мочи (свекла, морковь), питьевой режим обычный. Прием лекарственных препаратов необходимо согласовать с лечащим врачом. По возможности исключить прием мочегонных препаратов.
- При назначении посева мочи, сбор мочи необходимо проводить до начала медикаментозного лечения и не ранее 10–14-ти дней после проведенного курса лечения.

Условия хранения биоматериала дома и доставки в лабораторию

- Рекомендуется собранную мочу сразу доставить в лабораторию. Хранить мочу необходимо в медицинском контейнере допускается при $T = +2; +24\text{ }^{\circ}\text{C}$ и только непродолжительное время, в холодильнике при $t +2\text{ }^{\circ}\text{C}; +4\text{ }^{\circ}\text{C}$ – не более 1,5 часов. Пациент должен доставить контейнер мочи в лабораторию в день сбора, но не позднее спустя 1-ого часа, после получения пробы.

ОБЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ И ПРАВИЛА ПОДГОТОВКИ ДЛЯ СБОРА СУТОЧНОЙ МОЧИ НА АНАЛИЗЫ

- Биохимические исследования (кальций).
- На глюкозу, белок.

Рекомендации для сбора и сдачи анализа

- Сбор мочи проводят после тщательного туалета наружных половых органов без применения антисептиков. Женщинам не рекомендуется сдавать анализ мочи во время менструации. Мочу для исследования собирают на протяжении суток (24 ч), в том числе и в ночное время. Сразу после пробуждения (в 6–8 часов утра) пациент мочится в унитаз (первая утренняя порция для исследования не учитывается!). В дальнейшем в течение суток пациент собирает всю мочу в чистую емкость, объемом не менее 2 литров. Если в ночное время у пациента нет позывов к мочеиспусканию, специально пробуждаться для мочеиспускания не нужно. Последнюю порцию мочи в общую емкость собрать точно в то же время следующего утра, когда накануне был начат сбор (в 6–8 часов утра, первая утренняя порция). После получения последней порции, пациенту необходимо тщательно измерить количество полученной мочи, аккуратно перемешать и отлить для исследования в медицинский контейнер 50–100 мл. Обязательно написать на контейнере объем мочи, собранной за сутки.

Подготовка пациента

- Пробы для исследования пациент собирает в условиях обычного питьевого режима (1.5–2 л) и характера питания.
- В период сбора пробы пациент должен исключить избыточное потребление жидкости и прием алкоголя.
- В день сбора проб пациенту необходимо исключить прием мочегонных препаратов.
- Накануне начала сбора проб пациенту необходимо воздержаться от физических нагрузок.

Условия хранения биоматериала дома и доставки в лабораторию

- хранить емкость, в которую собирается моча, медицинский контейнер с пробой необходимо в прохладном и темном месте, оптимально хранение в холодильнике при $t +2^{\circ} +8^{\circ} \text{C}$ на нижней полке. Не допускать замерзания! Емкость с собранной мочой пациент должен доставить в лабораторию в день получения последней порции, и не позднее спустя 1-ого часа после ее получения.

ОБЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ И ПРАВИЛА ПОДГОТОВКИ ДЛЯ СБОРА И СДАЧИ АНАЛИЗОВ КАЛА

Обязательный перечень документов для исследования

- Общий анализ кала (бланк ф. 219/у).
- Кал на я/г, скрытую кровь, стеркобиллин, билирубин (бланк ф. 220/у).
- Микробиологические исследования кала (посев).

Рекомендации для сбора и сдачи анализа

- Кал собирается после самопроизвольной дефекации (до сбора кала предварительно необходимо помочиться в унитаз и смыть). Пробу отбирают в универсальный контейнер с завинчивающейся крышкой, в объеме, равном 1/2 чайной ложки или ложки-шпателя, в крышке контейнера из различных мест разовой порции, общим объемом не более, чем 1/3 объема контейнера.

Особые указания:

- Для микробиологических исследований кала пробу отбирать только в стерильный медицинский контейнер с завинчивающейся крышкой.

Подготовка пациента

- Проба для исследования собирается в условиях обычного питьевого режима и характера питания.
- За 3–4 дня до исследования необходимо отменить прием медикаментов, влияющих на секреторные процессы и перистальтику (слабительные, ферменты, симпатомиметики, препараты висмута и железа), а также мешающих проведению исследования (ректальные свечи).
- При назначении посева кала на микрофлору биоматериал собирается до начала лечения антибактериальными и химиотерапевтическими препаратами, если это невозможно, то исследование проводится не ранее, чем через 12 часов после отмены препаратов.
- Для достоверного определения скрытой крови, пациенту необходимо за 3 дня до исследования исключить из рациона мясо, рыбу, зеленые овощи, помидоры и лекарства, содержащие металлы (железо, медь).
- Обратить внимание пациента при сборе кала в контейнер, избегать примеси мочи и выделений из половых органов. Недопустимо доставлять кал на исследование в спичечных, картонных коробках, приспособленной посуде.

Противопоказания к сбору и сдачи анализа

- Для получения достоверных результатов исследование не проводится у пациентов с кровотечениями (геморрой, длительные запоры, заболевания десен с признаками кровоточивости, менструации), после рентгенологического исследования желудка и кишечника (проведение анализа кала допустимо не ранее, чем через двое суток). Нельзя проводить исследование после клизмы!

Условия хранения биоматериала дома и доставки в лабораторию:

- Рекомендуется полученную пробу кала сразу доставить в лабораторию, или не позднее 30–40 минут после получения, при условии хранения в медицинском контейнере при $T = +2 +4$ °C (имеет особое значение при назначении исследований на простейшие!).

ОБЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ И ПРАВИЛА ПОДГОТОВКИ ДЛЯ СБОРА МОКРОТЫ НА ОБЩИЙ АНАЛИЗ

Обязательный перечень документов для исследования

- Общий анализ мокроты (бланк ф. 216/у).

Рекомендации для сбора и сдачи анализа

- Мокроту для общеклинического исследования рекомендуется собирать с утра и натощак во время приступа кашля в специальный медицинский контейнер с широким горлом и закручивающейся крышкой. Чтобы предотвратить примешивание к мокроте содержимого полости рта, перед откашливанием производится санация ротовой полости – необходимо почистить зубы, прополоскать рот и горло кипяченой водой. При плохо отделяемой мокроте, накануне принять отхаркивающие средства, теплое питье. Мокрота собирается пациентом самостоятельно посредством глубокого откашливания. Следует предупредить пациента, что необходимо собирать только мокроту, отделяющуюся при кашле, а не при отхаркивании!

Подготовка пациента и техника получения мокроты

- После проведения санации ротовой полости, пациент должен сесть на стул напротив открытого окна.
- Сделать 2 глубоких вдоха и выдоха.
- На 3-ем вдохе встать со стула, что бы наполнить легкие воздухом и сразу же после этого с силой и резко вытолкнуть воздух из легких, чтобы диафрагма поджала легкие. Такой выдох вызовет естественный кашель.
- Пациент должен откашлять мокроту и сплюнуть в специальный пластиковый медицинский контейнер, плотно закрыть контейнер заворачивающейся крышкой.

Условия хранения биоматериала дома и доставки в лабораторию

- Необходимо доставить пробу в лабораторию как можно быстрее, и не позднее 1 часа после ее получения. Хранить медицинский контейнер с пробой необходимо в прохладном и темном месте.

ПРАВИЛА ПОДГОТОВКИ К ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТ- НОМУ ТЕСТУ

Обязательный перечень документов для исследования

- Пациенту для проведения глюкозотолерантного теста необходимо выписать рецепт на глюкозу в порошке для разведения (Glucose 75. 0).

Рекомендации для проведения исследования

- Исследование проводится строго натощак утром.

* Беременным глюкозотолерантный тест рекомендуется проводить на сроке 24–28 недель.

Подготовка пациента

- За 3 дня до исследования пациенту необходимо соблюдать обычный режим питания с содержанием углеводов не менее 125–150 г в сутки, исключить алкоголь, придерживаться привычных физических нагрузок; в период ночного голодания нельзя курить; перед исследованием максимально ограничить физические нагрузки, переохлаждение и перегревание.
- Накануне перед исследованием последний прием пищи не позднее 19.00.
- В день исследования с утра можно только воду в обычном объеме, ЗАПРЕЩЕНО пить чай, кофе, сок и др. напитки.
- Перед проведением теста необходимо по согласованию с лечащим врачом исключить прием следующих препаратов (адреналина, глюкокортикоидов, контрацептивов, кофеина, мочегонных тиазидного ряда, психотропных средств и антидепрессантов).

Противопоказания к исследованию

- Нельзя сдавать кровь после физиотерапевтических процедур, инструментального обследования, рентгенологического и ультразвукового исследований, массажа и других медицинских процедур. Не рекомендуется проводить исследование после и во время стрессовых воздействий, после операций и родов, при воспалительных процессах, алкогольном циррозе печени, гепатитах, во время менструаций, при заболеваниях желудочно-кишечного тракта с нарушением всасывания глюкозы.

Авторы

Анциферов М.Б.

Главный внештатный специалист эндокринолог ДЗМ, главный врач ГБУЗ «Эндокринологический диспансер ДЗМ», д.м.н., профессор

Арутюнов Г.П.

Главный внештатный специалист терапевт ДЗМ, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней, общей физиотерапии и лучевой диагностики ПФ ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России», д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН

Белевский А.С.

Главный внештатный специалист пульмонолог ДЗМ, заведующий кафедрой пульмонологии факультета усовершенствования врачей ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России», д.м.н.

Бордин Д.С.

Главный внештатный специалист гастроэнтеролог ДЗМ, заведующий отделом патологии поджелудочной железы, желчевыводящих путей и патологии верхних отделов пищеварительного тракта ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А. С. Логинова ДЗМ», д.м.н.

Васильева Е.Ю.

Главный внештатный специалист кардиолог ДЗМ, главный врач ГБУЗ «ГКБ им. И. В. Давыдовского ДЗМ», д.м.н., профессор

Жиляев Е.В.

Главный внештатный специалист ревматолог ДЗМ, профессор кафедры ревматологии ГБОУ ДПО «РМАПО МЗ РФ», д.м.н.

Костюк Г.П.

Главный внештатный специалист психиатр ДЗМ, главный врач ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н. А. Алексеева ДЗМ», д.м.н., профессор

Котенко О.Н.

Главный внештатный специалист нефролог ДЗМ, заместитель главного врача по нефрологии ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ», к.м.н.

Крюков А.И.

Главный внештатный специалист оториноларинголог ДЗМ, директор ГБУЗ города Москвы «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского ДЗМ»; заведующий кафедрой оториноларингологии факультета усовершенствования врачей ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России», д.м.н., профессор

Сметанина С.В.

Главный внештатный специалист по инфекционным болезням ДЗМ, главный врач ГБУЗ «Инфекционная клиническая больница № 1 ДЗМ», к.м.н.

Авторы

Потекаев Н.Н.

Главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, директор ГБУЗ «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ», заведующий кафедрой кожных болезней и косметологии ФДПО ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России», д.м.н., профессор

Пушкарь Д.Ю.

Главный внештатный специалист уролог ДЗМ, заведующий кафедрой урологии ФПДО ГОУ ВПО «МГМСУ им. А. И. Евдокимова», д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН

Хатьков И.Е.

Главный внештатный специалист онколог ДЗМ, директор ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр ДЗМ», д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН

Шамалов Н.А.

Главный внештатный специалист невролог ДЗМ, профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России», д.м.н.

Рецензенты

Ефимова В.П.

Главный внештатный специалист по инструментальной диагностике ДЗМ, заведующая отделением функциональной и ультразвуковой диагностики ГКБ им. В.В. Виноградова, доцент кафедры внутренних болезней кардиологии и клинической фармакологии ФПК МР РУДН, к.м.н.

Журавлева М.В.

Главный внештатный специалист клинический фармаколог ДЗМ, заместитель директора центра клинической фармакологии Научного центра экспертизы средств медицинского применения Минздрава России, д.м.н., профессор

Морозов С.П.

Главный внештатный специалист по лучевой диагностике ДЗМ, Главный внештатный специалист по лучевой и инструментальной диагностике Минздрава России по Центральному федеральному округу РФ, директор ГБУЗ «Научно-практический центр медицинской радиологии ДЗМ», Master of public health, президент European society of medical imaging informatics, д.м.н.

Птушкин В.В.

Главный внештатный специалист гематолог ДЗМ, заместитель главного врача по гематологии Московского городского гематологического центра ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ», д.м.н., профессор

Тяжельников А.А.

Главный внештатный специалист по первичной медико-санитарной помощи взрослому населению ДЗМ, Главный врач ГБУЗ «Консультативно-диагностическая поликлиника № 121 ДЗМ», к.м.н.

Авторы

Фомин В.В.

Главный внештатный специалист общей врачебной практики (семейный врач) ДЗМ, профессор кафедры внутренних, профессиональных болезней и пульмонологии ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России, д.м.н.

Цибин А.Н.

Главный внештатный специалист по клинической лабораторной диагностике ДЗМ, заведующий отделом организации и контроля деятельности лабораторной службы ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ»

Шпектор А.В.

Руководитель Университетской клиники кардиологии, заведующий кафедрой кардиологии МГМСУ им. А. И. Евдокимова Минздрава России, д.м.н., профессор

Редактор

Кочеткова А.А.

Клинический эксперт ДЗМ

Дизайн

Тихонов Е.Ю.

Начальник отдела дизайна Ситуационного центра ДЗМ

Верстка

Демчук Д.В.

Дизайнер Ситуационного центра ДЗМ

Киреев И.В.

Дизайнер Ситуационного центра ДЗМ

Чернецов П.А.

Дизайнер Ситуационного центра ДЗМ