

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ
МЕДИЦИНЫ» МИНЗДРАВА РОССИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ПУЛЬМОНОЛОГИИ»
ФЕДЕРАЛЬНОГО МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОГО АГЕНТСТВА
РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

**ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ
БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ НЕИНФЕКЦИОННЫМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ
РИСКОМ ИХ РАЗВИТИЯ**

**Методические рекомендации
(краткий вариант)**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ
МЕДИЦИНЫ» МИНЗДРАВА РОССИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ПУЛЬМОНОЛОГИИ»
ФЕДЕРАЛЬНОГО МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОГО АГЕНТСТВА
РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

**ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ
БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ НЕИНФЕКЦИОННЫМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ
РИСКОМ ИХ РАЗВИТИЯ**

Методические рекомендации
(краткий вариант)

Москва
2016

УДК 616-036.22

ББК 51.1(2)1

Д48

Авторы:

Бойцов С. А., Ипатов П. В., Калинина А. М., Андреенко Е. Ю.,
Сердюк С. Е., Колос И. П., Дудинская Е. Н., Творогова Т. В., Пулин А. А.,
Биличенко Т. Н., Шилов Е. М., Бобкова И. Н., Швецов М. Ю., Амелина Е. Л.

Д48 Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. Методические рекомендации (краткий вариант) / С. А. Бойцов, П. В. Ипатов, А. М. Калинина и др.; Под редакцией С. А. Бойцова и А. Г. Чучалина. – М.: Горячая линия – Телеком, 2016. – 36 с.: ил.

ISBN 978-5-9912-0582-5.

Методические рекомендации (краткий вариант) содержат алгоритмы проведения участковым врачом диспансерных приемов больных с основными хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ), являющимися основной причиной инвалидизации и преждевременной смертности населения, а также пациентов с высоким и очень высоким риском их развития, включают рекомендации по сбору жалоб и анамнестических данных, объему и частоте лабораторно-инструментальных исследований, лечебно-профилактической тактике.

Для врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей), врачей-терапевтов участковых цехового врачебного участка, врачей отделений (кабинетов) медицинской профилактики, врачей центров здоровья и центров медицинской профилактики, а также для среднего медицинского персонала, работающего с указанными врачами и в указанных подразделениях, для фельдшеров фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского здравпункта) в случае возложения на них руководителями медицинских организаций функций лечащего врача по организации и проведению диспансерного наблюдения.

ББК 51.1(2)1

ISBN 978-5-9912-0582-5

© Коллектив авторов, 2016

© Российское общество

профилактики неинфекционных
заболеваний, 2016

СОДЕРЖАНИЕ

Аннотация	4
Обозначения и сокращения	5
1. Организационные вопросы проведения диспансерного наблюдения больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития	7
2. Алгоритмы проведения участковым врачом диспансерных приемов больных с основными хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ), а также пациентов с высоким и очень высоким риском их развития	
Рекомендуемые методы исследования и другие медицинские мероприятия в процессе диспансерного осмотра (наблюдения) пациентов с ХНИЗ	
Перечень основных мероприятий, проводимых в процессе диспансерного осмотра (наблюдения) всем пациентам с ХНИЗ, независимо от конкретной ее нозологической формы	8
2.1. Диспансерное наблюдение больных с артериальной гипертонией (АГ)	10
2.2. Диспансерное наблюдение больных хронической ишемической болезнью сердца (ХИБС) и стенокардией (СТК) Диспансерное наблюдение больных ИБС после хирургических и эндоваскулярных вмешательств (операций) на сердце и его сосудах	12
2.3. Диспансерное наблюдение больных ишемической болезнью сердца с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС)	14
2.4. Диспансерное наблюдение больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК)	14
2.5. Диспансерное наблюдение больных с нарушениями ритма сердца	15
2.6. Диспансерное наблюдение больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН)	18
2.7. Диспансерное наблюдение пациентов, имеющих высокий и очень высокий суммарный сердечно-сосудистый риск	19
2.8. Диспансерное наблюдение пациентов с хроническими болезнями органов дыхания и после перенесенных острых заболеваний лёгких	22
2.9. Диспансерное наблюдение больных с хронической болезнью почек (ХБП)	25
2.10. Диспансерное наблюдение больных с сахарным диабетом	28

АННОТАЦИЯ

Методические рекомендации, в первую очередь, предназначены для врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей), врачей-терапевтов участковых цехового врачебного участка, врачей отделений (кабинетов) медицинской профилактики, врачей центров здоровья и центров медицинской профилактики, а также для среднего медицинского персонала, работающего с указанными врачами и в указанных подразделениях, для фельдшеров фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского здравпункта) в случае возложения на них руководителем медицинских организаций функций лечащего врача по организации и проведению диспансерного наблюдения.

Рабочая группа по подготовке текста рекомендаций

Председатели: Бойцов С.А., Чучалин А.Г.

Авторский коллектив: Бойцов С.А., Ипатов П.В., Калинина А.М., Андреев Е.Ю., Сердюк С.Е., Колос И.П., Дудинская Е.Н., Творогова Т.В., Пулин А.А., Биличенко Т.Н., Шилов Е.М., Бобкова И.Н., Швецов М.Ю., Амелина Е.Л.

Образец для цитирования: Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. Методические рекомендации (краткий вариант). Под ред. С.А. Бойцова и А.Г. Чучалина. — 36 с. Интернет-ресурс: <http://www.gnicpm.ru>, <http://www.ropniz.ru>.

Авторский коллектив выражает благодарность компаниям, оказавшим поддержку проекта:

ПРОМОМЕД РУС
Boehringer Ingelheim
TAKEDA

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

- НbA1c - гликированный гемоглобин
SCORE - Systematic Coronary Risk Estimation
АБ - α-адреноблокаторы
АГ - артериальная гипертония
АД - артериальное давление
АГП - антигипертензивные препараты
АГТ - антигипертензивная терапия
АИР - агонисты имидазолиновых рецепторов
АК - антагонисты кальция
АКШ - аорто-коронарное шунтирование
АСБ - атеросклеротическая бляшка.
БА - бронхиальная астма
ББ - бета адреноблокаторы
БРА - блокаторы рецепторов ангиотензинаII
БОД - болезни органов дыхания
ГЛЖ - гипертрофия левого желудочка
ДН - диспансерное наблюдение
ЖКК - желудочно-кишечное кровотечение
ЗОЖ - здоровый образ жизни
ЗН - злокачественные новообразования
ДАД - диастолическое АД
ИБС - ишемическая болезнь сердца
МВ - муковисцидоз (кистозный фиброз)
МКБ-10 - международная классификация болезней и причин смерти 10 пересмотра
ММЛЖ - мышечная масса левого желудочка
МР - методические рекомендации
МС - метаболический синдром
ИМТ - индекс массы тела
ИМ - инфаркт миокарда
ИММЛЖ - индекс мышечной массы левого желудочка
ИАПФ - ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
ЛЖ - левый желудочек
ЛФК - лечебная физкультура
МСКТ - мультиспиральная рентгенкомпьютерная томография
НИЗ - неинфекционные заболевания
ОНМК - острое нарушение мозгового кровообращения
ОРВИ - острые респираторные вирусные инфекции
ПОМ - поражение органов мишеней
ПУ - протеинурия (г/л),
САД - систолическое АД
СД - сахарный диабет
СКАД - самостоятельный контроль АД
СКЛ - санаторно-курортное лечение
СКФ - скорость клубочковой фильтрации
СМАД - суточное мониторирование АД
ССЗ - сердечно-сосудистые заболевания
ССО - сердечно-сосудистые осложнения
СТК - стенокардия
ТГ - триглицериды
ТИМ - толщина комплекса интима-медиа
ТПН - терминальная почечная недостаточность;

Участковый врач - врач-терапевт участковый, врач общей практики (семейных врачей),
врач-терапевт участковый цехового врачебного участка

- ФР - фактор(ы) риска
- ФП - фибрилляция предсердий
- ХБП - хронические болезни почек
- ХИБС - хроническая ишемическая болезнь сердца
- ТБКА - транслюминальная баллонная коронароангиопластика
- ХНИ - основные хронические неинфекционные заболевания, имеющие общие факторы риска и являющиеся основной причиной инвалидизации и смертности населения
- ХОБЛ - хроническая обструктивная болезнь легких
- ХБ - хронический бронхит
- ХС - холестерин
- ХС ЛВП - холестерин липопротеинов высокой плотности
- ХС ЛНП - холестерин липопротеинов низкой плотности
- ХСН - хроническая сердечная недостаточность
- ЦВБ - цереброваскулярные заболевания;
- ЭхоКГ - эхокардиография

1. Организационные вопросы проведения диспансерного наблюдения больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития

К основным хроническим неинфекционным заболеваниям (ХНИЗ), имеющим общие факторы риска и являющимися основной причиной инвалидизации и смертности населения, относятся болезни системы кровообращения, обусловленные, прежде всего, атеросклерозом неосложненного и осложненного течения (ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные заболевания), наиболее часто встречающиеся злокачественные новообразования, болезни органов дыхания (ХОБЛ, хронический бронхит, бронхиальная астма) и сахарный диабет.

Участковый врач (фельдшер, при возложении на него функций участкового врача) осуществляет диспансерное наблюдение при заболеваниях (состояниях), перечень которых утвержден приказом Минздрава России от 21.12.2012 г. № 1344н, а также принимает непосредственное участие в диспансерном наблюдении граждан своего участка врачами-специалистами. Он осуществляет контроль выполнения пациентом назначений и рекомендаций врачей-специалистов.

При отсутствии врачей узких специалистов, их функцию по диспансерному наблюдению пациентов с сочетанной патологией выполняет врач-терапевт.

Контрольная карта диспансерного наблюдения (Карта ДН) (Приложение № 5 к приказу Минздрава России от 15 декабря 2014 г. № 834н) используется для контроля за посещением больных, в соответствии с индивидуальным планом диспансерного наблюдения, для чего в пункте 16 отмечаются даты явки пациента на диспансерный осмотр, которая устанавливается исходя из рекомендованной периодичности осмотров приказом Минздрава России от 21 декабря 2012 г. N 1344н и настоящими Методическими рекомендациями.

Кроме даты планируемой и фактической явки пациента на диспансерный осмотр, в таблицу пункта 16 Карты ДН рекомендуется внести специальность или должность врача (фельдшера) к которому необходимо явится пациенту с результатами рекомендованных к выполнению исследований, а также целевые показатели терапии пациента и фактически достигнутые уровни этих показателей по следующей форме:

Даты явок и достижение целевых показателей терапии

Назначено явиться	дата								
	к врачу*								
Явился									
Целевые показатели терапии		Достигнутые уровни (значения) целевых показателей							
ОТ: М<102см Ж<88см									
ФА > 30 мин/день									

* Указывается специальность или должность врача (фельдшера) к которому необходимо явится пациенту с результатами исследований, рекомендованных к выполнению в соответствии с заболеванием или заболеваниями пациента, включая дублирование исследований. ОТ – окружность талии; М – мужчины; Ж – женщины; ФА – физическая активность.

Целевые показатели терапии и их значения (целевой уровень) вносятся в таблицу для каждого пациента в соответствии с его заболеванием и Рекомендациями профессиональных врачебных сообществ по профилактике, диагностике, лечению и реабилитации этого заболевания, кроме того, для всех курящих пациентов и злоупотребляющих алкоголем в цели терапии должен быть внесен отказ от курения и отказ от пагубного потребления алкоголя.

Фактически достигнутый уровень (значение) целевых показателей вносится в таблицу с частотой рекомендованной для их определения настоящими Методическими рекомендациями и/или Рекомендациями профессиональных сообществ и эта частота не обязательно должна совпадать с частотой явок пациента к врачам для диспансерного осмотра.

На больных, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу двух и более заболеваний, этиологически не связанных между собой, заполняются отдельные контрольные карты.

Карты хранятся в картотеке у каждого врача, имеющего больных, взятых под диспансерное наблюдение, желательно по месяцам назначений явки к врачу (в целом или по нозологическим формам заболеваний, не связанных между собой патогенетически), что позволяет вести контроль за систематичностью посещений и принимать меры к привлечению больных, пропустивших срок явки.

2. Алгоритмы проведения участковым врачом диспансерных приемов больных с основными хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ), а также пациентов с высоким и очень высоким риском их развития

Рекомендуемые методы исследования и другие медицинские мероприятия в процессе диспансерного осмотра (наблюдения) пациентов с ХНИЗ

Перечень основных мероприятий, проводимых в процессе диспансерного осмотра (наблюдения) всем пациентам с ХНИЗ, независимо от конкретной ее нозологической формы

Сбор жалоб и анамнеза, активный опрос на наличие и выраженность основных проявлений ХНИЗ и их жизнеугрожающих осложнениях (симптомов стенокардии, ОКС, гипертонического криза, ОНМК, аритмий, приступов сердечной и бронхиальной астмы и др.).

Опрос по поводу курения, характера питания, физической активности.

Анализ данных СКАД.

Уточнение факта приема и режима приема всех ранее назначенных лекарственных средств и выполнения других, рекомендованных лечебно-профилактических мероприятий с оценкой их эффективности

Общий осмотр и физикальное обследование включая пальпацию периферических сосудов и аускультацию подключичных, сонных, почечных и бедренных артерий.

Измерение АД, индекса массы тела и окружности талии.

Оценка лабораторных и инструментальных исследований.

Установление или уточнение диагноза заболевания (состояния).

Проведение краткого профилактического консультирования, включающего рекомендации по здоровому питанию, по уровню физической активности, отказу от курения табака и пагубного потребления алкоголя.

Корректировка терапии (при необходимости), назначение по вновь выявленным медицинским показаниям профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий, в том числе направление гражданина в медицинскую организацию, оказывающую специализированную (высокотехнологичную) медицинскую помощь, на санаторно-курортное лечение, в отделение (кабинет) медицинской профилактики или центр здоровья для оказания медицинской помощи по коррекции выявленных факторов риска - проведения углубленного индивидуального профилактического консультирования и (или) группового профилактического консультирования (школа пациента).

Разъяснение гражданину с высоким риском развития угрожающего жизни заболевания (состояния) или его осложнения, а также лицам, совместно с ним проживающим, правил действий при их развитии, включая своевременный вызов бригады скорой медицинской помощи. Участковый врач (фельдшер), врач (фельдшер) кабинета медицинской профилактики и центра здоровья в процессе каждого диспансерного приема пациента с высоким риском развития жизнеугрожающего состояния должен объяснить:

- основные клинические проявления этого состояния и обратить внимание на факторы, его провоцирующие;
- необходимость срочного вызова скорой помощи при их появлении;
- простейшие мероприятия первой помощи, которые необходимо провести до прибытия бригады скорой помощи.

Необходимо организовать и проводить школы для пациентов по профилю имеющегося заболевания, направленные на обучение пациента (родственников пациента) основам снижения риска осложнений, зависящих от его образа жизни и поведенческих привычек, обучение своевременным правильным действиям при развитии таких тяжелых осложнений, как гипертонический криз, острый коронарный синдром, внезапная сердечная смерть, острое нарушение мозгового кровообращения, приступ сердечной или бронхиальной астмы.

Желательно обеспечить пациента памяткой по алгоритму действий при жизнеугрожающем состоянии, вероятность развития которого у пациента наиболее высокая (памятка для пациента «Неотложные меры самопомощи и взаимопомощи при развитии острых жизнеугрожающих заболеваний (состояний)» представлена в Приложение 2 к национальным рекомендациям «Профилактика хронических неинфекционных заболеваний. М. 2013. Интернет-ресурс: <http://www.gnicpm.ru/309/14177/550251>).

Ежегодная вакцинация против гриппа.

2.1. Диспансерное наблюдение больных с артериальной гипертонией (АГ)

Диспансерному наблюдению участковым врачом подлежат больные АГ с контролируемым артериальным давлением на фоне приема гипотензивных лекарственных препаратов (при рефрактерной АГ I-II степени больной наблюдается у кардиолога; при отсутствии возможности наблюдения у кардиолога – у врача-терапевта/участкового врача).

Целевым для всех категорий больных является уровень АД < 140/90 мм рт.ст. Исключения составляют больные АГ с сахарным диабетом, для которых целевой уровень АД < 140/85 мм рт.ст.

При достижении целевого уровня АД необходимо учитывать нижнюю границу снижения: САД до 110-115 мм рт.ст. и ДАД до 70-75 мм рт.ст.

Следует особо подчеркнуть, что при достижении целевых значений уровня АД гипотензивная терапия не должна прерываться. Курсовое проведение терапии не допустимо!

При наличии перенесенного ИМ, инсульта или транзиторной ишемической атаки рекомендуется применение ацетилсалициловой кислоты в низких дозах (75–150 мг в сутки) или её комбинации с протекторными средствами в отношении слизистой оболочки желудка, в частности с гидроксидом магния.

Рекомендуемые лабораторно-инструментальные исследования и другие медицинские мероприятия в процессе диспансерного осмотра (наблюдения) пациента	АГ I степени без ПОМ, ССЗ, ЦВБ и ХБП (при стабильном течении возможно наблюдение в кабинете медицинской профилактики)	АГ I-III степени с ПОМ, но без ССЗ, ЦВБ и ХБП	АГ I-III степени с ССЗ, ЦВБ и ХБП
Посещений врача (фельдшера)	Не менее 1 раза в год при контроле АД на уровне целевых значений	Не менее 2 раз в год	Не менее 2 раз в год
Гемоглобин и/или гематокрит	-	При взятии под наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года	
Глюкоза плазмы крови натощак	Не реже 1 раза в год (допускается экспресс-метод)		
Общий холестерин (ОХ)	Не реже 1 раза в год (допускается экспресс-метод)		
Оценка суммарного сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE	При каждом посещении	При каждом посещении - (при интерпретации приоритет отдается более высокому показателю риска)	
Оценка суммарного сердечно-сосудистого риска по таблице величины риска при АГ	-		

Уровень ОХС, ХС ЛНП, ХС ЛВП, ТГ	При взятии под ДН, далее по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года		
Калий и натрий сыворотки	При взятии под ДН, далее по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года		По показаниям, но не реже 1 раза в год
Креатинин сыворотки (с расчетом СКФ)			
Мочевая кислота сыворотки	-	При взятии под ДН, далее по показаниям	
Анализ мочи на микроальбуминурию	При взятии под ДН, далее по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года		По показаниям, но не реже 1 раза в год
Анализ мочи с микроскопией осадка и определением белка в моче	-	-	Не реже 1 раза в год
ЭКГ в 12 отведениях с расчетом индекса Соколова-Лайона и Корнельского показателя	Не реже 1 раза в год		Не реже 2 раз в год
Эхо-КГ с определением ИММЛЖ и диастолической функции	При взятии под ДН, при отсутствии достижения целевых значений АД и наличии признаков прогрессирования гипертрофии ЛЖ по данным расчета индекса Соколова-Лайона и Корнельского показателя		
	Но не реже 1 раза в 2 года *	Но не реже 1 раза в год *	Но не менее 1 раза в год
Дуплексное сканирование сонных артерий у мужчин старше 40 лет, женщин старше 50 лет с целью определения ТИМ и наличия атеросклеротических бляшек*	При ИМТ>30 кг/м ² и ОХ>5 ммоль/л при взятии под ДН, далее по показаниям, но не реже 1 раз в 3 года	При ИМТ>30 кг/м ² и ОХ>5 ммоль/л при взятии под ДН, далее по показаниям, но не реже 1 раз в 2 года	Не реже 1 раза в 2 года
Измерение скорости пульсовой волны на каротидно-феморальном участке артериального русла	Не реже 1 раза в 3 года при отсутствии достижения целевых значений АД*	-	
УЗИ почек и дуплексное сканирование почечных артерий	-	При наличии подозрения на их патологию, развитие или прогрессирование ХБП*	
Лодыжечно-плечевой индекс	-	При наличии обоснованного подозрения на стеноз сосудов нижних конечностей*	
Дуплексное сканирование подвздошных и бедренных артерий	-	При наличии обоснованного подозрения на их патологию*	
Консультация окулиста на предмет наличия кровоизлияний или экссудата на глазном дне, отека соска зрительного нерва	-	При взятии под ДН и по показаниям	

2.2. Диспансерное наблюдение больных хронической ишемической болезнью сердца (ХИБС) и стенокардией (СТК)

Диспансерное наблюдение больных ИБС после хирургических и эндоваскулярных вмешательств (операций) на сердце и его сосудах

Основной целью диспансерного наблюдения больных хронической ишемической болезнью сердца и стенокардией (грудной жабой), а также больных ИБС после хирургических и эндоваскулярных вмешательств (операций) является максимальное замедление прогрессирования атеросклероза и атеросклеротического поражения сосудов сердца путем коррекции факторов риска (отказ от курения, рациональное питание, достижение целевых уровней липопротеинов, нормализация уровня артериального давления, оптимизация физической активности), снижение риска развития тромбоза коронарных сосудов, профилактики развития жизнеугрожающих нарушений ритма и сердечной недостаточности (ацетилсалициловая кислота, бета-блокаторы и другие препараты). У большинства больных стабильной ИБС предпочтительнее назначение ацетилсалициловой кислоты (или ее комбинации с протекторными средствами для защиты слизистой оболочки желудка, в частности, с гидроксидом магния) в низких дозах за счет благоприятного соотношения пользы и риска, а также низкой стоимости лечения.

Второй по актуальности целью диспансерного наблюдения является своевременное выявление показаний для проведения первичных или повторных хирургических или эндоваскулярных вмешательств у этой категории больных.

Рекомендуемые лабораторно-инструментальные исследования и другие медицинские мероприятия в процессе диспансерного осмотра (наблюдения) пациента	ХИБС с ХСН не выше II ФК, без жизнеугрожающих нарушений ритма - СТК I-II ФК	СТК III-IV ФК ¹	ТБКА/АКШ неосложненные по прошествии 6 месяцев от даты операции	ТБКА/АКШ осложненные по прошествии 12 месяцев от даты операции
			(Снятие с учета по поводу операции и перевод в другую диспансерную группу по рекомендации врача-кардиолога)	
Посещений врача (фельдшера)	Не менее 2 раз в год	Не менее 2 раз в год при СТК III ФК. Не менее 3 раз в год для СТК IV ФК	2 раза в течение первых 6 месяцев, далее - 1-2 раза в год	2 раза в течение первых 6 месяцев, далее - 2 раза в год
Клинический анализ крови с определением уровня гемоглобина и лейкоцитарной формулы	При взятии под ДН и по показаниям			1 раз в год и по показаниям

Уровень ОХС, ХС ЛНП, ХС ЛВП, ТГ	Определяется дважды при взятии под ДН и начале гиполипидемической терапии, далее 1 раз в 6 месяцев в первые 1,5 года, затем 1 раз в 1-2 года и по показаниям		
Уровень АЛТ, АСТ	Через 1 месяц после начала приема статинов, затем 1 раз в год		
Уровень глюкозы крови натощак	1 раз в год		
Уровня гликированного гемоглобина в крови или тест толерантности к глюкозе			1 раз в год
Уровень креатинина плазмы для расчета СКФ	При взятии под ДН и по показаниям		
Уровень креатинфосфокиназы крови	У лиц, предъявляющих жалобы на симптомы миопатии на фоне приема статинов		
ЭКГ	Не реже 1 раза в год		
Эхо-КГ	При взятии под ДН и по показаниям		Ежегодно в первые 2 года, далее по показаниям
Лодыжечно-плечевой индекс	При подозрении на периферический атеросклероз по данным опроса и исследования пульсации на периферических артериях		
Нагрузочные тесты (велоэргометрия, тредмил-тест, стресс-ЭхоКГ, радиоизотопные исследования) в целях стратификации риска	При промежуточном уровне (15-85%) претестовой вероятности ИБС, при взятии под ДН (если не проводилось ранее) или при увеличении ФК давностью более 1 месяца		
Амбулаторное мониторирование ЭКГ	При подозрении на сопутствующую пароксизмальную аритмию наличие нарушений ритма или вазоспастическую стенокардию		
Дуплексное сканирование сонных (определение ТИМ и атеросклеротических бляшек)*	При взятии под ДН и по показаниям		
Оценка данных первично обследования, расчет априорной вероятности ИБС и итоговая стратификация риска осложнений	При каждом посещении		
Уровни BNP/proBNP крови*	При подозрении на сердечную недостаточность или ее прогрессирование		
Рентгенография грудной клетки			при подозрении на недостаточность кровообращения; через год после операции, далее по показаниям

¹ Наблюдение за больными пенсионного возраста со СТК III-IV ФК осуществляет участковый врач, пациенты трудоспособного возраста со СТК III-IV ФК наблюдаются участковым врачом только в случае отсутствия возможности наблюдения их у врача-кардиолога.

* – при наличии возможности.

2.3. Диспансерное наблюдение больных ишемической болезнью сердца с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС)

2.4. Диспансерное наблюдение больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК)

Основной целью диспансерного наблюдения больных с ПИКС и перенесших ОНМК является замедление (остановка) прогрессирования атеросклероза и атеросклеротического поражения сосудов сердца и мозга путем модификации устранимых факторов риска, проведения адекватной медикаментозной терапии (антитромботической, гипотензивной, гиполипидемической), своевременного проведения ангиохирургических вмешательств для восстановления коронарного и церебрального кровотока при стенозирующем атеросклеротическом поражении сосудов, а также активной профилактики осложнений и реабилитационно-восстановительных мероприятий.

Программа индивидуализированной вторичной профилактики, подбор терапии осуществляются на этапе амбулаторно-поликлинической помощи кардиологом, неврологом и терапевтом

Рекомендуемые лабораторно-инструментальные исследования и другие медицинские мероприятия в процессе диспансерного осмотра (наблюдения) пациента	ПИКС без СТК ПИКС и СТК I-II ФК стабильное течение	Состояние после ОНМК (6 мес. и более после острого периода), стабильное течение
Посещений врача (фельдшера)	Не менее 2 раз в год	Не реже 1 раза в 6 месяцев
Общий (клинический) анализ крови развернутый	По показаниям	По показаниям
Уровень ОХС, ХС ЛНП, ХС ЛВП, ТГ	Определяется дважды при взятии под ДН и начале гиполипидемической терапии, далее 1 раз в 6 месяцев в первые 1,5 года, затем 1 раз в 1-2 года и по показаниям	
Уровень АЛТ, АСТ	Через 1 месяц после начала приема статинов, затем 1 раз в год и по показаниям	
Уровень глюкозы крови натощак	1 раз в 1-2 года и по показаниям	
Уровень креатинина плазмы для расчета СКФ	1 раз в 1-2 года и по показаниям	
Уровень креатинфосфокиназы крови	У лиц, предъявляющих жалобы на симптомы миопатии на фоне приема статинов	
ЭКГ	Не реже 1 раза в год	
Эхо-КГ	Ежегодно в первые 2 года, далее по показаниям	По показаниям

Лодыжечно-плечевой индекс	При подозрении на периферический атеросклероз по данным опроса и исследования пульсации на периферических артериях	
Нагрузочные тесты (велоэргометрия, тредмил-тест, стресс-ЭхоКГ) в целях стратификации риска	При взятии под ДН или при появлении стенокардии давностью более 1 месяца в целях стратификации риска осложнений ИБС	
Амбулаторное мониторирование ЭКГ	При подозрении на сопутствующую пароксизмальную аритмию или вазоспастическую стенокардию	
Дуплексное сканирование сонных (определение ТИМ и атеросклеротических бляшек)*	При взятии под ДН и по показаниям	
Оценка данных первично обследования, расчет априорной вероятности ИБС, итоговая стратификация риска осложнений и решение вопроса о целесообразности реваскуляризации миокарда	При каждом посещении	
Уровни BNP/проBNP крови*	При подозрении на сердечную недостаточность или ее прогрессирование	
Лабораторный контроль за терапией непрямыми антикоагулянтами	до 12 раз в год (при их применении)	

* – при наличии возможности

2.5. Диспансерное наблюдение больных с нарушениями ритма сердца

Пациент с впервые выявленным нарушением ритма сердца без выраженных нарушений гемодинамики направляется на консультацию к врачу-кардиологу (при выраженных нарушениях гемодинамики показана экстренная госпитализация). Кардиолог определяет тактику ведения пациента. При успешном купировании нарушения ритма пациенту подбирается профилактическое противорецидивное лечение. При безуспешности или отказе от восстановления ритма сердца пациенту подбирается терапия, обеспечивающая эффективный контроль частоты сердечных сокращений в диапазоне от 60 до 90 желудочковых систол в минуту, стабилизацию основных параметров гемодинамики и общего состояния. Только после этого пациент переводится под диспансерное наблюдение участкового врача с конкретными рекомендациями по дальнейшему динамическому обследованию и лечению.

Пациенты с нестабильной гемодинамикой, жизнеугрожающими нарушениями ритма и проводимости, с имплантированными кардиостимуляторами и кардиовертерами-дефибрилляторами находятся под диспансерным наблюдением врачей-кардиологов.

Стратификация риска внезапной сердечной смерти. Важное значение для клинической практики имеет классификация (риск-стратификация), предложенная Т. Bigger в 1984 г. Она предполагает проведение анализа не только характера желудочковой эктопической активности, но и ее клинических проявлений, а также наличия или отсутствия органического поражения сердца как причины ее возникновения. В соответствии с этими признаками выделяются 3 категории желудочковых аритмий. К **доброкачественным желудочковым аритмиям** относится ЖЭ, чаще одиночная (могут быть и другие формы), протекающая бессимптомно или малосимптомно, но главное, возникающая у лиц, не имеющих признаков заболевания сердца («идиопатические» желудочковые аритмии). Прогноз жизни этих больных благоприятен, в связи с очень малой вероятностью возникновения фатальных желудочковых аритмий. Принципиальным отличием **потенциально злокачественных желудочковых аритмий** от предыдущей категории служит наличие органического заболевания сердца, как причины их возникновения. Чаще всего это различные формы ИБС (наиболее значим перенесенный инфаркт миокарда), поражение сердца при артериальной гипертонии, первичные заболевания миокарда и др. Особое дополнительное значение имеют снижение фракции выброса левого желудочка и симптомы хронической сердечной недостаточности. Больные с потенциально злокачественными желудочковыми аритмиями требуют лечения, направленного на снижение летальности, лечения по принципу первичной профилактики ВСС. Устойчивые пароксизмы ЖТ, а также пережитые, благодаря успешной реанимации, эпизоды ТЖ или ФЖ (т.е. внезапная аритмическая смерть) у лиц с органическим заболеванием сердца формируют категорию **злокачественных желудочковых аритмий**. Они проявляются наиболее тяжелой симптоматикой в виде сердцебиения, обмороков, клинической картины остановки кровообращения. Прогноз жизни этих больных крайне неблагоприятен, а их лечение должно ставить своими целями не только устранение тяжелых аритмий, но и продление жизни (вторичная профилактика ВСС). Больные, пережившие успешную реанимацию по поводу ФЖ желудочков, а также пациенты с устойчивыми пароксизмами ЖТ, протекающими с нарушениями гемодинамики (при условии, что эти нарушения ритма сердца проявились вне острой фазы инфаркта миокарда или возникли на фоне другой тяжелой хронической патологии сердца) нуждаются в применении автоматических имплантируемых кардиовертеров-дефибрилляторов.

Заболевание, состояние	Регулярность посещений	Рекомендуемые лабораторно-инструментальные исследования и другие медицинские мероприятия в процессе диспансерного осмотра (наблюдения) пациента
Фибрилляция и (или) трепетание предсердий (пароксизмальная и персистирующая формы на фоне эффектив-	2 раза в год	<ul style="list-style-type: none"> - общий (клинический) анализ крови развернутый при взятии под ДН, далее по показаниям; - биохимический анализ крови при взятии под ДН, далее по показаниям;

<p>ной профилактической антиаритмической терапии)</p>	<p>2 раза в год</p>	<ul style="list-style-type: none"> - анализ на определение уровня ТТГ и гормонов щитовидной железы при взятии под ДН, далее по показаниям; - оценка по шкале CHA2DS2-VASc при взятии под ДН, далее по показаниям, но не реже 1 раза в год; - лабораторный контроль за терапией непрямими антикоагулянтами до 12 раз в год; - ЭКГ при взятии под ДН далее по показаниям но не реже 1 раза в год; - ЭХО-КГ при взятии под ДН далее по показаниям; - суточное мониторирование ЭКГ (при необходимости многосуточное) при взятии под ДН далее по показаниям.
<p>Фибрилляция и (или) трепетание предсердий (пароксизмальная, персистирующая и постоянная формы с эффективным контролем частоты сердечных сокращений на фоне приема лекарственных препаратов)</p>		
<p>Наджелудочковая экстрасистолия, наджелудочковая тахикардия (на фоне эффективной профилактической антиаритмической терапии)</p>	<p>2 раза в год</p>	<ul style="list-style-type: none"> - общий (клинический) анализ крови развернутый при взятии под ДН, далее по показаниям; - биохимический анализ крови при взятии под ДН, далее по показаниям; - анализ на определение уровня ТТГ и гормонов щитовидной железы при взятии под ДН, далее по показаниям; - ЭКГ при взятии под ДН далее по показаниям, но не реже 1 раза в год; - ЭХО-КГ при взятии под ДН далее по показаниям; - суточное мониторирование ЭКГ при взятии под ДН далее по показаниям.
<p>Желудочковая экстрасистолия, желудочковая тахикардия, у пациентов, не имеющих признаков органического заболевания сердечно-сосудистой системы (на фоне эффективной профилактической антиаритмической терапии)</p>	<p>2 раза в год</p>	<ul style="list-style-type: none"> - общий (клинический) анализ крови развернутый при взятии под ДН, далее по показаниям; - биохимический анализ крови при взятии под ДН, далее по показаниям; - ЭКГ при взятии под ДН, далее по показаниям, но не реже 1 раза в год; - ЭХО-КГ при взятии под ДН, далее по показаниям; - суточное мониторирование ЭКГ при взятии под ДН, далее по показаниям.
<p>Желудочковая экстрасистолия, желудочковая тахикардия, у пациентов, имеющих органическое заболевание сердечно-сосудистой системы (на фоне эффективной профилактической антиаритмической терапии)</p>	<p>2 раза в год</p>	<ul style="list-style-type: none"> - общий (клинический) анализ крови развернутый при взятии под ДН, далее по показаниям; - биохимический анализ крови при взятии под ДН, далее по показаниям; - рентгенография органов грудной клетки при взятии под ДН, далее по показаниям; - ЭКГ при взятии под ДН, далее по показаниям, но не реже 1 раза в год; - ЭХО-КГ при взятии под ДН, далее по показаниям; - суточное мониторирование ЭКГ при взятии под ДН, далее по показаниям.

2.6. Диспансерное наблюдение больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН)

Хроническая сердечная недостаточность не является отдельной нозологической формой заболевания, а является синдромом болезни сердца или какой-либо системной патологии с поражением сердца и нарушением его насосной функции. Как правило, пациент с ХСН находится под диспансерным наблюдением по поводу основного заболевания, являющегося причиной ХСН. Однако, в связи с частым доминированием в клинической картине заболевания симптомов ХСН при мало-выраженных проявлениях основного заболевания (ревматические пороки сердца при отсутствии активности и прогрессирования ревматизма, клапанные пороки сердца, обусловленные чрезвычайно медленным и практически инкурабельным процессом дегеративно-дистрофических изменений клапанных структур сердца, многочисленные малокурабельные кардиомиопатии и последствия инфекционных и инфекционно-аллергических поражений миокарда, основным клиническим проявлением которых является ХСН) проявления ХСН становятся основным объектом терапевтического вмешательства, причиной инвалидности и смертности, что и обуславливает необходимость выделения этих больных в отдельную группу диспансерного наблюдения.

Заболевание, состояние	Регулярность посещений	Рекомендуемые лабораторно-инструментальные исследования и другие медицинские мероприятия в процессе диспансерного осмотра (наблюдения) пациента
ХСН I-IIА стадии, стабильное состояние	Не менее 1 раза в год	<ul style="list-style-type: none"> - оценка по шкале ШОКС не менее 1 раза в год; - тест с 6-минутной ходьбой не менее 1 раза в год; - общий (клинический) анализ крови развернутый при взятии под ДН, далее по показаниям; - анализ крови биохимический с определением содержания натрия, калия, креатинина при взятии под ДН, далее по показаниям; - расчет скорости клубочковой фильтрации при взятии под ДН, далее по показаниям; - лабораторный контроль за терапией непрямыми антикоагулянтами до 12 раз в год; - ЭКГ не менее 1 раза в год; - Эхо-КГ ежегодно в первые 2 года, далее по показаниям; - рентгенография органов грудной клетки при взятии под ДН, далее по показаниям; - суточный мониторинг ЭКГ при взятии под ДН, далее по показаниям; <p>Консультация врача-кардиолога при дестабилизации течения и рефрактерной к терапии.</p>
ХСН II стадии ХСН IIБ-III стадии, стабильное состояние	Не менее 2 раз в год	<ul style="list-style-type: none"> - оценка по шкале ШОКС при каждом посещении - тест с 6-минутной ходьбой 2 раза в год; - анализ крови биохимический с определением содержания натрия, калия, креатинина при взятии под ДН далее по показаниям; - расчет скорости клубочковой фильтрации при взятии под ДН далее по показаниям;

		<ul style="list-style-type: none"> - лабораторный контроль за терапией непрямыми антикоагулянтами до 12 раз в год (по показаниям); - определение концентрации предшественника мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) или мозгового натрийуретического пептида (МНП или BNP) при взятии под ДН, далее по показаниям; - ЭКГ не менее 2 раз в год; - Эхо-КГ ежегодно в первые 2 года, далее по показаниям; - рентгенография органов грудной клетки при взятии под ДН далее по показаниям; - суточный мониторинг ЭКГ при взятии под ДН далее по показаниям. <p>Консультация врача-кардиолога при дестабилизации течения и рефрактерной к терапии ХСН.</p>
--	--	---

2.7. Диспансерное наблюдение пациентов, имеющих высокий и очень высокий суммарный сердечно-сосудистый риск

К группе с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском относятся лица без хронических неинфекционных заболеваний, связанных с атеросклерозом, сахарным диабетом и хроническим заболеванием почек, но имеющих: (1) риск фатальных сердечно-сосудистых осложнений в предстоящие 10 лет жизни по шкале SCORE, составляющий 5 % и более; (2) индекс массы тела (ИМТ) ≥ 30 кг/м² или ожирение 1-3 стадии; (3) дислипидемию с уровнем общего холестерина крови более 8 ммоль/л и (4) индекс курящего человека более 20 (число выкуриваемых сигарет в день умноженное на число лет курения и деленное на 20); (5) возраст более 65 лет.

Цель и основное содержание диспансерного наблюдения за пациентами с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском при отсутствии АГ.

В отношении данной категории пациентов целью диспансерного наблюдения является снижение суммарного риска смерти и сердечно-сосудистых осложнений (ИМ, ОНМК) путем коррекции поведенческих факторов риска (отказ от курения; достижение значений индекса массы тела < 25 кг/м² (у лиц с ожирением уменьшение массы тела на 5-10% от исходной приводит к достоверному снижению риска развития сердечно-сосудистых осложнений) и окружности талии (< 102 см для мужчин и < 88 см для женщин); оптимизация питания и уровня физической активности), а также нормализации уровней общего холестерина (ОХ), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) и триглицеридов (основным показателем является уровень ХС ЛПНП).

Достижение нормальных значений липидов с большой степенью вероятности возможно путем снижения массы тела, оптимизации характера питания и уровня физической активности.

Оптимальные значения липидных параметров (в ммоль/л) в зависимости от категории риска представлены в таблице

Липидные параметры	Низкий риск	Умеренный риск	Высокий риск	Очень высокий риск
ОХ	≤5,5	≤5,0	≤4,5	≤4,0
ХС ЛПНП*	≤3,5	≤3,0	≤2,5	≤1,8
ХС ЛПВП**	м>1,0; ж>1,2	м>1,0; ж>1,2	м>1,0; ж>1,2	м>1,0; ж>1,2
Триглицериды	≤1,7	≤1,7	≤1,7	≤1,7

Заболевание, состояние	Регулярность посещений	Рекомендуемые лабораторно-инструментальные исследования и другие медицинские мероприятия в процессе диспансерного осмотра (наблюдения) пациента
Высокий и очень высокий риск	<p>Не менее 1 раза в 2 года при достижении целевых значений уровня ОХ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, и триглицеридов.</p> <p>Не менее 1 раза в год при недостижении целевых значений ОХ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, и триглицеридов. Наблюдение в отделении/кабинете медицинской профилактики или центре здоровья.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - уровень ОХС, ХС ЛНП, ХС ЛВП, ТГ определяется дважды при взятии под ДН и начале гиполипидемической терапии, далее при назначении терапии по показаниям; при отсутствии терапии 1 раз в 6 месяцев в первые 1,5 года, затем 1 раз в 1-2 года и по показаниям; - расчет суммарного сердечно-сосудистого риска по SCORE при посещении с определением ОХС; - глюкоза крови при взятии под ДН и далее по показаниям; - дуплексное сканирование сонных артерий у мужчин старше 40 лет, женщин старше 50 лет при ИМТ>30 кг/м² и ОХС >5 ммоль/л 1 раз в 3 года с целью определения толщины интимы-медии и наличия атеросклеротических бляшек, при постановке на ДН при наличии возможностей, далее по показаниям; - измерение скорости пульсовой волны на каротидно-фemorальном участке артериального русла при постановке на ДН при наличии возможностей, далее по показаниям; - углубленное профилактическое консультирование (индивидуальное или групповое), включая составление при первом посещении индивидуального плана действий (мероприятий) по снижению вреда для здоровья поведенческих факторов риска (курения, нерационального питания, низкой физической активности), объяснение пациенту и/или обеспечение его памяткой по алгоритму неотложных действий при жизнеугрожающем состоянии, вероятность развития которого у пациента наиболее высокая; - оказание помощи в отказе от курения при наличии показаний; - поддерживающее (повторное) углубленное профилактическое консультирование, контроль выполнения индивидуального плана снижения вреда для здоровья поведенческих факторов риска (при последующих посещениях).

Диагностика избыточной массы тела и ожирения, рекомендации по лечению			
Диагностические компоненты		Диагноз, с учетом ИМТ и степени выраженности клинической компоненты, рекомендации по лечению	
Шаг 1	Шаг 2	Шаг 3	Шаг 4
ИМТ*	Клинический компонент	Диагноз и стадия	Рекомендуемые вмешательства †
25-29.9	Наличие или отсутствие осложнений, связанных с ожирением <ul style="list-style-type: none"> • Метаболические нарушения: → Преддиабет → Метаболический синдром → Сахарный диабет, тип 2 → Гипертония → Дислипидемия 	Избыточная масса тела (нет осложнений, связанных с избыточной массой тела)	<ul style="list-style-type: none"> • Здоровое питание и достаточная физическая активность • Изменение образа жизни / Снижение калорийности пищи / Увеличение физической активности
≥ 30	→ Неалкогольное жировое перерождение (стеатоз) печени/ Неалкогольный стеатогепатит <ul style="list-style-type: none"> • Апноэ сна • Синдром поликистоза яичников • Артроз • Недержание мочи при напряжении (кашле, чихании и др.) 	Ожирение, стадия 0 (нет осложнений, связанных с избыточной массой тела)	<ul style="list-style-type: none"> • Изменение образа жизни / Снижение калорийности пищи / Увеличение физической активности • Интенсивная Поведенческая терапия
≥25	• гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь • Инвалидность/ неподвижность • Психическое расстройство или стигматизация (отношение пациента к своему ожирению как к чему-то позорному непрестижному, отталкивающему) В конкретных случаях критериями для постановки диагноза ожирение также могут быть следующие осложнения и другие патологические процессы, которые могут быть предотвращены и /или облегчены с помощью терапии направленной на снижение веса:	Ожирение, стадия 1 (одно или более мягких или умеренно выраженных осложнений, связанных с избыточной массой тела)	<ul style="list-style-type: none"> • Изменение образа жизни / Снижение калорийности пищи / Увеличение физической активности • Интенсивная поведенческая терапия • Рассмотреть возможность проведения фармакотерапии для снижения веса если ИМТ ≥ 27 ‡
≥25	• внутричерепная (псевдотуморозная) гипертензия; • первичная профилактика рака в семьях с высоким риском его развития; • вторичная профилактика рака молочной железы; • хроническая сердечная недостаточность; • бесплодие не связанное с синдромом поликистоза яичников; • «низкий уровень тестостерона» / гипогонадизм; • сексуальная дисфункция, связанная с механическим аспектам полового акта; • боль в спине; • венозный застой и отек нижних конечностей; • тромбофлебит и глубокие	Ожирение, стадия 2 (по крайней мере одно тяжелое осложнение, связанное с избыточной массой тела)	<ul style="list-style-type: none"> • Интенсивная поведенческая терапия • Интенсивная поведенческая терапия с фармакотерапией, если ИМТ ≥ 27 ‡ • Рассмотреть возможность бариатрической хирургии у пациентов: (1) с СД 2 типа и ИМТ 35-39.9 и (2) без СД 2 типа и ИМТ ≥ 40

	<ul style="list-style-type: none"> • венозные тромбозы; • язвы желудка; • снижение операционного и анестезиологического риска; • хроническая болезнь легких, включая астму; • подагра; • хронические заболевания почек /почечная защита. 		
--	---	--	--

Примечание: Все пациенты с ИМТ ≥ 25 (за исключением лиц с ИМТ ≥ 25 за счет развитой мускулатуры) должны иметь один из следующих диагнозов: избыточный вес, ожирение стадия 0, ожирение стадия 1, или ожирение стадия 2 в зависимости от начальной клинической оценки с учетом наличия и тяжести осложнений. Эти пациенты должны наблюдаться в течение длительного времени и оцениваться на предмет изменения, как антропометрических, так и клинических диагностических компонентов. Диагнозы избыточный вес/ожирение стадия 0-2 не являются статичными. Прогрессирование заболевания может потребовать в будущем более агрессивной терапии для снижения веса тела.

* В этнических кавказских и монголоидных группах, окружность талии должна быть оценена, если ИМТ составляет 23-25 кг/м². Если окружность талии у пациентов из этих групп увеличена (у мужчин более 94 и 90 см соответственно, у женщин более 80 см в обеих группах) это свидетельствует о наличии у них фактора риска, коррекция которого может принести пользу таким пациентам. Окружность талии также используется в клинической оценке всех пациентов для диагностики метаболического синдрома, и, если она увеличена (более 94 см у мужчин и более 80 см у женщин), это свидетельствует о избыточной массе тела, а в сочетании с осложнениями – о наличии ожирения 0-1-2 стадии, в зависимости от степени выраженности осложнений.

† Лечение должно быть индивидуальным; предлагаемые меры должны обеспечить снижение ИМТ до 22 кг/м², что считается необходимым и достаточным уровнем для лечения ожирения, связанного с осложнением(ями).

‡ Лекарственные средства для снижения массы тела разрешены к применению при ИМТ ≥ 27 кг/м².

2.8. Диспансерное наблюдение пациентов с хроническими болезнями органов дыхания и после перенесенных острых заболеваний лёгких

Нозологическая форма	Частота наблюдений специалистами	Осмотр врачами других специальностей	Перечень диагностических исследований
Хронический необструктивный бронхит (ХБ)	Терапевт, пульмонолог	Отоларинголог, стоматолог, фтизиатр (по показаниям)	Антропометрия, клинический анализ крови, общий анализ мокроты с исследованием на микобактерии туберкулеза, крупнокадровая флюорография, спирометрия с тестом обратимости бронхиальной обструкции, исследование концентрации окиси углерода и оксида азота в выдыхаемом воздухе, компьютерная томография (по показаниям), пульсоксиметрия, тест с 6-минутной ходьбой
Хроническая обструктивная болезнь легких с бронхиальной обструкцией	Терапевт 1 раз в 6 месяцев, пульмонолог 1 раз в 6 месяцев	Отоларинголог, стоматолог, психотерапевт, фтизиатр (по показаниям)	Антропометрия, крупнокадровая флюорография, ЭКГ, клинический анализ крови, общий анализ мокроты с исследованием на микобактерии туберкулеза, посев мокроты на флору и чувствительность к антибиотикам,

1-2 степени тяжести			спирометрия с исследованием обратимости бронхиальной обструкции, пульсоксиметрия, тест с 6-минутной ходьбой, исследование СО в выдыхаемом воздухе, исследование NO в выдыхаемом воздухе
Хроническая обструктивная болезнь легких с бронхиальной обструкцией 3-4 степени тяжести	Терапевт 1 раз в 3 месяца, пульмонолог 1 раз в 6 месяцев	Отоларинголог, стоматолог, психотерапевт, фтизиатр (по показаниям)	Антропометрия, клинический анализ крови, общий анализ мокроты с исследованием на микобактерии туберкулеза, бактериологическое исследование мокроты, крупнокадровая флюорография, компьютерная томография по показаниям, ЭКГ, спирометрия с исследованием обратимости бронхиальной обструкции, пульсоксиметрия, тест с 6-минутной ходьбой, исследование окиси углерода в выдыхаемом воздухе
Бронхиальная астма интермиттирующая легкая и лёгкая персистирующая контролируемая	Терапевт 1 раз в 6 месяцев, пульмонолог, аллерголог 1 раз в год	Отоларинголог, стоматолог, психотерапевт (по показаниям)	Антропометрия, крупнокадровая флюорография, глюкоза крови, клинический анализ крови, иммуноглобулин Е общий сыворотки крови, общий анализ мокроты с исследованием на микобактерии туберкулеза, спирометрия с исследованием обратимости обструкции бронхов, исследование оксида азота в выдыхаемом воздухе
Бронхиальная астма персистирующая средней тяжести и тяжёлая частично контролируемая и неконтролируемая	Терапевт 1 раз в 3 месяца, пульмонолог – 1 раз в 6 месяцев, аллерголог 1 раз в 6 месяцев	Отоларинголог, стоматолог, психотерапевт (по показаниям)	Антропометрия, клинический анализ крови, крупнокадровая флюорография, компьютерная томография (по показаниям), глюкоза крови, иммуноглобулин Е общий сыворотки крови, общий анализ мокроты с исследованием на микобактерии туберкулеза, бактериологическое исследование мокроты с определением чувствительности к антибиотикам, спирометрия с исследованием обратимости обструкции бронхов, исследование оксида азота в выдыхаемом воздухе
Кистозный фиброз (муковисцидоз)	Терапевт 1 раз в 3 месяца, пульмонолог 1 раз в 3 месяца	Отоларинголог, стоматолог, торакальный хирург, эндокринолог, гастроэнтеролог, фтизиатр (по показаниям)	Антропометрия, клинический анализ крови, общий анализ мокроты с исследованием на микобактерии туберкулёза, ЭКГ, компьютерная томография, микробиологическое исследование мокроты с чувствительностью к антибиотикам, биохимическое исследование крови (общий белок и фракции, глюкоза крови, креатинин, печеночные пробы, содержания калия, кальция, натрия, холестерина, МНО, протромбиновый индекс), спирометрия с тестом обратимости обструк-

			ции бронхов, тест с 6-минутной ходьбой, пульсоксиметрия
Бронхо-эктатическая болезнь с обострениями реже 3 раз в год. Дыхательная недостаточность 1-2 степени.	Терапевт 1 раз в 6 месяцев, пульмонолог 1 раз в 6 месяцев	Отоларинголог, стоматолог, торакальный хирург, фтизиатр (по показаниям)	Антропометрия, клинический анализ крови, общий анализ мочи, спирометрия с тестом обратимости бронхиальной обструкции, компьютерная томография, общий анализ мокроты с исследованием на микобактерии туберкулёза, исследование мокроты на флору и чувствительность к антибиотикам, биохимическое исследование крови (общий белок и фракции, глюкоза крови, креатинин, печеночные пробы, содержания калия, кальция, натрия, холестерина, МНО, протромбиновый индекс), тест с 6-минутной ходьбой, ЭКГ, пульсоксиметрия, исследование CO и NO выдыхаемого воздуха
Эмфизема лёгких Дыхательная недостаточность 1-2 степени	Терапевт 1 раз в 6 месяцев, пульмонолог 1 раз в 6 месяцев	Отоларинголог, стоматолог, торакальный хирург (по показаниям)	Антропометрия, клинический анализ крови, спирометрия с исследованием обратимости бронхиальной обструкции, компьютерная томография, общий анализ мокроты, биохимическое исследование крови (общий белок и фракции, глюкоза крови, креатинин, печеночные пробы, содержания калия, кальция, натрия, холестерина, МНО, протромбиновый индекс), исследование вентилиционной функции лёгких, тест с 6-минутной ходьбой, ЭКГ, пульсоксиметрия
Интерстициальные заболевания лёгких. Дыхательная недостаточность 1-2 степени	Терапевт 1 раз в 6 месяцев, пульмонолог 1 раз в 6 месяцев	Окулист, эндокринолог, дерматолог, гинеколог, фтизиатр, кардиолог и другие (по показаниям)	Антропометрия, клинический анализ крови; общий анализ мочи; биохимическое исследование крови (общий белок и фракции, глюкоза крови, креатинин, печеночные пробы, содержания калия, кальция, натрия, холестерина, МНО, протромбиновый индекс); ЭКГ и ЭХОКГ; спирография и проба с бронхолитиками, рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях (прямой и боковой); высокоразрешающая компьютерная томография органов грудной клетки (по показаниям); УЗИ органов брюшной полости и малого таза (по показаниям), исследование вентилиционной функции лёгких, пульсоксиметрия
Саркоидоз лёгких. Дыхательная недостаточ	Терапевт 1 раз в 6 месяцев, пульмонолог	окулист, эндокринолог, дерматолог, гинеколог,	Антропометрия, клинический анализ крови; общий анализ мочи; биохимическое исследование крови (общий белок и фракции, глюкоза крови, креати-

ность 1- 2 степени	1 раз в 6 месяцев	фтизиатр, кардиолог и другие (по показаниям)	нин, печеночные пробы, содержания, калия, кальция, натрия, холестерина, МНО, протромбиновый индекс); ЭКГ и ЭХОКГ; спирография и тест обратимости бронхиальной обструкции, рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях (прямой и боковой); высокоразрешающая компьютерная томография органов грудной клетки (по показаниям); УЗИ органов брюшной полости и малого таза (по показаниям), исследование вентиляционной функции лёгких, пульсоксиметрия
Перенесенные острые заболевания лёгких (пневмония, плеврит, абсцесс лёгких)	Терапевт 1 раз в 3 месяца, пульмонолог 2 раза (при постановке на учет и в конце года)	Отоларинголог, стоматолог	Антропометрия, клинический анализ крови, общий анализ мокроты, посев мокроты на флору и чувствительность к антибиотикам, спирография с тестом обратимости бронхиальной обструкции, рентгенография грудной клетки (крупнокадровая флюорография), при пневмонии хламидийной и микоплазменной этиологии - исследование крови на наличие возбудителя и IgM и IgG

2.9. Диспансерное наблюдение больных с хронической болезнью почек (ХБП)

Диспансерному наблюдению подлежат все пациенты с ХБП, а также лица с высоким риском ее развития. Лица из группы риска развития ХБП, а также пациенты с ХБП с умеренным комбинированным риском терминальной почечной недостаточности (ТПН) и сердечно-сосудистых осложнений (ССО) проходят диспансерное обследование участковым врачом, пациенты с ХБП с высоким и очень высоким риском – совместно участковым врачом и специалистом-нефрологом.

При наличии у пациента с хронической болезнью почек АГ, СД2, ИБС, ЦВБ осуществляется ДН также и по алгоритму ДН при этих заболеваниях

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

Рекомендуемые лабораторно-инструментальные исследования и другие медицинские мероприятия в процессе диспансерного осмотра (наблюдения) пациента	1 и более факторов риска (ФР) ХБП	ПУ <0,5 СКФ ≥ 60 (ХБП с умеренным риском ТПН и ССО)	ПУ ≥0,5 и СКФ ≥ 60 или СКФ 45-59, независимо от уровня ПУ (ХБП с высоким риском ТПН и ССО)	ПУ ≥0,5 и СКФ 30-59 или СКФ 30-44, независимо от уровня ПУ (ХБП с очень высоким риском ТПН и ССО) *
Посещений врача (фельдшера)	При наличии 1 ФР - 1 раз в 3 года; при нескольких ФР - 1 раз в год	1 раз в год	Не менее 1 раза в 6 месяцев	Не менее 1 раза в 3 месяца
Консультации (наблюдение) нефролога		При выявлении ХБП и по показаниям	Наблюдение нефролога - не менее 1 раза в год	Наблюдение нефролога - не менее 1 раза в 6 месяцев
Активный опрос на наличие и выраженность болей в поясничной области, отеков, никтурии	При каждом посещении			
Уточнение факта приема анальгетиков, НПВП и других препаратов, обладающих нефротоксичностью	При каждом посещении			
Стратификация риска ТПН и ССО	-	При каждом посещении		
Общий анализ мочи	При каждом посещении		При взятии под ДН, далее по назначению нефролога	
Исследование мочи на альбуминурию	-		Не менее 1 раза в год (у пациентов с АГ и сахарным диабетом и ПУ<0.5)	
Общий анализ крови	-		При взятии под ДН, далее по назначению нефролога	
Анализ крови биохимический с определением содержания креатинина, мочевой кислоты, общего холестерина, триглицеридов, глюкозы	При каждом посещении			
Натрий и калий крови	-		При взятии под ДН, далее по назначению нефролога	

Фосфор и альбумин крови	-	-	по назначению нефролога
Расчет скорости клубочковой фильтрации по формуле СКД-ЕРІ	при каждом посещении		
УЗИ почек	для лиц с наличием прямых родственников с ХБП	при взятии под ДН, далее по назначению нефролога	

* Пациенты с ХБП очень высокого риска ТПН и ССО с СКФ <30 мл/мин/1,73м² направляются в региональный нефрологический или диализный центр для постановки на учет и подготовки к заместительной почечной терапии.

Продукты, подлежащие исключению из рациона при различных нарушениях обмена у пациентов с ХБП

Нарушение обмена

Нежелательные продукты

Нарушение пуринового обмена.

Гиперурикемия:

Мочевая кислота в сыворотке крови

для мужчин < 415 мкмоль/л,

для женщин < 385 мкмоль/л

Наваристые бульоны, субпродукты – печень, почки, сердце, язык и т.д., паштеты, колбасные изделия, полуфабрикаты, телятина, свинина (можно в ограниченном количестве говядина, птица), пищевые концентраты – бульонные кубики, супы из пакетика и т.д., копчености, мясные и рыбные консервы, продукты быстрого приготовления (fastfood), **бобовые – зеленый горошек, фасоль, бобы, чечевица, продукты из сои, какао, шоколад, мед, орехи, семечки, крепкий черный чай и кофе, виноград, изюм, виноградные вина и коньяки.**

Нарушение фосфорно-кальциевого обмена:

Гиперфосфатемия:

Фосфор > 1,4 ммоль/л

Те же продукты, что при нарушении пуринового обмена (см. выше).

Дополнительно ограничить: **морскую и речную рыбу** (не более 1 раза в неделю), креветки, икру, сыры, крупы – **овсяную, гречневую**, пшеничную, манную (кроме риса и кукурузы), **отруби.**

Гиперкалиемия

Калий > 5,2 ммоль/л

Те же продукты, что при нарушении пуринового обмена (см. выше).

Дополнительно исключить: **курагу, инжир, бананы, абрикосы, персики, нектарин, ананасы, форель, треску, хек, морскую капусту, грибы, отруби.**

Ограничить картофель (до 2-3 раз в неделю) и готовить его особым образом: очистить от кожуры, порезать, замочить в воде на, как минимум, 3 часа, слить воду и отварить вымоченный картофель в свежей воде.

Полужирным шрифтом выделены продукты, обычно рекомендуемые пациентам с артериальной гипертензией и сердечно-сосудистыми заболеваниями без ХБП, но противопоказанные при данных нарушениях обмена.

2.10. Диспансерное наблюдение больных с сахарным диабетом

Диспансерное наблюдение участковым врачом больных инсулиннезависимым сахарным диабетом (СД 2 тип) со стабильным течением осуществляется в соответствии со стандартом первичной медико-санитарной помощи при инсулин-независимом сахарном диабете, утвержденным приказом Минздрава России от 28 декабря 2012 г. № 1581н, а также клиническими рекомендациями «Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом» 7-й выпуск, под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой. М.: 2015 г.

Стандарт первичной медико-санитарной помощи при инсулиннезависимом сахарном диабете

Категория возрастная: взрослые

Осложнения: без осложнений

Вид медицинской помощи: первичная медико-санитарная помощь

Условия оказания медицинской помощи: **амбулаторно**

Форма оказания медицинской помощи: плановая

Средние сроки лечения (количество дней): **365**

Код по МКБ 10 E11.9 Инсулиннезависимый сахарный диабет без осложнений
Нозологические единицы E13.9 Другие уточненные формы сахарного диабета без осложнений
E14.9 Сахарный диабет неуточненный без осложнений

1. Медицинские мероприятия для диагностики СД2 (Мероприятия этого раздела выполняет врач-эндокринолог, а при его отсутствии врач-терапевт. Если диагноз СД2 у пациента установлен, то мероприятия этого раздела не выполняются)

2. Медицинские услуги для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением (соответствуют объему диспансерного наблюдения за пациентом с СД 2)

Прием (осмотр, консультация) и наблюдение врача-специалиста

Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога повторный	0,2	1
Прием (осмотр, консультация) врача по лечебной физкультуре повторный	0,05	1
Прием (осмотр, консультация) врача-невролога повторный	0,1	1
Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога повторный	0,3	1
Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта участкового повторный	0,1	1
Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога повторный ¹	0,99	11

Наблюдение и уход за пациентом медицинскими работниками со средним (начальным) профессиональным образованием		
Измерение массы тела	1	11
Определение окружности талии	1	4
Взятие крови из пальца	1	14
Взятие крови из периферической вены	1	2
Лабораторные методы исследования		
Исследование уровня мочевой кислоты в крови	0,5	1
Исследование уровня глюкозы в крови с помощью анализатора	1	730
Исследование тиреотропина сыворотки крови	0,3	1
Исследование уровня гликированного гемоглобина в крови	1	3
Микроскопическое исследование осадка мочи	0,25	1
Исследование на микроальбуминурию	1	1
Обнаружение кетоновых тел в моче с помощью тест-полоски	0,05	2
Исследование функции нефронов (клиренс)	1	1
Коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)	0,25	1
Общий (клинический) анализ крови развернутый	0,25	1
Анализ крови биохимический общетерапевтический	0,25	1
Анализ крови по оценке нарушений липидного обмена биохимический	0,25	1
Анализ мочи общий	0,25	1
Инструментальные методы исследования		
Эзофагогастродуоденоскопия	0,02	1
Эхокардиография	0,2	1
Дуплексное сканирование сосудов (артерий и вен) нижних конечностей	0,2	1
Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	0,2	1
Ультразвуковое исследование щитовидной железы и паращитовидных желез	0,2	1
Ультразвуковое исследование почек и надпочечников	0,2	1
Регистрация электрокардиограммы	0,5	1
Холтеровское мониторирование сердечного ритма (ХМ-ЭКГ)	0,02	1
Магнитно-резонансная томография головного мозга	0,01	1

Рентгенография стопы	0,1	1
Рентгеноденситометрия поясничного отдела позвоночника	0,05	1
Рентгеноденситометрия проксимального отдела бедренной кости	0,05	1
Рентгеноденситометрия лучевой кости	0,05	1
Рентгенография легких	0,1	1
Исследование уровня глюкозы в крови методом непрерывного мониторингования	0,02	1
Суточное мониторирование артериального давления	0,05	1
Немедикаментозные методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации		
Психологическая адаптация	0,1	1
Индивидуальное занятие лечебной физкультурой при заболеваниях желез внутренней секреции	0,1	10
Школа для пациентов с сахарным диабетом	0,5	1

¹ В соответствии с Порядком проведения диспансерного наблюдения, утвержденным приказом Минздрава России от 21 декабря 2012 г. N 1344н. вместо врача эндокринолога функцию диспансерного наблюдения больных неосложненным СД2 со стабильным течением может осуществлять участковый врач с числом профилактических визитов 4 раза в год)

3. Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения у больных СД2, зарегистрированных на территории Российской Федерации, с указанием средних суточных доз (ССД) и средних курсовых доз (СКД)¹

Терапевтические цели при СД 2 типа.

Алгоритм индивидуализированного выбора целей терапии по HbA1c*

	Возраст		
	Молодой, до 45 лет	Средний, от 45 до 59 лет	Пожилой, от 60 до 74 лет и/или ОПЖ <5 лет
Нет тяжелых осложнений и/или риска тяжелой гипогликемии	<6,5%	<7,0%	<7,5%
Есть тяжелые осложнения и/или риск тяжелой гипогликемии	<7,0%	<7,5%	<8,0%

*Данные целевые значения не относятся к детям, подросткам и беременным женщинам.
ОПЖ – ожидаемая продолжительность жизни

Соответствие HbA1c и целевых значений пре- и постпрандиального уровня глюкозы*

HbA1c,%	Глюкоза плазмы натощак/перед едой, ммоль/л	Глюкоза плазмы через 2 часа после еды, ммоль/л
< 6,5	< 6,5	< 8,0

< 7,0	< 7,0	< 9,0
< 7,5	< 7,5	< 10,0
< 8,0	< 8,0	< 11,0

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

Показатели контроля липидного обмена у больных СД2

Показатели	Целевые значения, ммоль/л	
	Мужчины	Женщины
Общий холестерин	< 4,5	
Холестерин ЛНП	< 2,6** (< 1,7 у лиц с ИБС и/или ХБП 3а и более)	
Холестерин ЛВП	> 1,0	> 1,2
Триглицериды	< 1,7	

Показатели контроля артериального давления у больных СД2²

Систолическое АД ≤ 130 мм рт.ст.; Диастолическое АД > 70 и ≤ 80 мм рт.ст.

¹ В стандарт медицинской помощи при СД2 не вошел новый класс сахароснижающих препаратов - ингибиторы НГЛТ-2 (эмпаглифлозин 10-25 мг, - дапаглифлозин 5-10 мг, - канаглифлозин 100-300 мг), однако согласно опубликованному в ноябре 2015 г. итоговому результату крупного плацебоконтролируемого исследования EMPA-REG Outcome (N Engl J Med 2015; 373: 2117-2128), терапия эмпаглифлозином приводила к снижению риска сердечно-сосудистой смертности (относительное снижение риска на 38%), частоты случаев госпитализации по поводу сердечной недостаточности (относительное снижение риска на 35%), а также общей смертности (относительное снижение риска на 32%). Кроме того, препараты этой группы характеризуются низким риском развития гипогликемии, обуславливают умеренное снижение АД и массы тела.

² Согласно международным и российским рекомендациям по лечению пациентов с артериальной гипертензией лица с сахарным диабетом относятся к группе лиц с высоким дополнительным риском сердечно-сосудистых осложнений. Основными предпочтительными классами антигипертензивных препаратов для лечения АГ у лиц с СД являются ИАПФ и БРА, и их комбинации с дигидропиридиновыми антагонистами кальция. Телмисартан - представитель класса БРА, единственный сартан, который показан для лечения артериальной гипертензии и снижения сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности у пациентов в возрасте 55 лет и старше с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний (исследование ONTARGET, 2008). Фармакологической особенностью телмисартана является частичная активация нуклеарных рецепторов PPAR-γ наряду с высокоселективной блокадой рецепторов к ангиотензину II, что позволяет положительно влиять на показатели инсулинорезистентности, улучшать показатели углеводного и липидного обмена.

Учебное издание

Бойцов С. А., Ипатов П. В., Калинина А. М., Андреев Е. Ю., Сердюк С. Е.,
Колос И. П., Дудинская Е. Н., Творогова Т. В., Пулин А. А., Биличенко Т. Н.,
Шилов Е. М., Бобкова И. Н., Швецов М. Ю., Амелина Е. Л.

**Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными
заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития**
Методические рекомендации (краткий вариант)

Под редакцией С. А. Бойцова и А. Г. Чучалина

Научный редактор: Ипатов П.В.
Дизайн и компьютерная верстка И. Н. Глазуновой

Подписано в печать 28.03.2016. Формат 70x100/16.
Усл. изд. л. 2,92. Тираж 5000 экз. Изд. № 16582

