



Органы исполнительной власти
субъектов Российской Федерации в
сфере охраны здоровья

**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**
(Минздрав России)

Рахмановский пер., 3, Москва, ГСП-4, 127994
тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58

18.01.2019 № *17-5/9414*

На № _____ от _____

Департамент организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Министерства здравоохранения Российской Федерации, сообщает что главным внештатным специалистом по терапии и общей врачебной практике Минздрава России О.М. Драпкиной совместно с коллективом экспертов с целью оптимизации оказания первичной медико-санитарной помощи участковыми терапевтами на амбулаторном этапе разработано пособие для врачей-терапевтов «Краткие алгоритмы ведения пациентов на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи» (далее – пособие).

Алгоритмы ведения пациентов на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи были апробированы на фокус-группах практикующих терапевтов-участковых в различных субъектах Российской Федерации и получили положительную оценку.

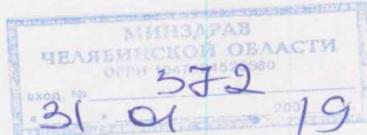
Прошу довести указанное пособие до руководителей медицинских организаций, а также врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейный врач).

Приложение: на 15 л. в 1 экз. (в электронном виде).

Заместитель
директора Департамента

Э.К. Вергазова

Громыхалина А.Р. 8 (495) 627-24-00 (доб. 1791)



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

Пособие для врачей-терапевтов

Москва, 2019

Под редакцией Драпкиной О.М.

Коллектив авторов:

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

Предисловие

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

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

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

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПЕРВИЧНЫХ НЕОБСЛЕДОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С СИМПТОМАМИ ДИСПЛЕСИИ НА ЭТАПЕ ПЕВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ*

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

Предварительный диагноз: Дисплесия Неуточненная (МКБ-10: К31.9)
Обследование согласно Приказу МЗ РФ №248. Исключить тревожные признаки.
Стартовая терапия на период обследования: ИПП (омепразол или рабепразол 20 мг/сут), ПРОКИНЕТИКИ (домперидон 30 мг/сут).

Эзофагогастроуденоскопия. Исследование на *H. pylori*:

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

Тревожные признаки «+»

НР «-»

Симптомы дисплесии сохраняются более 6 мес.

Симптомы дисплесии прошли до 6 мес.

Дисплесия ассоциированная с инфекцией *H. pylori* (МКБ-10: B98.0)
 ИПП (омепразол или рабепразол 20 мг/сут),
 ПРОКИНЕТИКИ (домперидон 30 мг/сут) 4 нед.

Эрадикационная терапия.

Симптомы дисплесии сохраняются более 6 мес.

НР «+»

Экстренная госпитализация, консультация хирурга и др. специалистов:

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

Плановая госпитализация:

- Тяжелая соматическая патология, пожилой возраст.

Дополнительные обследования, консультации «узких специалистов»:
 Дебют дисплесии после 45 лет, короткий (менее 6 месяцев) анамнез.

- Симптомы носят постоянный или прогрессирующий характер.
- Ночная симптоматика, вызывающая пробуждение.

- Дисфагия, необъясненное снижение массы тела.

- Изменения, выявленные при физикальном обследовании больного или при рутинных исследованиях *
- Подозрение на онкологию, выявление предраковых заболеваний ЖКТ, семейный анамнез по онкологическим заболеваниям.
- Язва желудка.

- ГЭРБ 2-4 стадии (по Савари-Миллеру) или В-Д степени (по Лос-Анджелесской классификации).

- Отсутствие эффекта от проводимой терапии.

Гастриты, дуодениты (МКБ-10: K29)

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

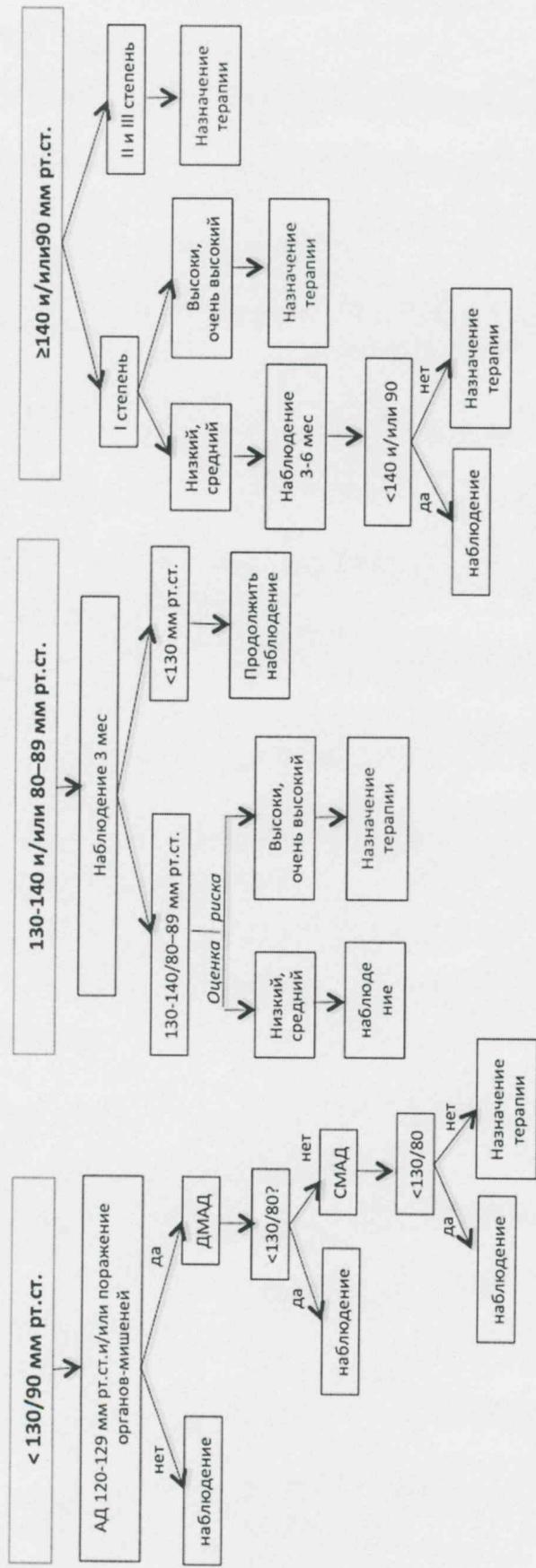
Язвенная болезнь ДПК, неосложненная (МКБ-10: K26)

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

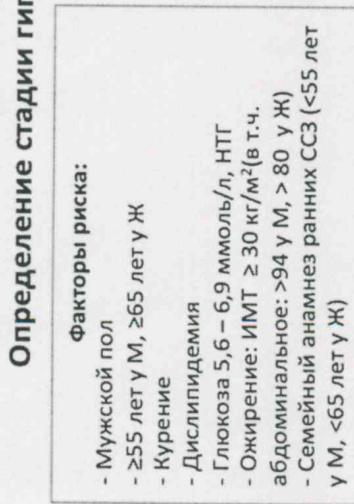
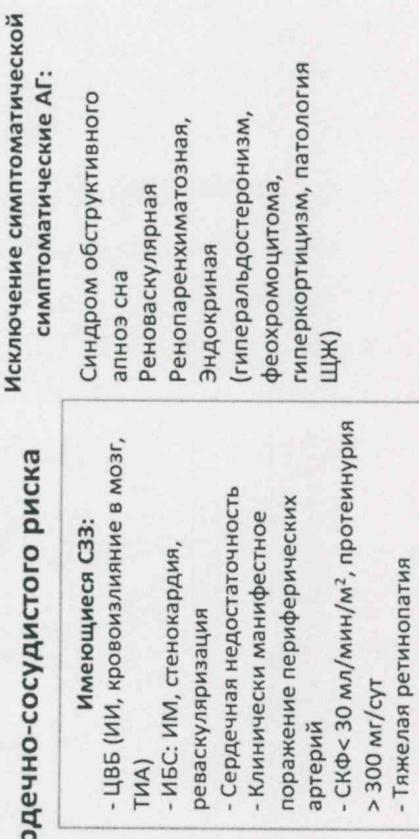
ГЭРБ без эзофагита*** (МКБ-10: K21.9). ГЭРБ с эзофагитом (МКБ-10: K21.0)

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

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ



Определение стадии гипертонической болезни, сердечно-сосудистого риска



Исключение симптоматической АГ:

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

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

Рациональные и нерациональные комбинации антигипертензивных препаратов



Выбор препарата в зависимости от клинической ситуации

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

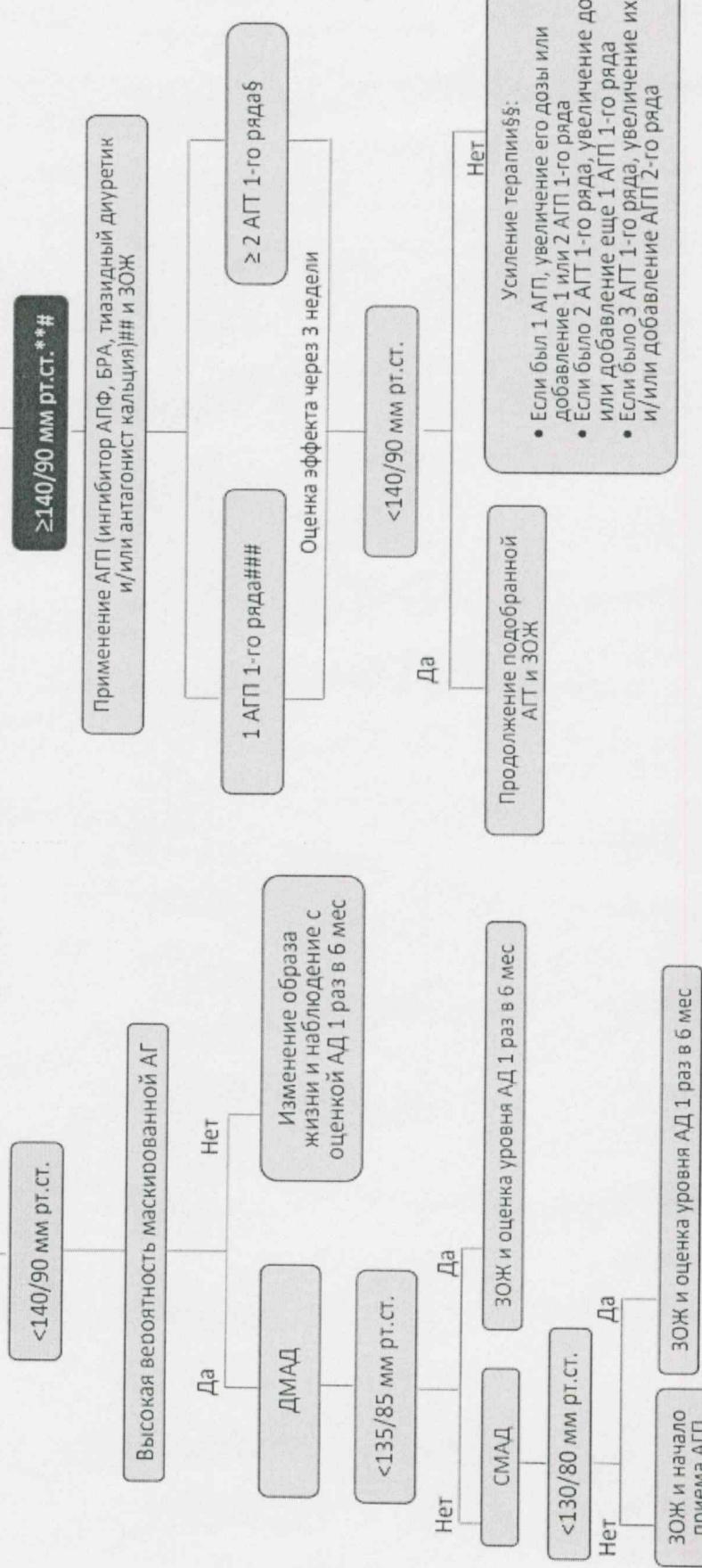
Порядок амбулаторного наблюдения при АГ

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

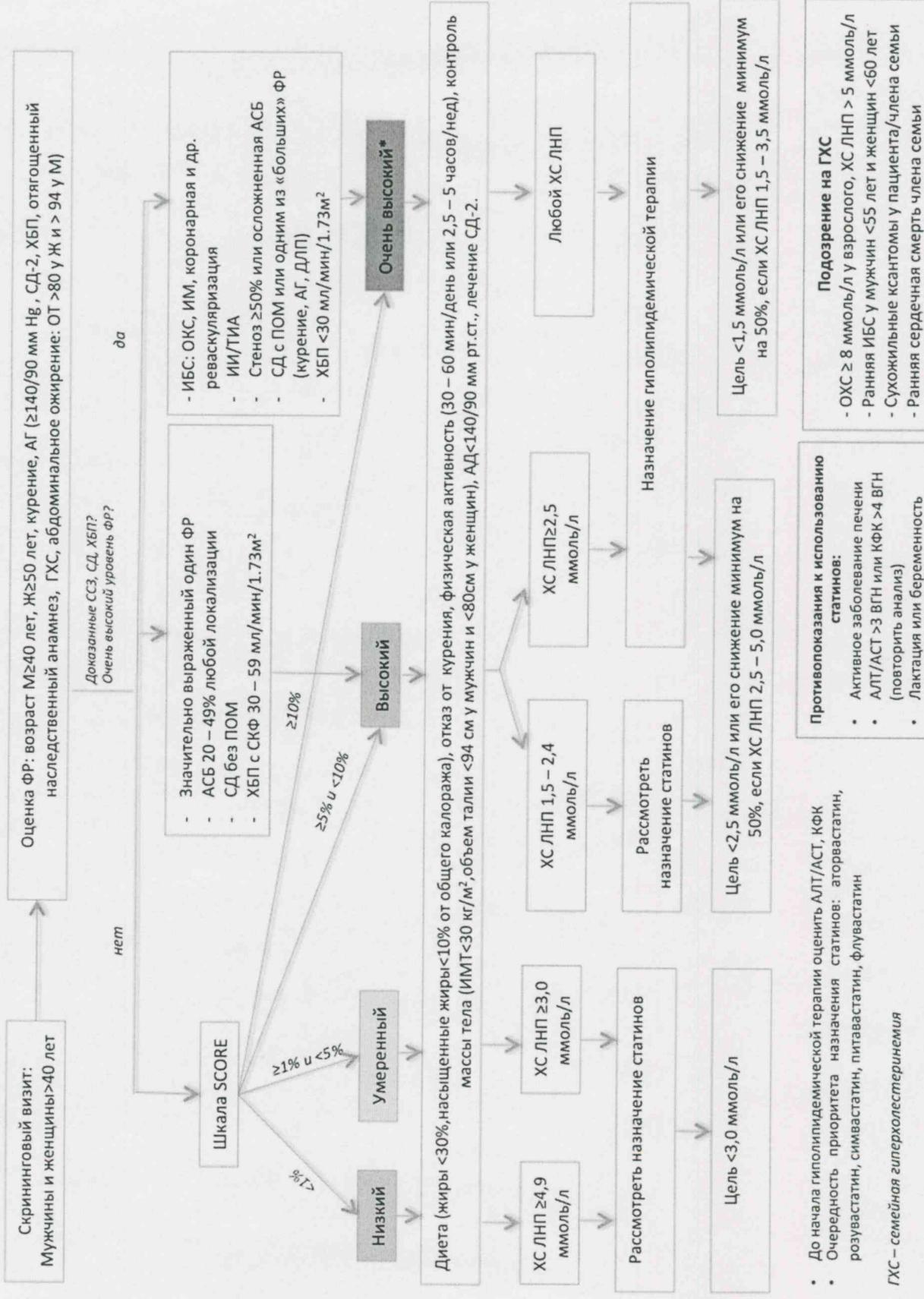
*Оценка эффективности подобранный схемы лечения – через 3-4 нед.

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

Измерение АД*



АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНEMИЕЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ



Выбор гиполипидемической терапии

Противопоказания к использованию статинов?

нет

Статин
(макс. переносимая доза)

целевой уровень достигнут?

продолжение терапии
↑ до макс. переносимой
целевой уровень достигнут?

да
нет

Контроль липидов и АЛТ/АСТ через 8±2 недели после начала терапии и изменения дозы
Есть ССЗ?

да
нет

После достижения целевых уровней контроль 2 раза в год

Визит через 3 месяца после начала терапии

да
нет

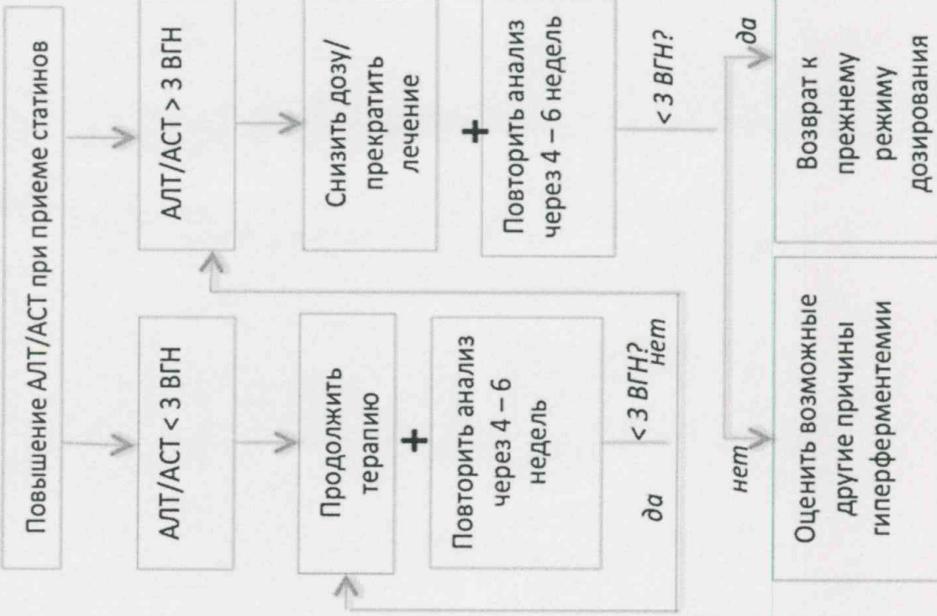
оценить возможные другие причины гиперферментемии

возврат к прежнему режиму дозирования

Кардиологом наблюдаются больные

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

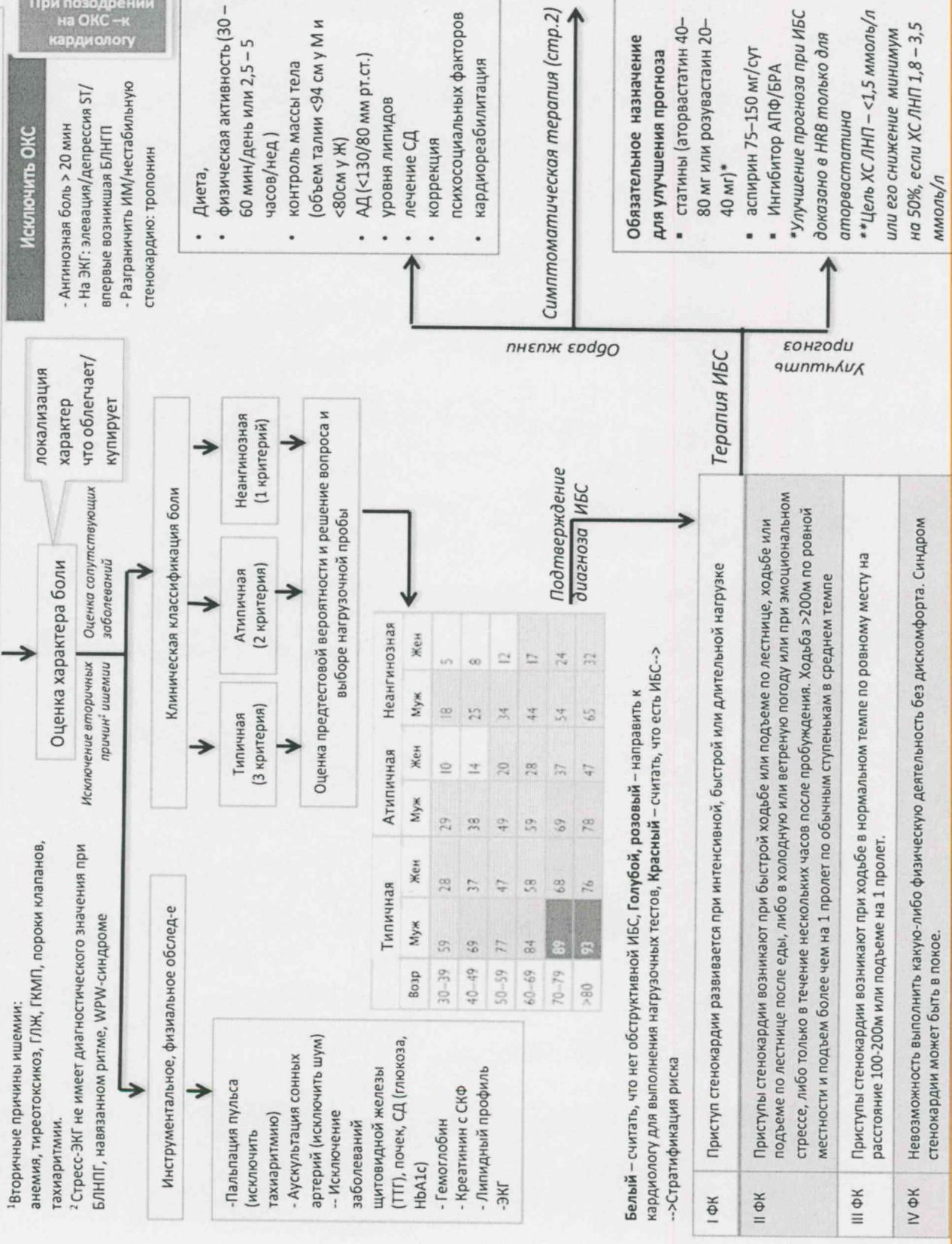
Контроль переносимости статинов (АЛТ/АСТ)



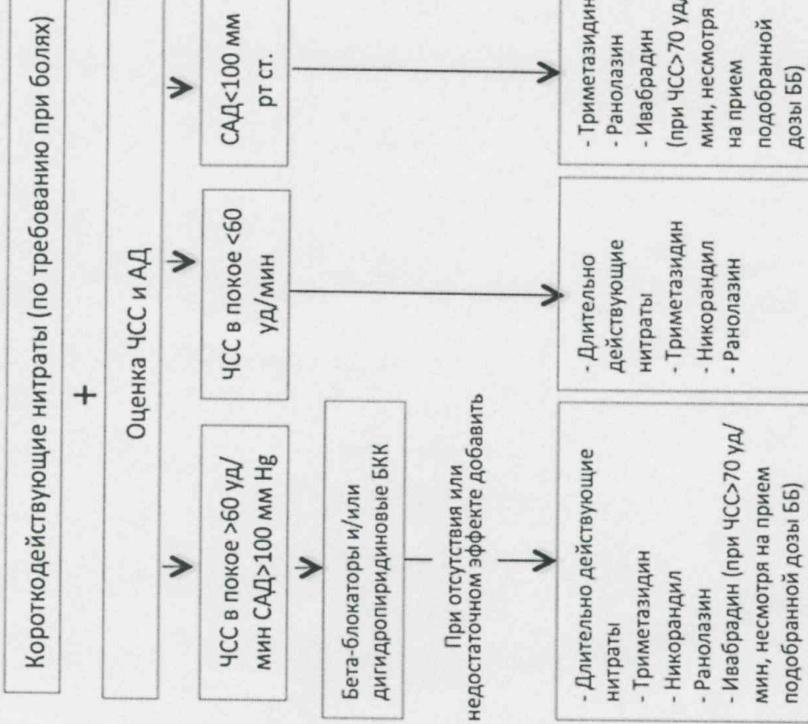
Алгоритм обследования и лечения больного с стабильной ишемической болезнью сердца в амбулаторных условиях

Пациент с болью в грудной клетке → Оценка ФР ИБС: АГ, гиперхолестеринемия, СД-2, малоподвижный образ жизни, ожирение, курение, семейный анамнез

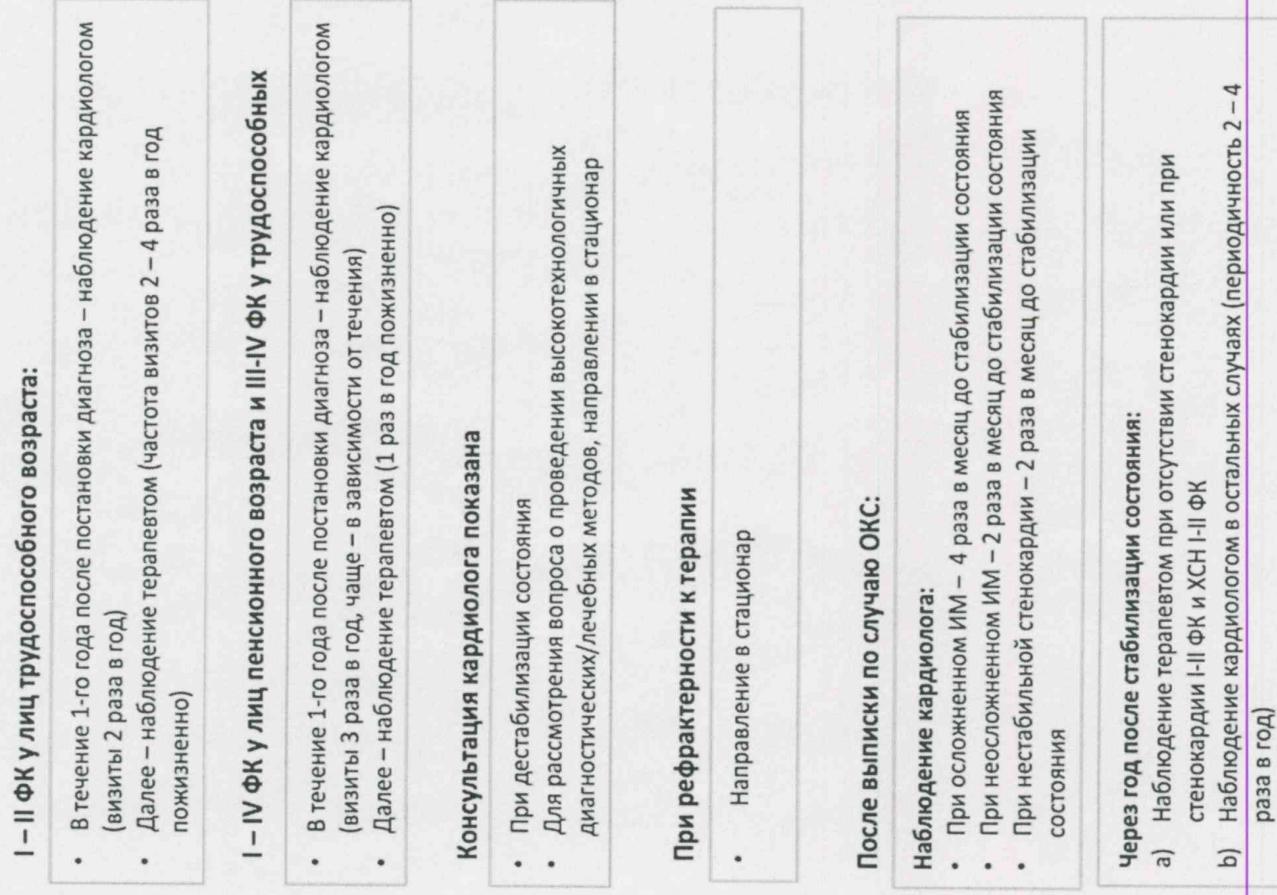
- 1 Вторичные причины ишемии:
- анемия, тиреотоксикоз, ГЛЖ, ГМП, пороки клапанов, тахикардия.
- 2 Стress-ЭКГ не имеет диагностического значения при БЛНГП, навязанном ритме, WPW-синдроме



Алгоритм выбора симптоматической терапии



Наблюдение за больными со стабильной ИБС



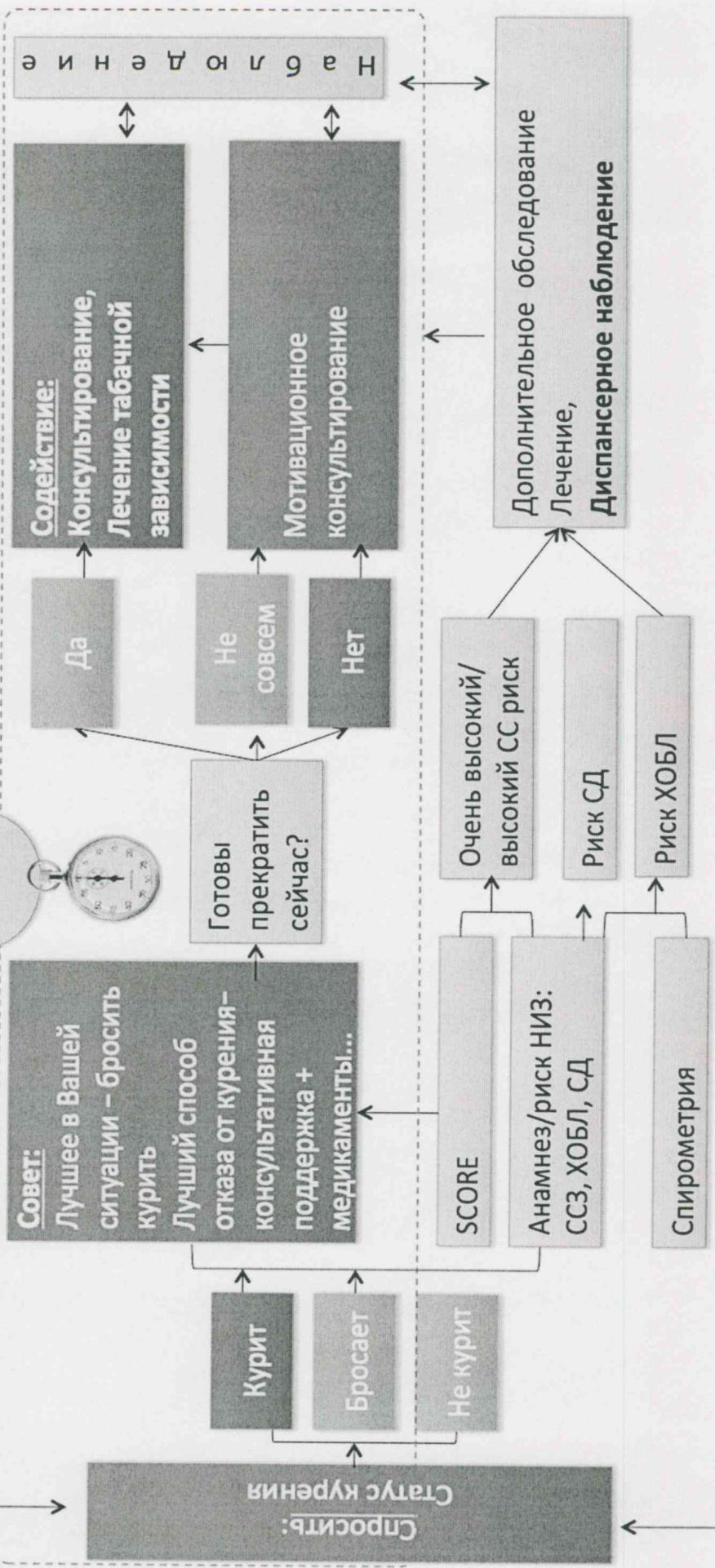
При стабильном состоянии после проведенного неосложненного ЧКВ по поводу стабильной ИБС:

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

Алгоритм консультирования курящего пациента

Терапевт
/ОМП/КМП/Кабинет отказа от курения Терапевт

5 «С»

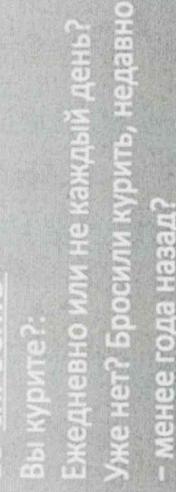


С диспансеризации: ОМП/КМП

Алгоритм краткого консультирования курящего пациента: 5 «С»

1C СПРОСИТЬ

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



2C СОВЕТОВАТЬ Индивидуальный и аргументированный совет

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

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

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

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



4C СОЛЕНСТВОВАТЬ

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

- Запишитесь ко мне на прием, когда будете готовы
- Возьмите, наш буклет, здесь информация как бросить курить и наши контакты.

Готовы бросить курить

- Давайте рассмотрим, какой способ лечения табачной зависимости Вам наиболее подходит
- Если готовы, давайте назначим дату отказа....
- Попробуем начать терапию выбранным препаратом

Запишитесь ко мне на прием для назначения / коррекции лечения ИЛИ

- Пожалуйста, пройдите в наше ОМП/Кабинет отказа от курения
- Ждем Вас на повторную консультацию (дата и время)
- Если будут вопросы, позвоните...

5C СОСТАВИТЬ РАСПИСАНИЕ последующих визитов

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

Алгоритм краткого консультирования курящего пациента (5 «С»)

СПРОСИТЬ

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

СОВЕТОВАТЬ

Индивидуальный и аргументированный совет

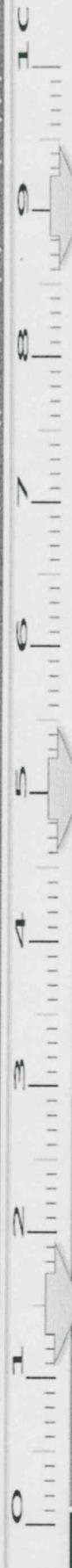
- Лучший способ снизить риск заболевания/справиться с вашим заболеванием/повысить эффективность лечения – полностью отказаться от курения/остаться некурящим....
- Лучший способ отказаться от курения – сочетание психологической поддержки и лекарственного лечения

ЗС_СВЕРИТЬ Оценить готовность бросить курить + интенсивность курения и никотиновую зависимость у готовых бросить курить

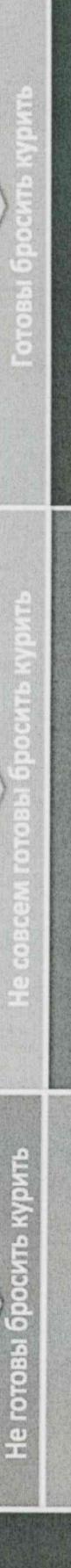
1) Готовы бросить курить, скажем, в ближайший месяц? (Можно оценить по 10 бальной шкале)

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

Не готовы бросить курить



Готовы бросить курить



- Существуют следующие методы лечения табачной зависимости..
- Пожалуйста, пройдите в наше ОМП/Кабинет отказа от курения для консультации и дальнейшего лечения ИЛИ
- Запишитесь ко мне на прием, когда будете готовы
- Возьмите, наш буклет, здесь информация как бросить курить и наши контакты.
- Давайте рассмотрим, какой способ лечения табачной зависимости Вам наиболее подходит
- Если готовы, давайте назначим дату отказа. ...
- Попробуем начать терапию выбранным препаратом
- Запишитесь ко мне на прием для назначения / коррекции лечения ИЛИ
- Пожалуйста, пройдите в наше ОМП/Кабинет отказа от курения

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

СОСТАВИТЬ РАСПИСАНИЕ
последующих визитов



COAENCTBOBAPT

Фармакотерапия табачной зависимости

ВАРЕННИКИН

(при любом уровне зависимости)

- С 18 лет, противопоказан при беременности и лактации,
- терминальной стадии почечной недостаточности,
- индивидуальной непереносимости

Назначение и дозировки

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

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

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

Никотинзаместительная терапия (НЗТ)

Противопоказана при гиперчувствительности.

- С осторожностью при ССЗ, ЯБЖ, нарушении функций печени, почек, гипертриеозе, феохромоцитоме, сахарном диабете, беременности и лактации

Жевательная Резинка ИЛИ Подъязычные Таблетки 4 мг; 8-12 резинок (макс. 15

или 2x 8-12 таблеток в сутки (макс. 30) в первые 3 мес после отказа от курения, затем снизить до 1-2 резинок или 2-4 таблеток в сутки (макс. 6 мес); ЛИБО Пластирь 25 мг/16 ч 8 недель, 15 мг/16 ч 2 нед.

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

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

ЦИТИЗИН

Противопоказания: ОИМ,

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

Назначение и дозировки

- С 1 по 3 день по 1 таб. 6 р/д каждые 2 часа
- С4, по 12, день по 1 таб. 5 р/д каждые 2,5 часа
- С13 по 16 день по 1 таб. 4 р/д каждые 3 часа
- С17 по 20 день 3 р/д по 1 таб. каждые 5 ч
- С 21 по 25 день 2 р/д по 1 таб.

Алгоритм диагностики и лечения пациентов с сахарным диабетом 2 типа

Группы риска развития СД 2 типа

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

Скрининг (глюкоза натощак/ПГТТ)

Нормальная ИМТ, нет ФР, ≥45 лет ИМТ ≥25кг/м², ≥1 ФР, любой возраст

- Если норма – обследование 1 раз в 3 года
- Если предиабет – обследование 1 раз в год
- Если дебют СД – ежедневно несколько раз. Далее – в зависимости от вида сахароснижающей терапии.

| | Норма* | НГН | НГТ | СД ¹ | | | |
|---------------|--------|------|-------------|-----------------|--------------|--------------------|-------|
| | | | | КК | ВП | КК | ВП |
| Натощак | <5,6 | <6,1 | ≥5,6 и <6,1 | ≥6,1 и <7,0 | <7,0 | ≥6,1 | ≥7,0 |
| 2ч после ПГТТ | <7,8 | <7,8 | <7,8 | <7,8 и <11,1 | ≥7,8 и <11,1 | ≥11,1 ² | ≥11,1 |

Коррекция образа жизни³

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

Оценка осложнений СД

- Острые
 - Гиперосмолярная кома
 - Гипогликемия
- Поздние
 - Макроангиопатия, нефро-, ретино-, нейропатия, синдром диабетической стопы

АГ – артериальная гипертензия, АГП-1 – агонисты рецепторов глюкагонолипидного пептида-1, ВП – венозная плазма, ГКС – глюкокортикоиды, иДГП-4 – ингибиторы фосфодиэстеразы-4, иНГП-2 – ингибиторы натрий-глюкозного ко-транспортера 2-го типа, КК – капиллярная кровь, ИМТ – индекс массы тела, НГТ – нарушение толерантности к глюкозе, НГН – нарушение гликемии напитком, ОГН – ожидаем массы тела, ПГТТ – пероральные сахароснижающие препараты, СМ – препараты сульфонилмочевины, ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания, СПКЯ – синдром поликистозных яичников, СКФ – скорость клубочковой фильтрации, ТЗД – тиазодициклины, ГГ – глюкоза плазмы в минутах, ФР – фактор риска, ХС-ЛПВП – холестерин липопротеидов высокой плотности

* Значение гликемии в ммоль/л

¹ – диагноз СД может быть поставлен на основании НbA1с ≥6,5%

² – в т.ч. при случайном определении гликозы при наличии симптомов гипогликемии

³ – см. далее

⁴ – тяжелое гипогликемия: тяжелая гипогликемия в анамнезе, бессимптомная гипогликемия, большая продолжительность СД, ХБГ ≥C3, декомпенсация

Определение терапевтических целей по НbA1с

| | | Возраст |
|---|---------|---------|
| Тяжелые макрососудистые осложнения и/или риск тяжелой гипогликемии ⁴ | Молодой | Средний |
| Нет | <6,5% | <7,0% |
| Есть | <7,0% | <7,5% |

Основы лечения СД 2 типа

КОРРЕКЦИЯ ОБРАЗА ЖИЗНИ³

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

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- Пероральные сахароснижающие препараты (метформин, иДГП-4, СМ/глиниды, ТЗД, иНГП-2), аГП-1, базальный инсулин, инсулин короткого действия)
- Строится на основании учета rationalности комбинаций.
- Нерациональные комбинации сахароснижающих препаратов
 - СМ + глинид
 - аГП-1 + иДГП-4
 - два препарата СМ
 - ТЗД + инсулин

АГ – артериальная гипертензия, АГП-1 – агонисты рецепторов глюкагонолипидного пептида-1, ВП – венозная плазма, ГКС – глюкокортикоиды, иДГП-4 – ингибиторы фосфодиэстеразы-4, иНГП-2 – ингибиторы натрий-глюкозного ко-транспортера 2-го типа, КК – капиллярная кровь, ИМТ – индекс массы тела, НГТ – нарушение толерантности к глюкозе, НГН – нарушение гликемии напитком, ОГН – ожидаем массы тела, ПГТТ – пероральные сахароснижающие препараты, СМ – препараты сульфонилмочевины, ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания, СПКЯ – синдром поликистозных яичников, СКФ – скорость клубочковой фильтрации, ТЗД – тиазодициклины, ГГ – глюкоза плазмы в минутах, ФР – фактор риска, ХС-ЛПВП – холестерин липопротеидов высокой плотности

* Значение гликемии в ммоль/л

¹ – диагноз СД может быть поставлен на основании НbA1с ≥6,5%

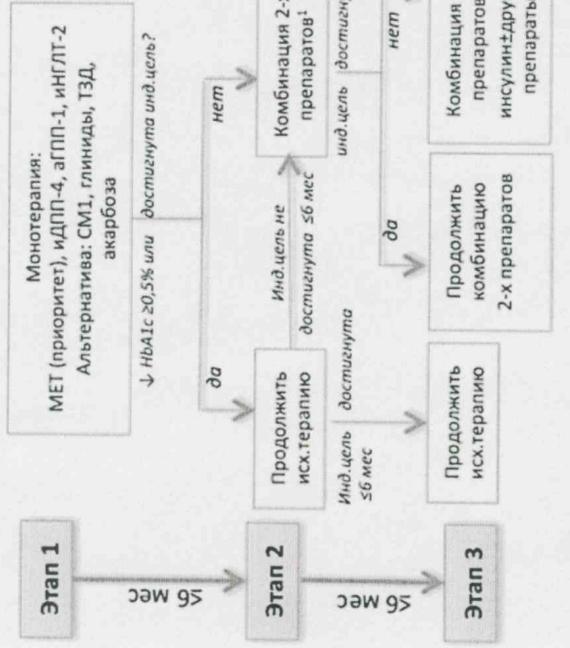
² – в т.ч. при случайном определении гликозы при наличии симптомов гипогликемии

³ – см. далее

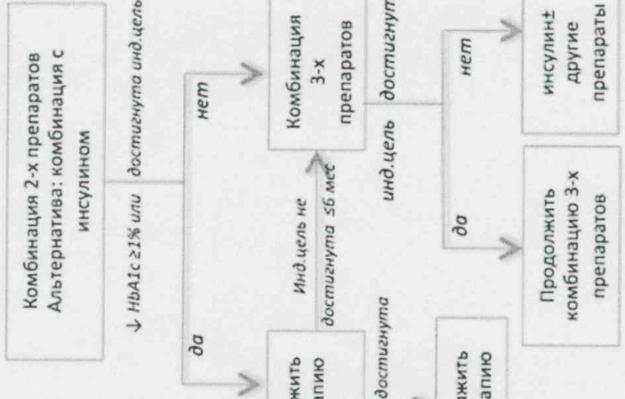
⁴ – тяжелое гипогликемия: тяжелая гипогликемия в анамнезе, бессимптомная гипогликемия, большая продолжительность СД, ХБГ ≥C3, декомпенсация

Подход к медикаментозной терапии при СД 2 типа

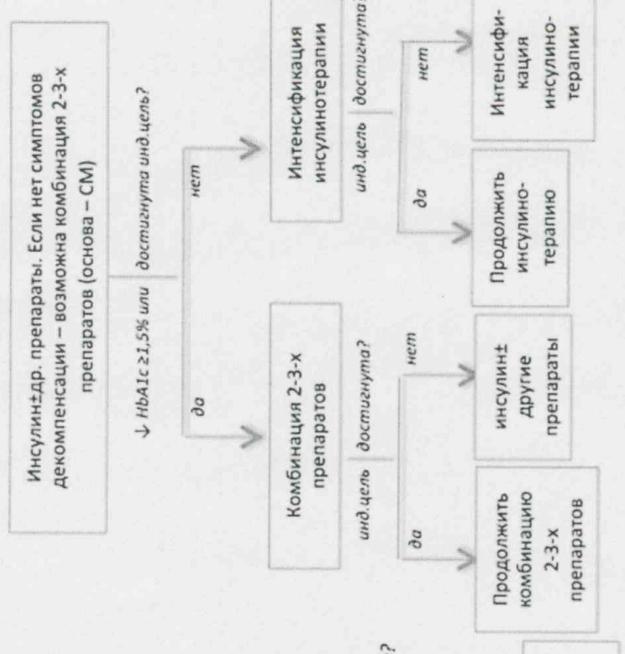
HbA1c 6,5 – 7,5% в дебюте



HbA1c 7,6 – 9,0% в дебюте



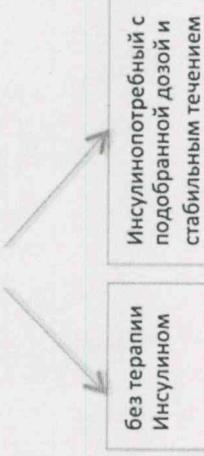
HbA1c > 9,0%



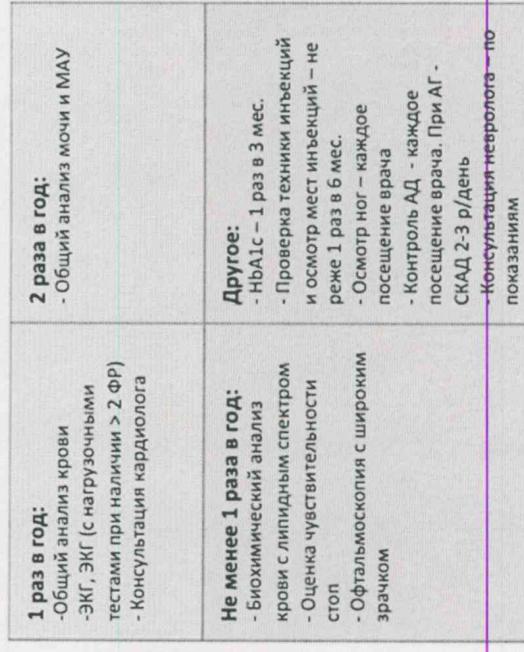
Препараты, не рекомендованные в определенной клинической ситуации

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

Периодичность консультаций эндокринолога/
диабетолога при СД 2 типа

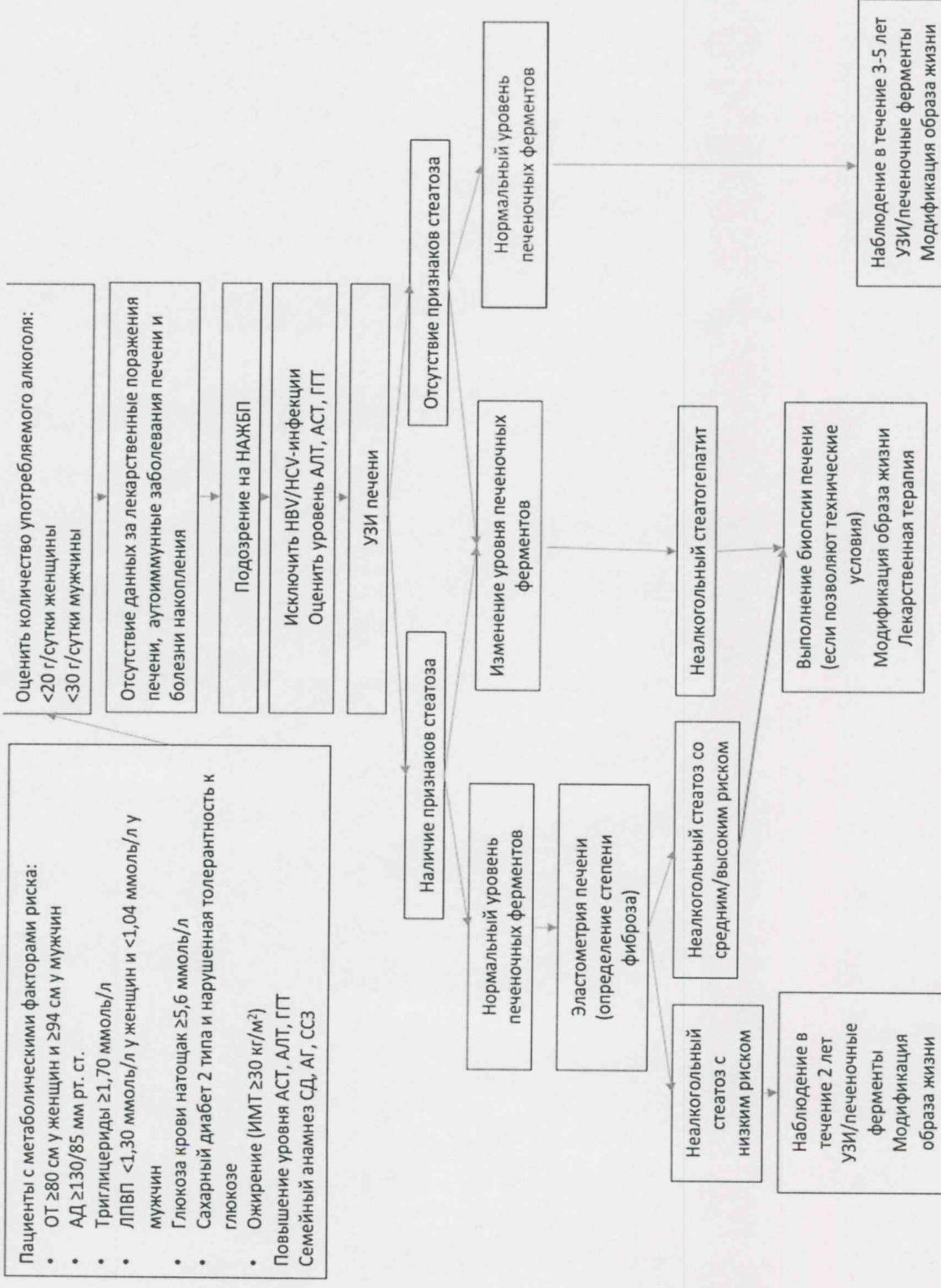


Частота мониторинга других показателей и
консультаций специалистов



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

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



НАЖБП

Неалкогольный стеатоз

Модификация образа жизни:

- Создать энергетический дефицит на 500–1000 ккал, чтобы вызвать снижение массы тела на 500–1000 г в неделю. Цель – ИМТ <25 кг/м²
- Исключить употребления консервированных пищевых продуктов и напитков и продуктов питания, содержащих фруктозу
- Физическая активность – 150 мин упражнений в неделю за 3–5 сеансов (предпочтительно, быстрая ходьба, тренировка на стационарном велосипеде, плаванье)

Модификация образа жизни:

- Создать энергетический дефицит на 500–1000 ккал, чтобы вызвать снижение массы тела на 500–1000 г в неделю. Цель – ИМТ <25 кг/м²
- Исключить употребления консервированных пищевых продуктов и напитков и продуктов питания, содержащих фруктозу
- Физическая активность – 150 мин упражнений в неделю за 3–5 сеансов (предпочтительно, быстрая ходьба, тренировка на стационарном велосипеде, плаванье)

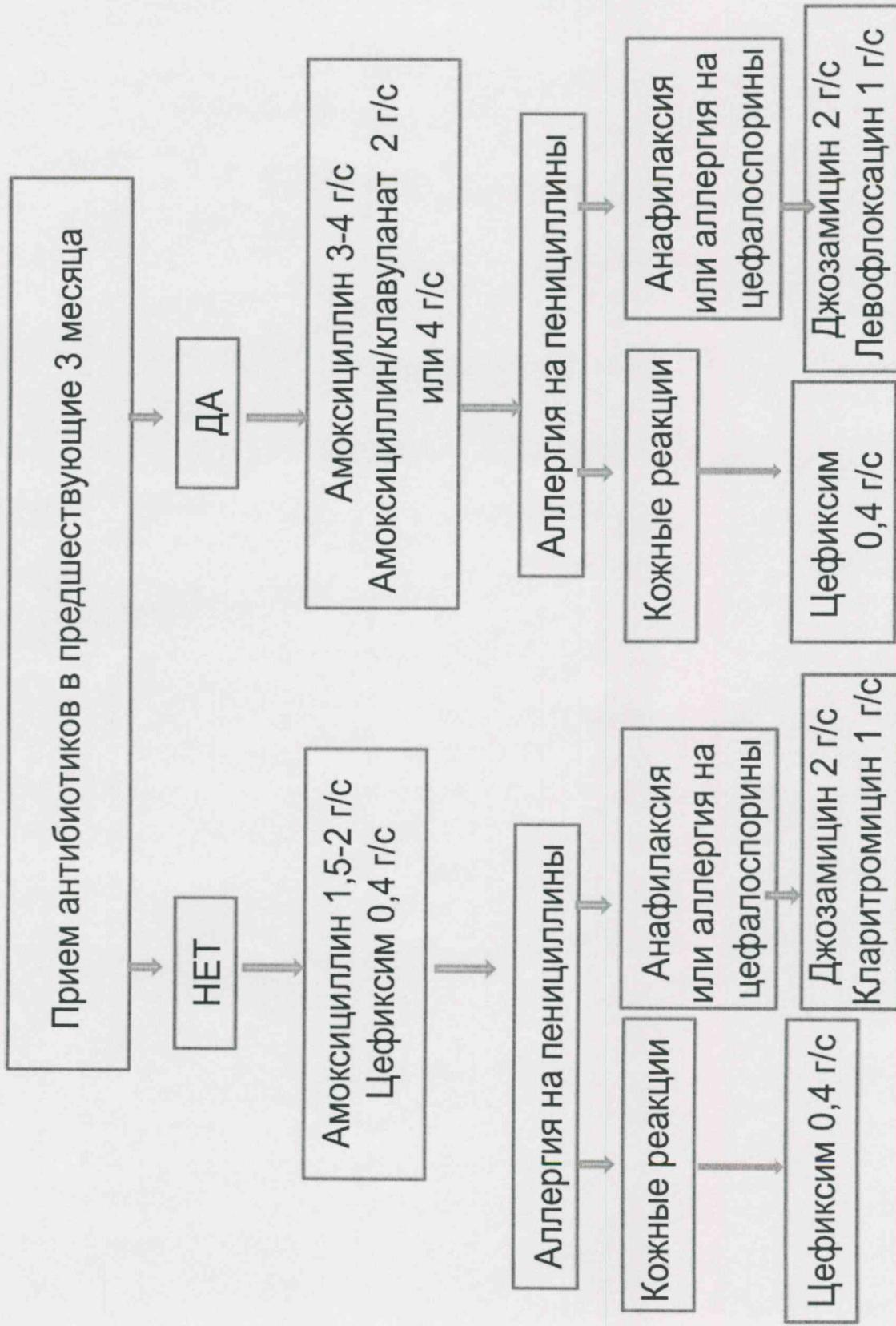
Неалкогольный стеатоз/фиброз

Модификация образа жизни:

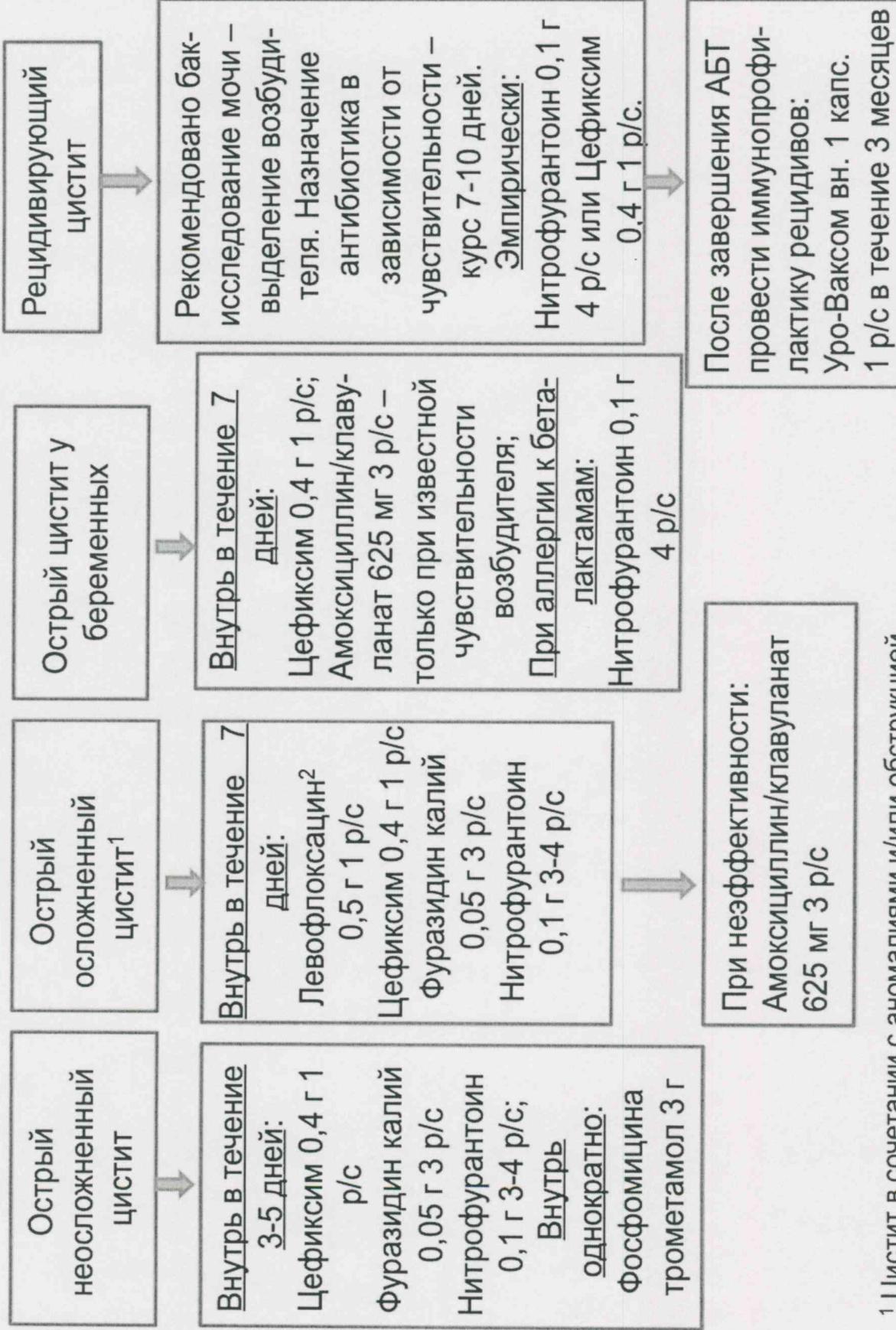
- Создать энергетический дефицит на 500–1000 ккал, чтобы вызвать снижение массы тела на 500–1000 г в неделю. Цель – ИМТ <25 кг/м²
- Исключить употребления консервированных пищевых продуктов и напитков и продуктов питания, содержащих фруктозу
- Физическая активность – 150 мин упражнений в неделю за 3–5 сеансов (предпочтительно, быстрая ходьба, тренировка на стационарном велосипеде, плаванье)

При лечении НАСГ лекарственные средства можно применять только как дополнение к мероприятиям по соблюдению здорового образа жизни при их недостаточной эффективности. Возможна назначение препаратов УДХК, S-аденозил-L-метионина, пиоглигазона, статинов.

Алгоритм антибактериальной терапии острого среднего отита



Алгоритм антибактериальной терапии острого и рецидивирующего цистита



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

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

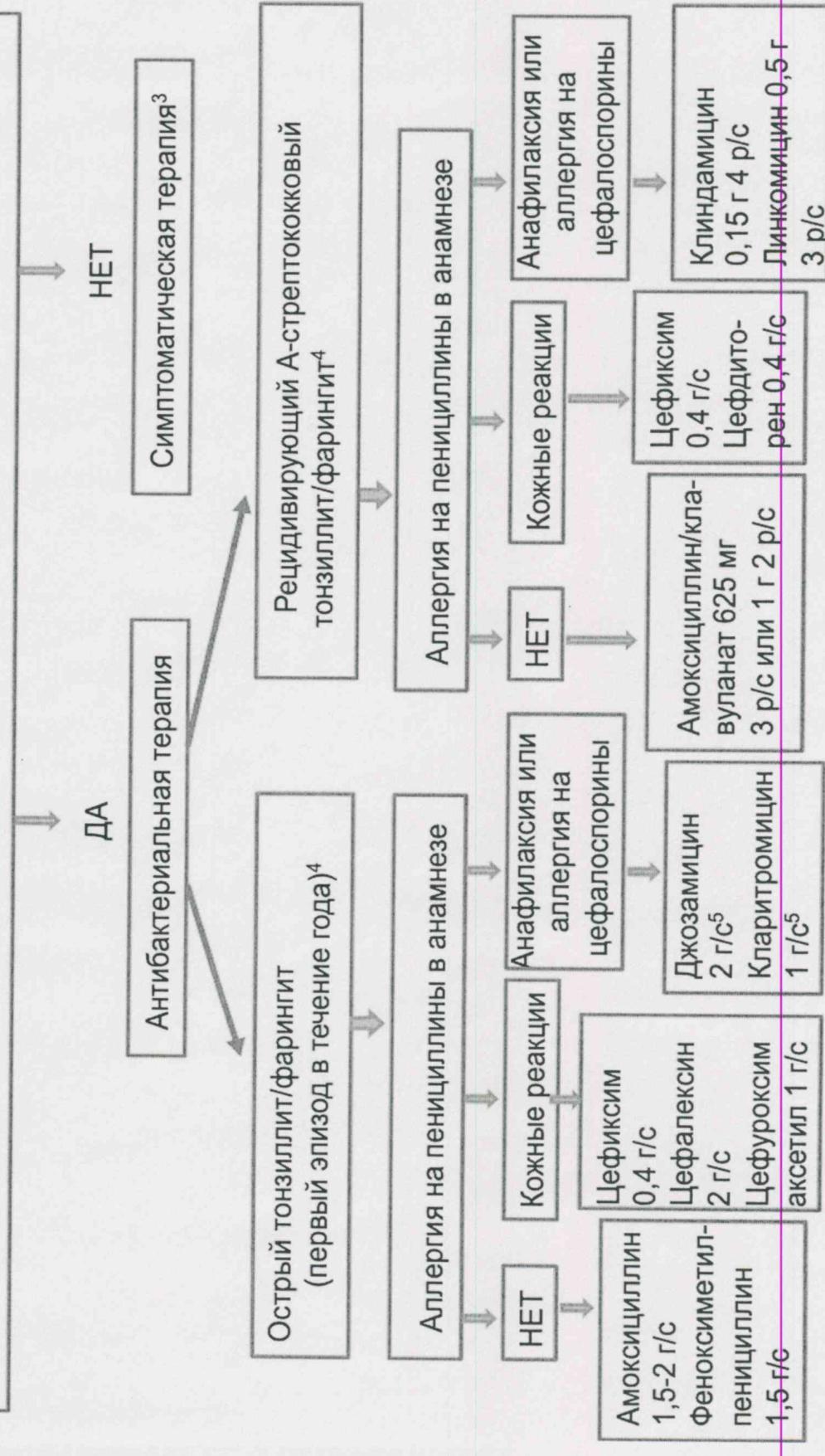
Алгоритм лечения острого и рецидивирующего тонзиллита и фарингита

Оценка показаний для назначения антибиотика

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

1. Положительный Стрептатест ИЛИ

2. Количество баллов по шкале McIsaac² ≥ 2



Легенда к алгоритму лечения острого и рецидивирующего тонзиллита/фарингита

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

2 Шкала McIsaac для оценки риска БГСА инфекции:

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

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

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

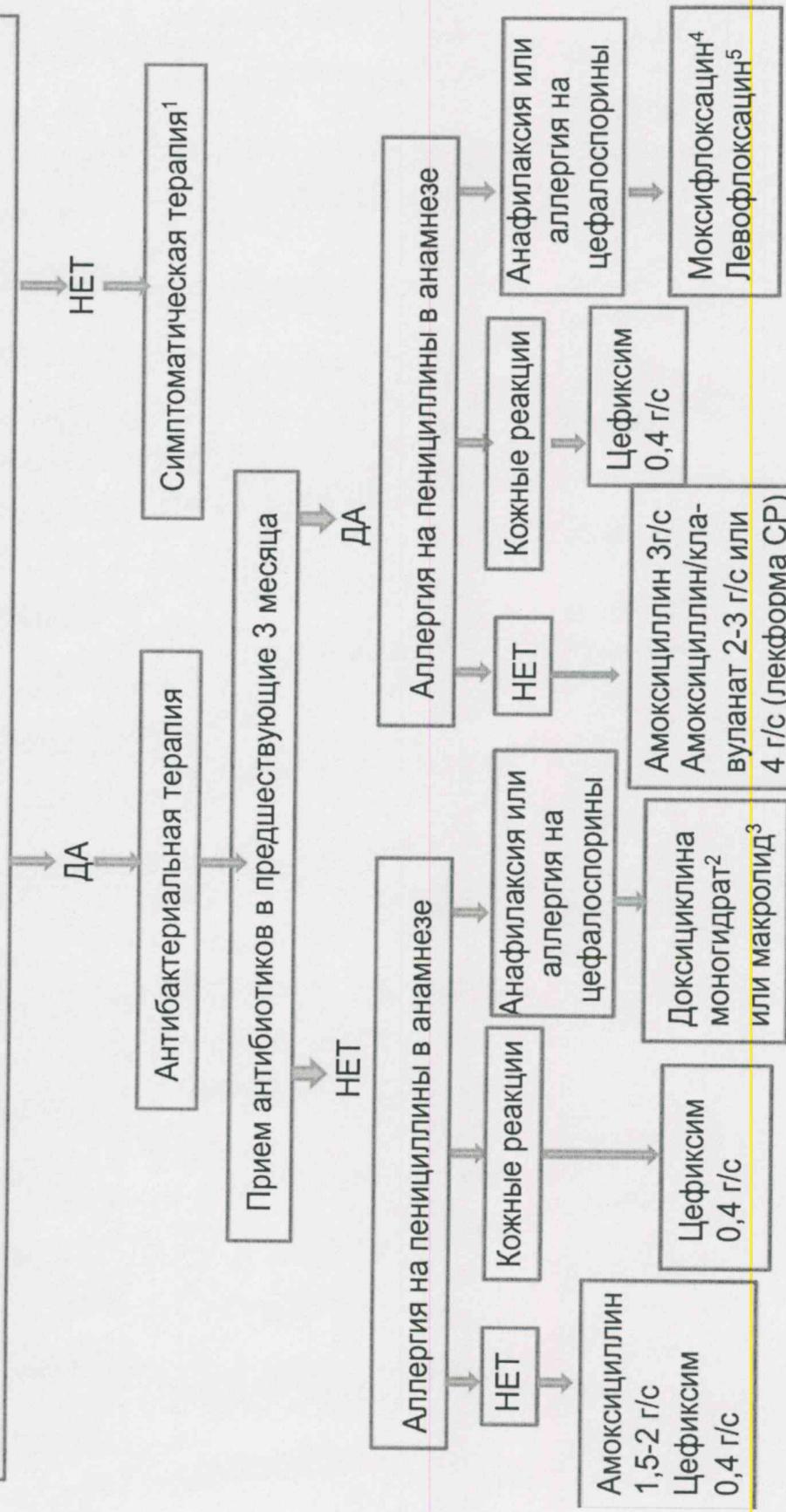
5 Предпочтительные 16-членные макролиды (джозамицин), так как к ним в РФ наблюдается меньший уровень устойчивости БГСА (*S.pyogenes*).

Алгоритм выбора антибиотика у больных с острым бронхитом

Оценка показаний для назначения антибиотика

Наличие одного или более критериев бактериальной инфекции:

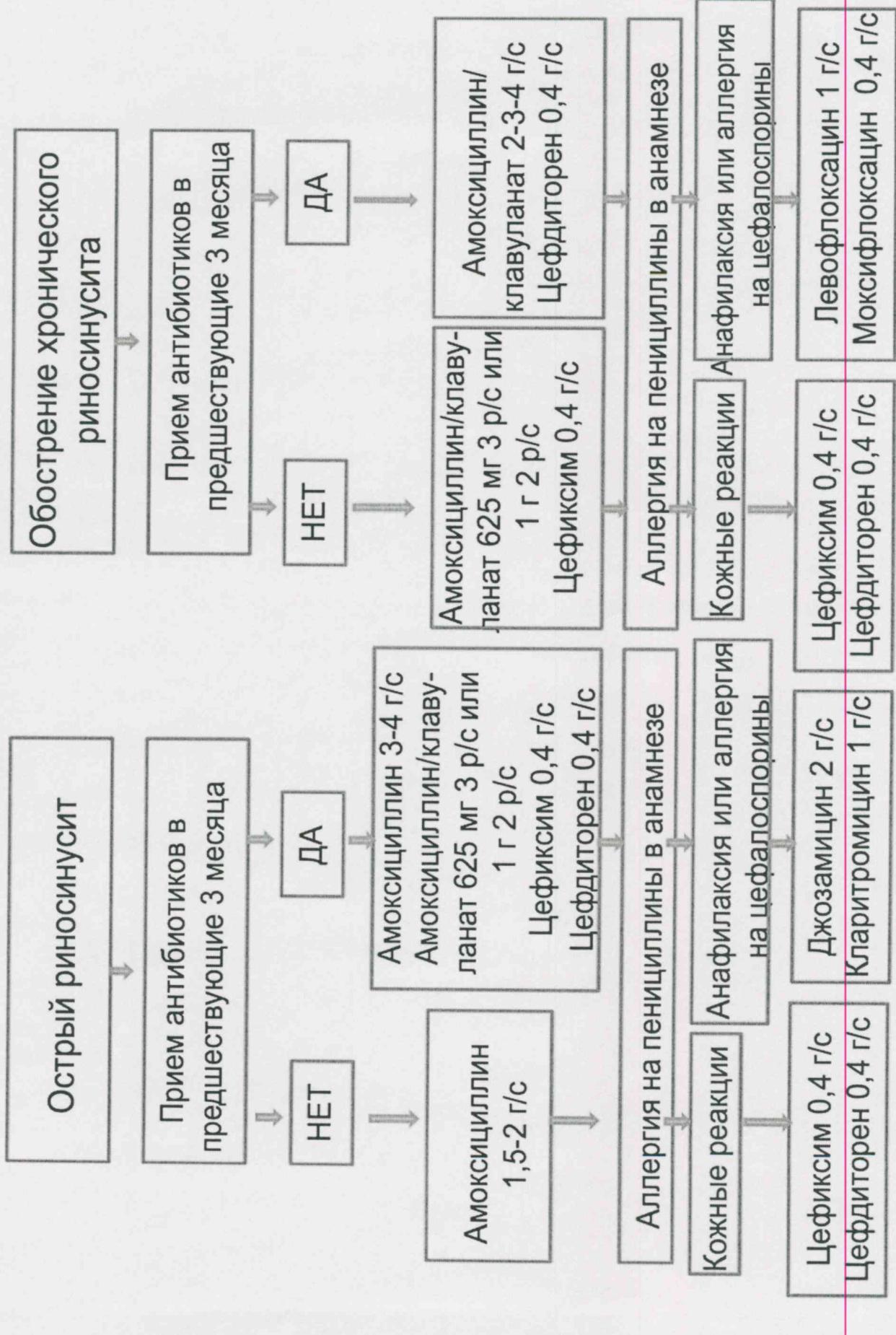
1. Возраст > 65 лет
2. Коморбидность: сахарный диабет, цирроз печени, ХПН, инфекция ВИЧ, нейтропения
3. Бронхобструкция, требующая назначения бронходилатических препаратов
4. Клиническая нестабильность: ЧД > 30/мин и/или $\text{SpO}_2 < 90\%$ и/или ЧСС > 100/мин
5. Длительность лихорадки > 5 дней



Легенда к алгоритму лечения острого бронхита

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

Алгоритм антибактериальной терапии бактериального риносинусита



Вакцинация взрослого населения

| вакцинация | Национальный календарь профилактических прививок (Приложение 1) Приказ Минздрава России №125н от 21.03.2014 г. ¹ | | Календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям (Приложение 2) Приказ Минздрава России №125н от 21.03.2014 г. | | |
|--|--|-----------------------|--|--|---------------------------|
| | обязательная | по состоянию здоровья | в очагах | проживание в эпидемически неблагоприятных регионах | отдельные контингенты лиц |
| | I | II | III | IV | V |
| 1 Дифтерия, столбняк (ДС) | + | | + | | |
| 2 Вирусный гепатит В (ВГВ) | + | | + | | |
| 3 Краснуха (КС) | + | | | | |
| 4 Корь (КР) | + | | | | |
| 5 Грипп (ГР) | + | | | | |
| 6 Пневмококковая инфекция (ПИ) | | + | | | |
| 7 Клещевой вирусный энцефалит (КВЭ) | | | | + | |
| 8 Вирусный гепатит А (ВГА) | | + | | + | |
| 9 Менингококковая инфекция (МГ) | | | + | + | |
| 10 Эпидемического паротита (ЭП) | | | + | + | |
| 11 Полиомиелит (ПЛ) | | | + | + | |
| 12 Ветряная оспа (ВО) | | + | | + | |
| 13 Желтая лихорадка (ЖЛ) | | | | + | |
| 14 Туляремия (ТЛ) | | | | + | |
| 15 Чума (Ч) | | | | + | |
| 16 Бруцеллез (БР) | | | | + | |
| 17 Сибирской язвы (СЯ) | | | | + | |
| 18 Бешенство (БШ) | | | | + | |
| 19 Лептоспироз (ЛЗ) | | | | + | |
| 20 Лихорадка Ку (ЛКу) | | | | + | |
| 21 Холера (ХЛ) | | | | + | |
| 22 Брюшной тиф (БТ) | | | | + | |
| 23 Шигеллез (ШЗ) | | | | + | |
| V₁, V₂, V₃ - вакцинация; RV – ревакцинация. | | | | | + |

1(ДС) а). RV каждые 10 лет, б). в очагах: контактные лица из очагов, не привитые, не имеющие сведений о профилактических прививках².
 2(ВГВ) а). 18-55 лет, не привитые ранее, схема 0-1-6 мес. б). контактные лица из очагов, не болевшие, не привитые и не имеющие сведений о профилактических прививках³.
 3(КС) женщины 18-25 лет, не привитые ранее (V1 через 3 мес. RV)⁴

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

13 (ЖЛ) проживающие за пределы РФ в энзоотичный район. RV - при необходимости через 10 лет после V_{1,12}.

14(ТЛ) проживающие на энзоотичные на энзоотичные по туляремии территории; выполняющие следующие работы: сельскохозяйственные, гидромелиоративные, контактные лица, подлежащие призыву на военную службу, дети и взрослые из групп риска (V₁).

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

⁶ Федеральные клинические рекомендации по вакцинопрофилактике пневмококковой инфекции <https://www.consultant.ru/poleznye-resursy/klinicheskie-rekomendatsii-po-vaktsinoprotifilaktike-pnevmutokkovoj-infektsii>

⁷ СП 3.1.3.2352-08 Профилактика клещевого энцефалита http://docs.cntd.ru/document/cons_doc_LAW_88997/

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

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

¹⁰ Инструкция по применению вакцины Вардигриппус: //gris.rosminzdrav.ru/Gris_View_v2.aspx?routingGuid=4el2e2810-85fa2-4529-8377-0d6fbfc35555&I=2014ab31c5f-4892-98dd-4eb10sec3f43

¹¹ МУ 3.3-1889-04-2-3 «Применение вакцины против желтой лихорадки живой сухой https://gris.rosminzdrav.ru/Gris_View_v2.aspx?routingGuid=1f26559e-c79d-4a48-b21f-f9d8618a9f98&t=7af2120d-d15f-4e8f-9456-c41bc44e726e

¹² Иструкция по применению вакцины против желтой лихорадки живой сухой https://gris.rosminzdrav.ru/Gris_View_v2.aspx?routingGuid=1f26559e-c79d-4a48-b21f-f9d8618a9f98&t=7af2120d-d15f-4e8f-9456-c41bc44e726e

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

15(Ч) проживающие на энзоотичных по чуме территориих; лица, работающие с живыми культурами возбудителя чумы (V₁, через 6-12 мес. RV)^{15,16} .
16(БР) в очагах козье-овенчего типа бруцеллеза лица, выполняющие следующие работы: по заготовке, хранению, обработке сырья и продуктов животноводства, полученных из хозяйств, где регистрируются заболевания скота бруцеллезом, по убою скота, больного бруцеллезом, заготовке и переработке полученных от него мяса и мясопродуктов.

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

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

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

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

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

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

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

¹⁴ Инструкция по применению туляремийной вакцины https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=89742834-00d8-4fba-84de-15582da3a887&l=baa24274-448a-4746-8802-03076992654b

¹⁵ Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 29.03.2017 N 44 "Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.7.3465-17 "Профилактика чумы" (вместе с "СП 3.1.7.3465-17". Санитарно-эпидемиологические правила...") (Зарегистрировано в Министерстве России 16.08.2017 N 4781) http://www.rosptrebnadzor.ru/documents/details.php?ELEMENT_ID=9004

¹⁶ Инструкция по применению вакцины чумной живой https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=57661986-a4ad-4649-8183-aec53cc8e8f11&l=577b1c889-23a7-4e9f-af9b-53847be095b

¹⁷ Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 26.04.2010 N 39 "Об утверждении СП 3.1.7.2613-10" (вместе с "СП 3.1.7.2613-10. Профилактика бруцеллеза. Санитарно-эпидемиологические правила") (Зарегистрировано в Министерстве РФ 02.06.2010 N 17435) <http://docs.cntd.ru/document/0922154006>

¹⁸ Инструкция по применению вакцины бруцеллезной живой https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=46b424fe-11ca-4b5b-9449-cc3d1cd4125&l=bae90b55-06e9-477f-8d65-b2643ca2911e

¹⁹ Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 29.03.2017 "Об утверждении СП 3.1.7.2629-10" (вместе с "СП 3.1.7.2629-10. Профилактика сибирской язвы. Санитарно-эпидемиологические правила") (Зарегистрировано в Министерстве России 17.06.2010 N 1757) <https://rg.ru/2010/06/30/yaazyu-dok.html>

²⁰ Инструкция по применению сибирязенной вакцины https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=45eab4a7-5e12-4580-b8ed-b0342295574&l=11ad5735-3249-46ab-8fec-26e016178802

²¹ Инструкция по применению вакцины против бешенства КОКАВ https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=17adc892-394a-49fd-89e8-86ab2ce71b4&l=2fc27202-d321-44f5-9cb6-9e666d6668dd8

²² Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 06.05.2010 N 54 "Об утверждении СП 3.1.7.2627-10" (вместе с "СП 3.1.7.2627-10. Профилактика бешенства среди людей. Санитарно-эпидемиологические правила") (Зарегистрировано в Министерстве РФ 19.07.2010 N 17891) <https://rg.ru/2010/07/30/beshenstvo-dok.html>

²³ Инструкция по применению вакцины лептоспирозной инактивированной концентрированной жидкой https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=8ac9b405-1c58-4a70-bd8a-033c7c96614d&l=3272a2he-cca0-4674-96fb-fef0082ac9

²⁴ Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28 декабря 2010 г. N 181 г. Москва "Об утверждении СП 3.1.7.2811-10 "Профилактика коксиллеза (лихорадка Ку)"

²⁵ Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации М-44 https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=0a6558e6-34ed-45c1-94c7-416735239fb&l=6c876504-d461-4cf7-9266-5fbf458a0ab

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

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

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

²⁷Инструкция по применению Вакцины холерной бивалентной химической https://grls.rosminzdrav.ru/Grils_View_v2.aspx?routineGuid=1a0ff153a-f10c-499d-8562-0bb24267ccfa&t=3d0911d7-5f22-4a27-9115-c4203d40360e

²⁸Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 08.06.2017 N 84 "Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.1.3473-17 "Профилактика брюшного тифа и паратифов" (вместе с "СП 3.1.1.3473-17. Санитарно-эпидемиологические правила...") (Зарегистрировано в Минюсте России 25.08.2017 N 47972) http://www.rosptrebnadzor.ru/upload/viblock/o3/sr-3.1.1.3473_17.pdf

²⁹Инструкция по применению Вианвака Р N 000183/01 https://grls.rosminzdrav.ru/Grils_View_v2.aspx?routineGuid=cfa781-1-11b-4a3-8ec3-846d2b96f75d&t=b5hca807-e1a8-486b-b18a-cc7b81739fe6

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

³¹Инструкция по применению лекарственного препарата Шиптавак PN 002660/01 от 02.05.2017г. https://grls.rosminzdrav.ru/Grils_View_v2.aspx?routineGuid=84a5e0af-57a9-4d8c-a828-c6be70418tb5&t=6ad8760a-506a-43be-98fb-edbf4ef1d714

Алгоритм

Вакцинопрофилактика респираторных инфекций групп риска

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

См. инструкции к препаратам

1. проводят в период ремиссии основного заболевания (через 2-4 недели) на фоне базисной терапии.
2. проводят в период ремиссии основного заболевания (через 2-4 недели) на фоне базисной терапии при достижении стабильных клинических симптомов и целевых показателей гемодинамики; исключения: осложненный инфаркт миокарда или его рецидив (через 28 дней), с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) (через 7 дней после окончания титрации дуэтретиков при стабильном весе пациента), при дилатационной кардиомиопатии (после контроля гемодинамики в течение 4 недель и при стабильном состоянии без синдрома гемодинамической декомпенсации).
3. проводят в состоянии компенсации или субкомпенсации (при отсутствии жалоб на жажду, полиурию, снижение аппетита, при уровне сахара натощак не более 10-12 ммоль/л, суточной глюкозурии не более 10-20 мг, отсутствии кетоновых тел в моче, глубоко в/м в места, свободные от липодистрофий). После кетоацидоза вакцинация проводится спустя 2-4 недели.
4. проводят в период ремиссии основного заболевания (через 2-4 недели) на фоне базисной терапии.
5. проводят в период клинико-лабораторной ремиссии (через 1 месяц) с расчетной скоростью клубочковой фильтрации 30-59 мл/мин/1,73 м² (категории СКФ C3) и пациентам с расчетной скоростью клубочковой фильтрации <30 мл/мин/1,73 м² (категории СКФ C4-C5) (1B). При планировании назначения иммуносупрессивных препаратов, вакцинации должна быть проведена в сроки ≥2 недель до начала иммуносупрессивной терапии (лучше за 4 – 6 недель) или через 3 – 6 мес. после окончания гучевой или химиотерапии. Пациенты, получающие заместительную терапию гемодиализом, прививаются в день, свободный от этих процедур.
6. проводят в период ремиссии хронических заболеваний (через 2-4 недели) с CD4 Т-лимфоцитов ≥200 клеток/мм³.
7. проводится до планируемой иммуносупрессивной (химиотерапии) не менее, чем за 2 недели до начала, либо не ранее, чем через 3 мес. после химиотерапии.

