ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

Первичная медико-санитарная помощь

Primary Health Care (Russian Federation)



НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

№ 3(2S) 2026

РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ МИНЗДРАВА РОССИИ

ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ

Том 3, № 2S’ 2026

Научный рецензируемый медицинский журнал

Зарегистрирован Министерством цифрового развития связи и массовых коммуникаций РФ 05.02.2024 (ПИ № ФС77-86700)

Периодичность: 4 номера в год
Установочный тираж — 1 000 экз.

Полнотекстовые версии
всех номеров размещены на сайте Научной Электронной Библиотеки:
www.elibrary.ru

Сайт журнала:
https://prmed.elpub.ru/jour

Информация о подписке:
https://prmed.elpub.ru/jour

Открытый доступ к архивам и текущим номерам

Индексируется в НЭБ (РИНЦ), КиберЛенинка, "Белый список"

Издательство:
ООО "Силицея-Полиграф",
e-mail: cardio.nauka@yandex.ru,
Тел.: +7 (985) 768 43 18, www.roscardio.ru

Отдел рекламы и распространения
Гусева А. Е.
e-mail: guseva.silicea@yandex.ru

Ответственный переводчик
Клещеногов А. С.

Дизайн, верстка
Добрынина Е. Ю.
Звездкина В. Ю.
Старцев Д. С.

Отпечатано:
типография "OneBook",
ООО "Сам Полиграфист",
129090, Москва, Протопоповский пер., 6.
www.onebook.ru

© Первичная медико-санитарная помощь, оформление макета, 2026

Лицензия на шрифты № 180397 от 21.03.2018

Подписано в печать: 15.07.2026
Цена свободная
РЕПРИНТ

Главный редактор

Драпкина Оксана Михайловна (Москва, Россия) — д.м.н., профессор, академик РАН, ORCID: 0000-0002-4453-8430

Заместитель главного редактора

Шепель Руслан Николаевич (Москва, Россия) — к.м.н., доцент, ORCID: 0000-0002-8984-9056

Редакционная коллегия

Авдеев С. Н. (Москва, Россия) — д.м.н., профессор, академик РАН, ORCID: 0000-0002-5999-2150
Белоусова О. Н. (Белгород, Россия) — д.м.н., профессор, ORCID: 0000-0001-6862-0829
Блинов А. Г. (Саратов, Россия) — д.ю.н., профессор, ORCID: 0000-0003-2332-7789
Герасимов А. М. (Саратов, Россия) — д.ю.н., профессор, ORCID: 0000-0002-9535-6733
Горелик С. Г. (Белгород, Россия) — д.м.н., профессор, ORCID: 0000-0001-5288-9874
Горенков Р. В. (Москва, Россия) — д.м.н., ORCID: 0000-0003-3483-7928
Гостева Е. В. (Воронеж, Россия) — д.м.н., профессор, ORCID: 0000-0002-8771-2558
Зимина Э. В. (Москва, Россия) — д.м.н., профессор, ORCID: 0000-0002-3590-753X
Ипатов П. В. (Москва, Россия) — д.м.н., профессор, ORCID: 0000-0001-7724-6429
Кадыров Ф. Н. (Москва, Россия) — д.э.н., ORCID: 0000-0003-4327-4418
Ливзан М. А. (Москва, Россия) — д.м.н., профессор, ORCID: 0000-0002-6581-7017
Метельская В. А. (Москва, Россия) — д.б.н., профессор, ORCID: 0000-0001-8665-9129
Рейхтман Т. В. (Москва, Россия) — д.фарм.н.
Самородская И. В. (Москва, Россия) — д.м.н., профессор, ORCID: 0000-0001-9320-1503
Шишкин С. В. (Москва, Россия) — д.э.н., профессор, ORCID: 0000-0002-0807-3277

Рабочая группа

Астанина С. Ю. (Москва, Россия) — к.п.н., доцент, ORCID: 0000-0003-1570-1814
Вошев Д. В. (Москва, Россия) — к.м.н., ORCID: 0000-0001-9216-6873
Орлов С. А. (Москва, Россия) — к.м.н., ORCID: 0000-0002-8749-8504
Савченко Е. Д. (Москва, Россия) — к.м.н., ORCID: 0000-0003-0473-5007
Сененко А. Ш. (Москва, Россия) — к.м.н., ORCID: 0000-0001-7460-418X

Консультативный совет

Баланова Ю. А. (Москва, Россия) — д.м.н., доцент, ORCID: 0000-0001-8011-2798
Бернс С. А. (Москва, Россия) — д.м.н., ORCID: 0000-0003-1002-1895
Джиоева О. Н. (Москва, Россия) — д.м.н., ORCID: 0000-0002-5384-3795
Дроздова Л. Ю. (Москва, Россия) — к.м.н., доцент, ORCID: 0000-0002-4529-3308
Иванова Е. С. (Москва, Россия) — к.м.н., ORCID: 0000-0001-5379-7170
Имаева А. Э. (Москва, Россия) — д.м.н., доцент, ORCID: 0000-0002-9332-0622
Калинина А. М. (Москва, Россия) — д.м.н., профессор, ORCID: 0000-0003-2458-3629
Каракулина Е. В. (Москва, Россия) — к.м.н., ORCID: 0000-0001-5222-1620
Концевая А. В. (Москва, Россия) — д.м.н., доцент, ORCID: 0000-0002-4453-8430
Купеева И. А. (Москва, Россия) — д.м.н., профессор, ORCID: 0000-0003-2422-6306
Меньшикова Л. И. (Москва, Россия) — д.м.н., профессор, ORCID: 0000-0002-3034-9014
Наумов П. Ю. (Балашиха, Россия) — к.п.н., ORCID: 0000-0002-2875-2322
Сон И. М. (Москва, Россия) — д.м.н., профессор, ORCID: 0000-0001-9309-2853
Шальнова С. А. (Москва, Россия) — д.м.н., профессор, ORCID: 0000-0003-2087-6483

Редакция журнала

Заведующий редакцией
Демко В. В. (Москва, Россия)

Выпускающий редактор
Родионова Ю. В. (Москва, Россия)

Адрес редакции

101990, Москва, Петроверигский пер., д. 10, стр. 3,
e-mail: pmsp2024@yandex.ru,
Тел.: +7 (499) 553 67 78

PRIMARY HEALTH CARE (RUSSIAN FEDERATION)

Vol. 3 № 2S’ 2026

Editor-In-Chief

Oxana M. Drapkina (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0002-4453-8430

Deputy Chief Editor

Ruslan N. Shepel (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0002-8984-9056

Editorial Board

Sergey N. Avdeev (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0002-5999-2150
Oxana N. Belousova (Belgorod, Russian Federation) ORCID: 0000-0001-6862-0829
Aleksandr G. Blinov (Saratov, Russian Federation) ORCID: 0000-0003-2332-7789
Aleksey M. Gerasimov (Saratov, Russian Federation) ORCID: 0000-0002-9535-6733
Svetlana G. Gorelik (Belgorod, Russian Federation) ORCID: 0000-0001-5288-9874
Roman V. Gorenkov (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0003-3483-7928
Elena V. Gosteva (Voronezh, Russian Federation) ORCID: 0000-0002-8771-2558
Elvira V. Zimina (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0002-3590-753X
Petr V. Ipatov (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0001-7724-6429
Farit N. Kadyrov (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0003-4327-4418
Maria A. Livzan (Omsk, Russian Federation) ORCID: 0000-0002-6581-7017
Victoria A. Metelskaya (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0001-8665-9129
Tatiana V. Reihtman (Moscow, Russian Federation)
Irina V. Samorodskaya (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0001-9320-1503
Sergey V. Shishkin (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0002-0807-3277

Content editors

Svetlana Yu. Astanina (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0003-1570-1814
Dmitry V. Voshev (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0001-9216-6873
Sergey A. Orlov (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0002-8749-8504
Ekaterina D. Savchenko (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0003-0473-5007
Alya Sh. Senenko (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0001-7460-418X

Advisory Council

Yulia A. Balanova (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0001-8011-2798
Svetlana A. Berns (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0003-1002-1895
Olga N. Dzhioeva (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0002-5384-3795
Lyubov Yu. Drozdova (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0002-4529-3308
Ekaterina S. Ivanova (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0001-5379-7170
Asiya E. Imaeva (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0002-9332-0622
Anna M. Kalinina (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0003-2458-3629
Ekaterina V. Karakulina (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0001-5222-1620
Anna V. Kontsevaya (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0002-4453-8430
Irina A. Kupeeva (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0003-2422-6306
Larisa I. Menshikova (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0002-3034-9014
Petr Yu. Naumov (Balashiha, Russian Federation) ORCID: 0000-0002-2875-2322
Irina M. Son (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0001-9309-2853
Svetlana A. Shalnova (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0003-2087-6483

Editorial office

Editorial Assistant

Vladislav V. Demko (Moscow, Russian Federation)

Managing editor

Yulia V. Rodionova (Moscow, Russian Federation)

Editorial Address

Petroverigsky per., 10, str. 3; Moscow 101990, Russia,
e-mail: pmsp2024@yandex.ru,
Tel.: +7 (499) 553 67 78

RUSSIAN SOCIETY FOR PREVENTION OF NONCOMMUNICABLE DISEASES

NATIONAL MEDICAL RESEARCH CENTER FOR THERAPY AND PREVENTIVE MEDICINE

Scientific peer-reviewed medical journal

Mass media registration certificate 05.02.2024 (ПИ № ФС77-86700)

Periodicity — 4 issues per year
Circulation — 1 000 copies

Complete versions
of all issues are available:
www.elibrary.ru

Instructions for authors, Submit a manuscript
https://prmed.elpub.ru/jour

Subscription
https://prmed.elpub.ru/jour

Open Access

Indexed: e-library, CyberLeninka, "White list"

Publisher
Silicea-Poligraf,
e-mail: cardio.nauka@yandex.ru,
Tel.: +7 (985) 768 43 18,
www.roscardio.ru

Advertising and Distribution department
Guseva Anna
e-mail: guseva.silicea@yandex.ru

Translator
Kleschenogov A. S.

Design, desktop publishing
Dobrynina E. Yu.
Zvezdkina V. Yu.
Startsev D. S.

Printed
OneBook, Sam Poligraphist, Ltd.
Protopopovsky per., 6; Moscow, 129090,
www.onebook.ru

© Primary Health Care (Russian Federation), layout, 2026

Font’s license № 180397 от 21.03.2018

doi: 10.15829/3034-4123-2026-2S

СОДЕРЖАНИЕ

ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ РАЗЛИЧНЫМ ГРУППАМ НАСЕЛЕНИЯ

Драпкина О. М., Маевская М. В., Шепель Р. Н., Жарова М. Е., Гречишникова В. Р.
Диспансерное наблюдение пациентов с циррозом печени врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации — 6

Драпкина О. М., Бойцов С. А., Шамалов Н. А., Ершова А. И., Шепель Р. Н., Балахонова Т. В., Блохина А. В., Гарбузова Е. В., Смирнова М. И., Дроздова Л. Ю., Ипатов П. В., Шурупова Е. Г.
Диспансерное наблюдение пациентов с закупоркой и стенозом сонной артерии врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации — 59

Драпкина О. М., Шилов Е. М., Кобалава Ж. Д., Дроздова Л. Ю., Ипатов П. В., Калинина А. М., Марцевич С. Ю., Савченко Е. Д., Смирнова М. И., Фатенков О. В., Шеметова Г. Н., Шепель Р. Н., Шурупова Е. Г., Шилова М. М.
Диспансерное наблюдение пациентов с хронической болезнью почек врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации — 89

Драпкина О. М., Маев И. В., Бордин Д. С., Дубцова Е. А., Дроздова Л. Ю., Ипатов П. В., Мамутова Э. М., Савченко Е. Д., Шептулина А. Ф., Шепель Р. Н.
Диспансерное наблюдение пациентов с хроническим панкреатитом врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации — 131

Драпкина О. М., Бакулин И. Г., Ливзан М. А., Князев О. В., Бордин Д. С., Жарова М. Е., Шепель Р. Н.
Диспансерное наблюдение пациентов с болезнью Крона врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации — 164

Драпкина О. М., Бакулин И. Г., Ливзан М. А., Князев О. В., Бордин Д. С., Жарова М. Е., Шепель Р. Н.
Диспансерное наблюдение пациентов с язвенным колитом врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации — 202

Драпкина О. М., Авдеев С. Н., Бухтияров И. В., Смирнова М. И., Крякова М. Ю., Шепель Р. Н., Невзорова В. А., Викторова И. А., Дроздова Л. Ю., Ипатов П. В., Калинина А. М., Мержоева З. М., Румянцева О. И., Явелов И. С.
Диспансерное наблюдение пациентов с интерстициальными заболеваниями легких врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации — 241

Драпкина О. М., Маев И. В., Ливзан М. А., Шепель Р. Н., Гаус О. В., Жарова М. Е., Черемушкин С. В.
Ведение пациентов с синдромом раздраженного кишечника в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Методические рекомендации — 269

Драпкина О. М., Каприн А. Д., Иванов С. А., Дроздова Л. Ю., Алексеев Б. Я., Шепель Р. Н., Хайлова Ж. В., Воробьев Н. В., Алмазова И. И., Рубцова Н. А., Сергеева Н. С., Маршутина Н. В., Митькова М. Д., Крашенинников А. А., Абдрахманов Р. Р., Щекин В. И., Созыкин М. А., Долгачёва Д. В., Иванова Е. С., Егоров В. А., Бернс С. А., Степанов С. О.
Скрининг рака предстательной железы в рамках диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации — 295

Драпкина О. М., Сон И. М., Меньшикова Л. И., Медведева О. В., Суслин С. А., Шепель Р. Н., Дроздова Л. Ю., Свищева А. А.
Реализация программы "Региональная модель организации первичной медико-санитарной помощи пациентам с предиабетом". Методические рекомендации — 330

Драпкина О. М., Иванова Е. С., Концевая А. В., Муканеева Д. К., Анциферова А. А., Попович М. В., Лопатина М. В.
Региональная программа "Укрепление здоровья и формирование здоровьесберегающей среды". Рекомендации по разработке, внедрению и оценке эффективности. Методические рекомендации — 362

Драпкина О. М., Шилов Е. М., Камкин Е. Г., Каракулина Е. В., Шилова М. М., Шепель Р. Н., Крякова М. Ю., Дроздова Л. Ю., Калинина А. М., Артемов Д. В.
Школа для пациентов, находящихся на хроническом гемодиализе. Методические рекомендации — 374

текст доступен в электронной версии

doi: 10.15829/3034-4123-2026-2S

CONTENTS

PROVIDING MEDICAL CARE TO VARIOUS GROUPS OF THE POPULATION

Drapkina O. M., Maevskaya M. V., Shepel R. N., Zharova M. E., Grechishnikova V. R.
Follow-up monitoring of patients with liver cirrhosis by primary care physicians. Guidelines 6

Drapkina O. M., Boytsov S. A., Shamalov N. A., Ershova A. I., Shepel R. N., Balakhonova T. V., Blokhina A. V., Garbuzova E. V., Smirnova M. I., Drozdova L. Yu., Ipatov P. V., Shurupova E. G.
Follow-up monitoring of patients with carotid artery occlusion and stenosis by a primary care physician. Guidelines 59

Drapkina O. M., Shilov E. M., Kobalava Zh. D., Drozdova L. Yu., Ipatov P. V., Kalinina A. M., Martsevich S. Yu., Savchenko E. D., Smirnova M. I., Fatenkov O. V., Shemetova G. N., Shepel R. N., Shurupova E. G., Shilova M. M.
Follow-up monitoring of patients with chronic kidney disease by primary care physicians. Guidelines 89

Drapkina O. M., Maev I. V., Bordin D. S., Dubtsova E. A., Drozdova L. Yu., Ipatov P. V., Mamutova E. M., Savchenko E. D., Sheptulina A. F., Shepel R. N.
Follow-up care for patients with chronic pancreatitis by a primary care physician. Guidelines 131

Drapkina O. M., Bakulin I. G., Livzan M. A., Knyazev O. V., Bordin D. S., Zharova M. E., Shepel R. N.
Follow-up care for patients with Crohn's disease by a primary care physician. Guidelines 164

Drapkina O. M., Bakulin I. G., Livzan M. A., Knyazev O. V., Bordin D. S., Zharova M. E., Shepel R. N.
Follow-up care for patients with ulcerative colitis by a primary care physician. Guidelines 202

Drapkina O. M., Avdeev S. N., Bukhtiyarov I. V., Smirnova M. I., Kryakova M. Yu., Shepel R. N., Nevzorova V. A., Viktorova I. A., Drozdova L. Yu., Ipatov P. V., Kalinina A. M., Merzhoeva Z. M., Rumyantseva O. I., Yavelov I. S.
Follow-up of patients with interstitial lung diseases by a primary care physician. Guidelines 241

Drapkina O. M., Maev I. V., Livzan M. A., Shepel R. N., Gaus O. V., Zharova M. E., Cheremushkin S. V.
Management of patients with irritable bowel syndrome in primary care. Guidelines 269

Drapkina O. M., Kaprin A. D., Ivanov S. A., Drozdova L. Yu., Alekseev B. Ya., Shepel R. N., Khailova Zh. V., Vorobiev N. V., Almazova I. I., Rubtsova N. A., Sergeeva N. S., Marshutina N. V., Mitkova M. D., Krasheninnikov A. A., Abdrakhmanov R. R., Shchekin V. I., Sozykin M. A., Dolgacheva D. V., Ivanova E. S., Egorov V. A., Berns S. A., Stepanov S. O.
Prostate cancer screening of specific adult population groups. Guidelines 295

Drapkina O. M., Son I. M., Menshikova L. I., Medvedeva O. V., Suslin S. A., Shepel R. N., Drozdova L. Yu., Svishcheva A. A.
Implementation of the "Regional Model for Managing Primary Health Care for Patients with Prediabetes". Guidelines 330

Drapkina O. M., Ivanova E. S., Kontsevaya A. V., Mukaneeva D. K., Antsiferova A. A., Popovich M. V., Lopatina M. V.*
Regional program "Health Promotion and the Creation of a Health-Saving Environment". Guidelines for development, implementation, and evaluation of effectiveness. Guidelines 362

Drapkina O. M., Shilov E. M., Kamkin E. G., Karakulina E. V., Shilova M. M., Shepel R. N., Kryakova M. Yu., Drozdova L. Yu., Kalinina A. M., Artemov D. V.
"School" for patients receiving chronic hemodialysis therapy. Guidelines 374

text is available in electronic version

Уважаемые коллеги!



Представляем вашему вниманию специальный выпуск журнала "Первичная медико-санитарная помощь". Он объединяет двенадцать методических рекомендаций, подготовленных ведущими специалистами при участии национальных медицинских исследовательских центров, и адресован прежде всего врачам, работающим в первичном звене здравоохранения.

Диспансерное наблюдение остается одним из ключевых инструментов ведения пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями. Именно на уровне первичного звена во многом решаются задачи раннего выявления осложнений, своевременной коррекции терапии и преемственности со специализированной помощью. Представленные в выпуске документы призваны дать практикующему врачу четкие и применимые в повседневной работе алгоритмы.

Значительное место в номере занимают рекомендации по ведению пациентов с заболеваниями органов пищеварения: циррозом печени, хроническим панкреатитом, воспалительными заболеваниями кишечника, синдромом раздраженного кишечника. Отдельный блок посвящен диспансерному наблюдению при хронической болезни почек, закупорке и стенозе сонной артерии, интерстициальных заболеваниях легких. Эти состояния объединяет высокая клиническая значимость и потребность в структурированном диспансерном наблюдении на амбулаторном этапе.

В стремительно трансформирующемся мире здравоохранения вопросы профилактики и укрепления здоровья выходят на передний план, требуя перехода от точечных медицинских вмешательств к системным, межведомственным и междисциплинарным стратегиям, способным охватить всё население — от групп высокого риска до целых регионов. Представленные в этом номере материалы, демонстрируют, как новые модели организации первичной медико-санитарной помощи, интегрированные скрининговые программы и образовательные инициативы не только расширяют горизонты профилактической медицины, но и формируют устойчивые механизмы раннего выявления, диспансерного наблюдения и поддержки пациентов с хроническими заболеваниями. От скрининга онкологических заболеваний в рамках диспансеризации до школ для пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении — эти примеры подчёркивают ключевую роль командной работы между врачами-терапевтами участковыми (врачами общей практики) и врачами-специалистами, а также важность цифровых инструментов, становящихся неотъемлемой частью современной системы здравоохранения.

Надеемся, что материалы выпуска станут надежным подспорьем в ежедневной клинической и организационной работе и будут способствовать повышению качества медицинской помощи.

С уважением,
главный редактор журнала
"Первичная медико-санитарная помощь"
академик РАН, профессор,
доктор медицинских наук
О. М. Драпкина

Первичная медико-санитарная помощь. 2026;3(2S):6-58.
doi: 10.15829/3034-4123-2026-149
ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

Первичная медико-санитарная помощь
Primary Health Care (Russian Federation)

Оказание медицинской помощи различным группам населения ***Редакционная статья***

Диспансерное наблюдение пациентов с циррозом печени врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации

Драпкина О. М.[1,3],
Маевская М. В.[2],
Шепель Р. Н.[1],
Жарова М. Е.[1*],
Гречишникова В. Р.[2]

[1]ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Москва, Российская Федерация

[2]ФГАОУ ВО "Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова" Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация

[3]ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России, Москва, Российская Федерация

*Corresponding author
(Автор, ответственный за переписку):
m.e.zharova@ropniz.ru

Поступила: 19.05.2026
Принята: 01.06.2026

CC BY 4.0

Цирроз печени (ЦП) остается одной из ведущих причин смертности и инвалидизации среди пациентов с заболеваниями пищеварительной системы, при этом значительная часть случаев диагностируется на поздних стадиях, что ограничивает возможности эффективного лечения и ухудшает прогноз. Рост заболеваемости и высокая частота осложнений определяют необходимость усиления роли первичного звена здравоохранения в раннем выявлении, динамическом наблюдении и профилактике прогрессирования ЦП.

Настоящие методические рекомендации систематизируют современные подходы к ведению пациентов с ЦП. В документе представлены критерии установления диагноза, включая клинические, лабораторные и инструментальные признаки, а также принципы комплексной оценки состояния пациента. Подробно изложен алгоритм диспансерного наблюдения с акцентом на динамическую оценку состояния пациента и раннее выявление декомпенсации. Особое внимание уделено диагностике и мониторингу осложнений (портальная гипертензия, асцит, печеночная энцефалопатия и др.), интерпретации лабораторных показателей и применению инструментальных методов исследования. Рассмотрены принципы немедикаментозной и медикаментозной терапии, профилактического консультирования, вакцинации, а также критерии направления на госпитализацию и трансплантацию печени.

Документ предназначен для врачей-терапевтов, врачей общей практики, гастроэнтерологов и других специалистов первичного звена здравоохранения, участвующих в оказании медицинской помощи пациентам с ЦП.

Ключевые слова: цирроз печени, методические рекомендации, диспансерное наблюдение, вторичная профилактика.

Отношения и деятельность: нет.

Рецензенты:
Маев И. В. — академик РАН, д.м.н. профессор, зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии лечебного факультета ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России (Москва, Россия)
Бакулин И. Г. — д.м.н., профессор, директор Института терапии, зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии им. С. М. Рысса ФГБОУ ВО "Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова" Минздрава России (Санкт-Петербург, Россия).

Методические рекомендации утверждены на заседании Ученого совета ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России (протокол № 4 от 28 апреля 2026 г.).

Для цитирования: Драпкина О. М., Маевская М. В., Шепель Р. Н., Жарова М. Е, Гречишникова В. Р. Диспансерное наблюдение пациентов с циррозом печени врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации. *Первичная медико-санитарная помощь.* 2026;3(2S):6-58. doi: 10.15829/3034-4123-2026-149. EDN: WGJZKB

Primary Health Care (Russian Federation). 2026;3(2S):6-58.
doi: 10.15829/3034-4123-2026-149
ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

Первичная медико-санитарная помощь
Primary Health Care (Russian Federation)

Follow-up monitoring of patients with liver cirrhosis by primary care physicians. Guidelines

Drapkina O. M.[1,3], Maevskaya M. V.[2], Shepel R. N.[1], Zharova M. E.[1*], Grechishnikova V. R.[2]

[1]National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine, Moscow, Russian Federation

[2]I. M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University). Moscow, Russian Federation

[3]Russian University of Medicine, Moscow, Russian Federation

*Corresponding author: m.e.zharova@ropniz.ru

Received: 19.05.2026
Accepted: 01.06.2026

Liver cirrhosis remains one of the leading causes of mortality and disability among patients with gastrointestinal diseases. A significant proportion of cases are diagnosed at late stages, limiting effective treatment options and worsening the prognosis. The increasing incidence and high complication rate necessitate strengthening the primary care role in early detection, monitoring, and prevention of liver cirrhosis progression.

These guidelines systematize modern approaches to the management of patients with liver cirrhosis. The document presents diagnostic criteria, including clinical and paraclinical signs, as well as principles for a comprehensive patient assessment. A detailed follow-up algorithm is outlined, emphasizing the assessment of the patient's condition and the early decompensation detection. Particular attention is paid to the diagnosis and monitoring of complications (portal hypertension, ascites, hepatic encephalopathy, etc.), interpretation of laboratory parameters, and the use of diagnostic methods. The principles of non-drug and drug therapy, preventive counseling, vaccination, and referral criteria for hospitalization and liver transplantation are discussed.

This document is intended for general practitioners, gastroenterologists, and other primary care specialists involved in providing care to patients with liver cirrhosis.

Keywords: liver cirrhosis, guidelines, follow-up care, secondary prevention.

Relationships and Activities: none.

For citation: Drapkina O. M., Maevskaya M. V., Shepel R. N., Zharova M. E., Grechishnikova V. R. Follow-up monitoring of patients with liver cirrhosis by primary care physicians. Guidelines. *Primary Health Care (Russian Federation).* 2026;3(2S):6-58. doi: 10.15829/3034-4123-2026-149. EDN: WGJZKB

ДН — диспансерное наблюдение, ПЭ — печеночная энцефалопатия, ЦП — цирроз печени.

doi: 10.15829/3034-4123-2026-149

Введение

Цирроз печени (ЦП) — это диффузный процесс, характеризующийся фиброзом и трансформацией нормальной структуры печени с образованием узлов. ЦП представляет собой финальную стадию большинства хронических диффузных заболеваний печени. Естественное течение ЦП характеризуется бессимптомной стадией (компенсированный ЦП), которая сменяется стадией повышения давления в портальной системе и ухудшением функции печени, что приводит к появлению клинической картины в виде осложнений ЦП (стадия декомпенсации). В стадии компенсации у пациентов, как правило, хорошее качество жизни, и заболевание может протекать скрыто в течение нескольких лет. Стадия декомпенсации проявляется развитием выраженных клинических симптомов.

Современные возможности по устранению/контролю над причиной повреждения печени привели к появлению нового термина — рекомпенсация ЦП, что предполагает нормальные печеночные тесты и отсутствие описанных выше клинических признаков декомпенсации в течение не менее 12 мес. Рекомпенсация ЦП — самый благоприятный исход заболевания[1].

Согласно данным Федеральной формы статистического наблюдения № 12 за 2020-2024 гг., ЦП сохраняет статус ведущей причины смертности среди хронических заболеваний печени в Российской Федерации. Число зарегистрированных случаев фиброза и ЦП (K74) возросло с 116,5 до 123,4 тыс., а возрасто-стандартизированный показатель заболеваемости — с 0,80 до 0,84 на 1000 населения, что свидетельствует о стабильно высоком бремени заболевания [1-5].

Данные обстоятельства актуализируют необходимость смещения акцента в сторону раннего выявления ЦП и повышения эффективности диспансерного наблюдения (ДН). Целью настоящих методических рекомендаций является систематизация информации по ДН за пациентами с ЦП.

Основными источниками информации по клиническим аспектам проведения ДН пациентов с ЦП являются клинические рекомендации "Цирроз и фиброз печени"[1] и стандарт медицинской помощи взрослым при циррозе и фиброзе печени, утвержденным приказом Минздрава России от 28 декабря 2022 г. № 810н[2].

ДН пациентов с ЦП врачом-терапевтом[3] осуществляется в соответствии с приказом Минздрава России от 15 марта 2022 г. № 168н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми"[4].

Постановка пациента на ДН должно быть осуществлена в течение трех дней после:

1) установления диагноза при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях;

2) получения выписного эпикриза из медицинской карты стационарного больного по результатам оказания медицинской помощи в стационарных условиях[4].

Критерии установления диагноза ЦП включают сочетание клинических, лабораторных и инструментальных признаков внутрипеченочной портальной гипертензии с признаками печеночной недостаточности или без них, а также наличие фиброза печени по результатам неинвазивных тестов и, при необходимости, гистологической верификации[1].

Критерии диагноза ЦП

1. Клинические и лабораторно-инструментальные признаки внутрипеченочной портальной гипертензии с признаками печеночной недостаточности и без них (см. таблицу 1).
2. Характерная морфологическая картина — тяжелый фиброз с изменением архитектоники печени формированием узлов.
3. Определение жесткости ткани печени >15 кПа делает высоко вероятным диагноз компенсированного ЦП (компенсированного заболевания печени с тяжелым фиброзом).

ВАЖНО!

- Наличие лишь одно изолированного признака ЦП не может быть основанием для установления диагноза, необходим комплекс клинических, лабораторных и инструментальных данных.
- В стадии компенсации ЦП признаков печеночной недостаточности у пациента может не быть.
- Портальная гипертензия может иметь различное происхождение, в связи с чем ее выявление обусловливает необходимость проведения дифференциальной диагностики с внепеченочной формой данного синдрома.
- Повышение сывороточных аминотрансфераз (АЛТ, АСТ) служит признаком гепатоцеллюлярного повреждения, а не печеночной недостаточности и играет вспомогательную роль в диагностике ЦП.

[1] Клинические рекомендации "Цирроз и фиброз печени", 2025. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/715_2.

[2] Приказ Минздрава России от 28.12.2022 № 810н "Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при циррозе и фиброзе печени (диагностика и лечение)" http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202301200004.

[3] Врач-терапевт — врач-терапевт участковый, врач общей практики (семейный врач), врач-терапевт участковый цехового врачебного участка, фельдшер фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского здравпункта) в случае возложения на него руководителем медицинской организации отдельных функций лечащего врача, в том числе по проведению диспансерного наблюдения, в порядке, установленном приказом Минздрава России от 27.03.2025 № 155н.

[4] Приказ Минздрава России от 15.03.2022 № 168н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми" http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202204210027.

Таблица 1

Клинические, лабораторные и инструментальные признаки портальной гипертензии и печеночной недостаточности

Признаки	Портальная гипертензия	Печеночная недостаточность
Клинические	• спленомегалия • асцит • расширение подкожных вен в области брюшной стенки ("голова медузы" и др.)	• желтуха • периферические отеки (как правило, в сочетании с асцитом) • кровоточивость десен, носовые кровотечения • ПЭ
Лабораторные	• Тромбоцитопения, лейкопения, анемия* в рамках синдрома гиперспленизма	• снижение уровня альбумина • удлинение протромбинового времени или повышение международного нормализованного отношения
Инструментальные	По данным УЗИ ОБП/СКТ ОБП/МРТ ОБП: • спленомегалия • расширение воротной, селезеночной вен • наличие портокавальных анастомозов • асцит • реканализация пупочной вены • гепатофугальный кровоток Эзофагодуоденоскопия: • варикозное расширение вен пищевода и желудка • портальная гастропатия Транзиентная эластография • значения жесткости ткани печени ≥15 кПа	—
Гистологические	Фиброз в сочетании с образованием узлов (нарушение архитектоники печени)	

Примечание: *анемия у пациентов с ЦП всегда требует дифференциального диагноза. Трактовать снижение уровня гемоглобина и числа эритроцитов в рамках синдрома гиперспленизма можно только в случаях сочетания этих отклонений с тромбоцитопенией (появляется, как правило, первой) и лейкопенией. В других ситуацией анемия может иметь иное происхождение (острая или хроническая кровопотеря, анемия хронического заболевания, гемолитическая анемия).
Сокращения: ОБП — органы брюшной полости, МРТ — магнитно-резонансная томография, ПЭ — печеночная энцефалопатия, СКТ — спиральная компьютерная томография, УЗИ — ультразвуковое исследование.

Результаты эластографии с определением жесткости ткани печени используются в диагностике компенсированного ЦП. Определение жесткости ткани печени >15 кПа делает высоко вероятным диагноз компенсированного ЦП или компенсированного заболевания печени с выраженным фиброзом. Однако, необходимо помнить о том, что результат может быть искажен в сторону его завышения в некоторых случаях: при асците, высоком уровне сывороточных аминотрансфераз; исследовании, выполненном не натощак, или выполненном неопытным оператором и др.

Алгоритм диспансерного приема [6] (осмотра, консультации) пациента с ЦП представлен в таблице 2 и Приложениях 1, 2.

Основные задачи ДН за пациентами с ЦП:

1. Динамическое наблюдение с обследованиями и контролем риска развития осложнений ЦП: кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка, асцита, печеночной энцефалопатии (ПЭ), острого повреждения почек, в особенности гепаторенального синдрома, легочных осложнений (печеночный гидроторакс, гепатопульмональный синдром, портопульмональная гипертензия), цирротической кардиомиопатии и вторичной надпочечниковой недостаточности и инфекционных осложнений (спонтанный бактериальный перитонит, мочевая инфекция, пневмония, инфекции мягких тканей, бактериемия и другие).
2. Мониторинг эффективности этиотропной терапии ЦП и лечения/профилактики его осложнений.
3. Скрининг гепатоцеллюлярного рака.
4. Динамический анализ показаний для трансплантации печени и/или паллиативной помощи.

doi: 10.15829/3034-4123-2026-149

Таблица 2

Алгоритм проведения ДН

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)[5]	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов[4]	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом[1,4]
Алкогольный цирроз печени (K70.3) см. методические рекомендации [7] **Первичный билиарный цирроз, вторичный билиарный цирроз, билиарный цирроз неуточненный, другое и неуточненный цирроз печени** (K74.3-K74.6)[6]	Первое посещение: при взятии под ДН, направление пациента на профилактический медицинский осмотр или диспансеризация определенных групп взрослого населения; В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в 3-4 мес.	**Сбор жалоб с оценкой их динамики:** ***Общие принципы:*** • ЦП на стадии компенсации длительно может протекать бессимптомно; • Жалобы часто неспецифичны и ошибочно трактуются как проявления других заболеваний. **Важно: на что обратить внимание!** **Масса тела:** непреднамеренное снижение веса требует исключения саркопении, прибавка в весе требует исключения задержки жидкости. **Отеки и асцит:** служат признаком декомпенсации ЦП. У пациентов с ЦП сначала появляется асцит, далее присоединяются периферические отеки. **Геморрагические элементы:** (экхимозы в области пункции вен и т.п.) на коже служат признаков печеночной недостаточности. **Сон и физическое функционирование:** общая слабость, быстрая утомляемость, снижение работоспособности, нарушение ритма сна и бодрствования могут быть признаками ПЭ. **Желтуха:** признак прогрессирования ЦП, присоединения печеночной недостаточности. Желтуха всегда требует дифференциального диагноза, исключения ее механической природы. **Кожный зуд:** клинический признак холестаза. Требует дифференциального диагноза. **Дефекация:** черный стул в сочетании со слабостью свидетельствует о желудочно-кишечном кровотечении. **Рвота кофейной гущей:** признак желудочно-кишечного кровотечения. **Боль в животе** у пациента с асцитом может быть признаком инфицирования асцитической жидкости. **Диурез:** олигурия служит клиническим признаков повреждения почек. **Нейропсихическая сфера:** ориентация во времени и пространстве, собственной личности. Изменения служат признаками ПЭ и стадируются по шкале Вест-Хейвена (англ.West Haven). Всем пациентам с ЦП и отсутствием явных изменений нейропсихической сферы на каждом визите необходим скрининг ПЭ с применением психометрических тестов. См. раздел "Оценка риска неблагоприятных событий". **Все клинические симптомы необходимо оценивать в динамике: время начала, изменение симптомов, провоцирующие факторы.** **Сбор анамнеза** ***Цель:*** • установление вероятной этиологии ЦП (при неуточненной этиологии); • оценка стадии заболевания, признаки и история декомпенсации; • определение факторов прогрессирования и прогноза. ***Общие принципы:*** • **Активный опрос.** Пациенты часто не осознают значимость перенесенных обострений (асцит, кровотечения, спутанность сознания) и не сообщают о них самостоятельно. • **Оценка анамнеза в динамике.** Важно уточнять не только факт события, но и время его появления, частоту, повторяемость и тенденцию к прогрессированию. • **Приоритет клинической картины цирроза.** Правильная оценка клинической картины ЦП имеет большее прогностическое значение, чем текущие лабораторные показатели. • **Этиологический фактор**. Отсутствие установленной причины ЦП требует повторной и расширенной оценки. • **Сопоставление медицинского и социального анамнеза.** Приверженность лечению, а следовательно, и прогноз во многом определяются образом жизни и социальной поддержкой пациента (поддержку со стороны семьи и близких, социальную включенность, социально-экономические условия).

[5] Международная классификация болезней 10-го пересмотра. https://mkb-10.com/.

[6] В соответствии с Клиническими рекомендациями "Цирроз печени и фиброз печени", 2025. Циррозу печени соответствуют коды МКБ-10: K72, K74.0, K74.1, K74.2, K74.4, K74.5, K74.6, K76.7.

Таблица 2. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)[5]	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов[4]	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом[1,4]
		Анамнез данного заболевания • **Начало болезни:** когда и как началось заболевание, внезапно или постепенно, каковы были его первые проявления, значение условий внешней среды. • **Состояние больного непосредственно перед заболеванием:** предполагаемая/подтвержденная причина заболевания, наличие сопутствующих заболеваний: — *история употребления алкоголя:* необходимо выяснить количество, частоту и давность употребления алкоголя, в том числе на основе оценки анкеты по диспансеризации. При выявлении нарушений, связанных с употреблением алкоголя (AUDIT ≥20 баллов или RUS-AUDIT ≥11 баллов для женщин, для мужчин ≥17 баллов), показана консультация врача — психиатра-нарколога (Приложение 3-6); — *сопутствующая патология и состояния, ассоциированные с поражением печени* (сахарный диабет, ожирение и метаболический синдром, ВИЧ-инфекция, гиперлипидемия, вирусные гепатиты В и С, перегрузка железом, дефицит альфа-1-антитрипсина и др.); — *наличие аутоиммунных заболеваний* (например, аутоиммунный тиреоидит, и т.д.), которые могут ассоциироваться с повреждением печени и усугублять течение ЦП; — *лекарственный анамнез* (выяснить все используемые лекарственные препараты по назначению врачей, так и без назначения (наличие полипрагмазии). Необходимо выявлять препараты, которые могут оказывать прямое и непрямое повреждающее действие на печень, а также проводить активный опрос пациента об употреблении биологически активных добавок, витаминов и препаратов растительного происхождения; • **Течение заболевания**: последовательность проявления и развития различных симптомов, периоды обострения и ремиссии. • **Результаты проведенных ранее исследований:** лабораторные анализы, инструментальные методы обследования (УЗИ, ЭГДС, СКТ и пр.) (в т.ч. по выписным эпикризам и медицинской карты). • **Ранее проводимая терапия и ее эффективность.** ***Анамнез жизни*** • **Образование и профессиональный анамнез:** образование, профессия и профессионально-производственные условия, наличие (и каких) неблагоприятных профессиональных факторов. Уточнить контакт с токсичными веществами в рамках профессиональной деятельности; • **Жилищные условия** (удовлетворительные/неудовлетворительные), режим питания и его характеристика (полноценное, рациональное, злоупотребление поваренной солью, жирами и т. д.), характеристика личного гигиенического режима (физическая активность, прогулки, занятия спортом). • **Перенесенные заболевания и травмы**, контузии ранения (при наличии сопутствующих заболеваний вне обострения и не влияющих на тяжесть состояния больного, описать их в этом разделе). • **Привычные интоксикации:** курение, злоупотребление алкоголем, наркотики, как часто и с какого возраста. • **Гинекологический анамнез:** начало менструаций, число беременностей, родов, абортов. При наличии климакса — с какого возраста, его проявления. • **Наследственность:** здоровье и причина смерти родителей, братьев, сестер (особое внимание обратить на патологию, имеющую значение для заболевания больного). • **Семейная жизнь:** время женитьбы (замужества), здоровье детей. • **Аллергологический анамнез:** переносимость лекарств, наличие аллергических реакций на лекарственные препараты, пищевые продукты и т.п. с описанием клиники аллергической реакции (в виде вазомоторного ринита, крапивницы, отека Квинке и др.). • **Эпидемиологический анамнез:** перенесенная желтуха, инфекционные заболевания, наличие в анамнезе переливания крови, оперативных вмешательств, стоматологических процедур, парентерального введения лекарственных и прочих веществ, пирсинга, татуировок; выезд за пределы постоянного места жительства в течение последних 6 мес., контакт с инфекционными больными. • **Страховой анамнез:** работает или не работает, пенсионер, длительность последнего больничного листка, общая продолжительность больничных листков по данному заболеванию за последние 12 мес. Наличие и группа инвалидности с какого года[7].

[7] Приказ Минздрава России от 13.05.2025 № 274н "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков их ведения" https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_506684/.

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-149

Таблица 2. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)[5]	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов[4]	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом[1,4]
		Физикальное обследование ***Цель:*** • раннее распознавание декомпенсации цирроза (например, ПЭ); • выявление признаков ПГ; • оценка функционального состояния печени; • диагностика жизнеугрожающих осложнений (тяжелая ПЭ, кровотечение и др.); • определение прогноза и тактики ведения пациента на уровне первичного звена. ***Общие принципы осмотра пациента с ЦП:*** • **Системность.** Осмотр проводится по стандартной схеме истории болезни, без пропусков отдельных систем, даже при наличии установленного диагноза. • **Оценка в динамике.** Принципиально важно сравнивать данные осмотра с предыдущими визитами; с выписками из стационара; с изменениями массы тела, объёма живота, выраженности отеков. • **Ориентация на осложнения.** Каждый выявленный признак следует соотносить с возможным осложнением цирроза (асцит, ПЭ, инфекция, ГРС и другие), а не рассматривать изолированно. • **Минимальные изменения — клинически значимы.** При ЦП объективные физикальные признаки нередко опережают жалобы пациента, особенно на стадии декомпенсации. Незначительная дезориентация, умеренная тахикардия, небольшое снижение диуреза могут быть первыми признаками декомпенсации. • **Физикальный осмотр — основа маршрутизации.** Результаты осмотра определяют: необходимость дообследования; показания к госпитализации; направление к врачу-специалисту; коррекцию терапии. ***Данные объективного исследования больного*** • **Общее состояние** (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое). • **Сознание** (ясное, спутанное, сопор, кома). • **Положение** (активное, пассивное, вынужденное с его особенностями). • **Телосложение** • **Рост** • **Вес** • **ИМТ** • **Корригированный ИМТ для пациентов с асцитом с или без отеков** • **Окружность талии** • **Тип конституции** (нормостеник, астеник, гиперстеник). • **Температура тела** • **Кожа и слизистые оболочки:** желтушность кожи, склер, уздечки языка; сосудистые звездочки (телеангиоэктазии), расположенные чаще всего в области плечевого пояса, зоны декольте: пальмарная эритема; петехии и экхимозы вследствие нарушений в системе коагуляции и тромбоцитопении; ксантомы и ксантелазмы, следы расчесов при холестазе; гинекомастия вследствие нарушения метаболизма эстрогенов в печени пациентов с ЦП или в результате нежелательных последствий длительного приема спиронолактона; ломкость и изменение цвета ногтей (белые ногти) и (или) ногти в виде барабанных палочек. На алкогольную этиологию ЦП могут указывать стигмы систематического употребления алкоголя: *facies alcoholica*, контрактура Дюпюитрена, увеличение околоушных слюнных желез, ринофима, расширение сосудов носа и склер, гипергидроз кожи лица и ладоней. Также можно обнаружить расширенные вены передней брюшной стенки (иногда в форме "головы медузы"); асцит и отеки нижних конечностей, которые развиваются в рамках ПГ и (или) печеночной недостаточности. • **Лимфатические узлы осмотр и пальпация** • **Осмотр и пальпация щитовидной железы** • **Опорно-двигательный аппарат.** Степень развития мышц, их тонус и сила. Активная и пассивная подвижность суставов, их деформация, припухлость, болезненность, ограничение функции, хруст при движении. Краткая батарея тестов физической активности (short physical performance battery, SPPB), которая включает тест с подъемом со стула, проверку равновесия и скорости ходьбы в течение 2-3 мин; динамометрию для оценки мышечной силы. **Оценить:** мышечную массу плечевого пояса и бедер; силу рукопожатия (ориентировочно); походку, устойчивость. Клиническое значение: диагностика саркопении.

Таблица 2. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)[5]	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов[4]	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом[1,4]
		• **Система органов кровообращения:** частота сердечных сокращений, АД (на правой и левой руке). Состояние вен — осмотр и ощупывание вен, набухание шейных вен, венозные коллатерали брюшной и грудной стенки, варикозное расширение вен. Осмотр и ощупывание сердечной области. Аускультация во всех пяти точках выслушивания сердца. Шумы: их характер (систолический, пресистолический, диастолический), локализация, сила, тембр, проведение шумов. • **Клиническое значение:** тахикардия и низкое АД могут быть признаками гипердинамического типа кровообращения при декомпенсированном ЦП; в сочетании со слабостью, черным стулом могут свидетельствовать о желудочно-кишечном кровотечении; брадикардия с/без артериальной гипотензии у пациентов, принимающих бета-блокаторы или карведилол, свидетельствует о необходимости коррекции их дозы. • **Система органов дыхания**: форма грудной клетки. Тип дыхания. Равномерность движения грудной клетки при дыхании. Глубина, ритм, частота дыхания в минуту. Одышка и ее характер. Голосовое дрожание на передней, боковой и задней поверхности (симметричность или усиление с одной из сторон). Топографическая перкуссия легких: перкуторное определение нижней границы легочного звука слева и справа по опознавательным линиям. Сравнительная перкуссия легких, характер перкуторного тона в различных симметричных отделах легкого по передней, боковой и задней поверхностям. Аускультация легких: характер дыхательных шумов, хрипы, их локализация, количество, характер (сухие и влажные), крепитация, шум трения плевры. **Клиническое значение:** притупление перкуторного звука справа → печёночный гидроторакс; одышка → гидроторакс, подозрение на гепатопульмональный синдром или портопульмональную гипертензию. • **Система органов пищеварения и брюшной полости.** Полость рта — состояние языка (в т.ч. "лакированный язык"), зубов и слизистой. Живот — форма и размеры, симметрия, участие в дыхании, наличие вздутия, грыж, расширения подкожных вен и выбухания брюшной стенки (признаки асцита). Наличие свободной жидкости в брюшной полости (перкуссия, симптом флюктуации). Печень — размеры, выступание из-под реберной дуги, консистенцию, болезненность и характер края. Селезенка — увеличение и болезненность (признак ПГ). **Клиническое значение:** асцит — один из ключевых маркеров декомпенсации ЦП; спленомегалия признак ПГ; уменьшение размеров печени при прогрессировании ЦП — неблагоприятный признак. • **Мочеполовая система.** Оценка суточного диуреза. Частота и объем мочеиспускания. Никтурия. У женщин с ЦП нередко наблюдается аменорея, у мужчин, особенно с алкогольной этиологией ЦП, — атрофия яичек и феминизация. **Клиническое значение:** олигурия у пациентов с декомпенсированным ЦП — клинический признак дисфункции почек. • **Нервная система:** Особенности походки. Тремор. Диагностика скрытой и явной ПЭ (см. раздел "Иные диагностические исследования", Приложение 7).
		Лабораторные диагностические исследования ***Цель:*** • подтверждение наличия и стадии заболевания; • оценка активности заболевания; • оценка синтетической функции печени; • мониторинг динамики заболевания и прогноза; • контроль безопасности и эффективности терапии; • уточнение этиологии цирроза (при неясной причине заболевания). Лабораторные показатели являются основой для расчета прогностических шкал (Child–Pugh, MELD, MELD-Na) и определения тактики ведения пациента. ***Общие принципы лабораторной диагностики:*** • **Оценка в динамике.** Диагностическое и прогностическое значение имеют изменения лабораторных показателей во времени, а не их разовые показатели. • **Комплексная интерпретация.** Лабораторные данные оцениваются только в совокупности с клинической картиной и результатами физикального обследования. • **Ключевая роль прогностических маркеров.** Альбумин, МНО, билирубин, креатинин и натрий являются основными лабораторными показателями прогноза ЦП.

doi: 10.15829/3034-4123-2026-149

Таблица 2. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)[5]	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов[4]	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом[1,4]
		• **Оценка функции почек.** Даже минимальные изменения креатинина и натрия требуют внимания ввиду высокого риска развития повреждения почек. • **Активный поиск осложнений.** При ухудшении состояния лабораторные исследования направлены прежде всего на исключение инфекционных осложнений и декомпенсации. • **Этиологическая диагностика.** Лабораторный скрининг причин цирроза проводится полноценно при первичном выявлении заболевания и не требует регулярного повторения, но может быть проведен при подозрении на развитие другого заболевания печени. ***На каждом диспансерном приеме*** • общий (клинический) анализ крови развернутый; • анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, общий билирубин, альбумин, натрий); • коагулограмма (МНО и/или протромбиновое (тромбопластиновое) время); ***При декомпенсации ЦП*** • общий (клинический) анализ крови развернутый; • анализ крови биохимический общетерапевтический (общий белок, альбумин, билирубин общий, билирубин связанный (конъюгированный), креатинин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, щелочная фосфатаза, гамма-глутамилтрансфераза, глюкоза, натрий); • коагулограмма (международное нормализованное отношение, протромбиновый индекс %, фибриноген, протромбин, протромбиновое (тромбопластиновое) время); ***Установление этиологии ЦП/появление нового повреждающего фактора*** *Вирусные заболевания печени* • определение антигена (HbsAg) вируса гепатита B в крови; • определение суммарных антител классов M и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита C в крови; • определение антител к вирусу гепатита D в крови — при выявлении HbsAg или наличии в анамнезе HBV инфекции; *Аутоиммунные заболевания печени* • Иммуноглобулины (IgG, IgA, IgM) • Антинуклеарные антитела (ANA) • Антитела к гладкой мускулатуре (SMA/ASMA) • Антитела к микросомам печени и почек (anti-LKM-1) • Антимитохондриальные антитела (AMA M2) *Нарушения обмена железа (Гемохроматоз)* • Ферритин • Насыщение трансферрина железом *Болезнь Вильсона-Коновалова* • Церулоплазмин • Медь сыворотки крови • Суточная экскреция меди с мочой *Дефицит α1-антитрипсина* • α1-антитрипсин *Неалкогольная жировая болезнь печени* Глюкоза крови Гликированный гемоглобин Липидный профиль ***Скрининг гепатоцеллюлярной карциномы*** • определение уровня альфа-фетопротеина — 2 раза в год.

Таблица 2. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)[5]	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов[4]	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом[1,4]
		Дополнительные исследования (по показаниям) • Д-димер (исключение активного тромбообразования). • Активированное частичное тромбопластиновое время (контроль эффективности терапии низкомолекулярными гепаринами). • Определение активности антитромбина III (при дефиците данного фактора эффект низкомолекулярных гепаринов может быть неполным или отсутствовать вовсе). • Общий (клинический) анализ мочи (для исключения мочевой инфекции, при повышении уровня креатинина). • Микробиологическое (культуральное) исследование крови на стерильность, микробиологическое (культуральное) исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы (при подозрении на инфекционный процесс) — трехкратно. • Иммунохроматографическое экспресс-исследование кала на токсины А и В клостридии (*Clostridioides difficile*) (при нарушении стула с лихорадкой и неоднократно госпитализированным, получавшим антибактериальные препараты системного действия). • С-реактивный белок. Интерпретация лабораторных исследований у пациентов с ЦП в Приложении 8.
		Инструментальные диагностические исследования ***Задачи:*** • оценка выраженности фиброза и ПГ; • выявление осложнений ЦП; • динамическое наблюдение; • скрининг гепатоцеллюлярной карциномы; • определение прогноза заболевания; • оценка показаний к консультации врача хирурга-трансплантолога. ***Общие принципы инструментальной диагностики*** • **Комплексное обследование.** Используется сочетание методов визуализации, эндоскопии и функциональных исследований. • **Регулярность динамического наблюдения.** ЦП — прогрессирующее заболевание, поэтому требуется периодический контроль состояния пациента. • **Риск-ориентированный подход.** Объем обследования зависит от: стадии цирроза (компенсированный/декомпенсированный); наличия осложнений; этиологии заболевания, индивидуальных факторов риска. • **Предпочтение неинвазивных методов.** Современные рекомендации подчеркивают приоритет неинвазивных методов оценки фиброза и ПГ. **Обследования в рамках ДН:** • регистрация электрокардиографии — 1 раз в год (для исключения нарушений ритма сердца, косвенных признаков алкогольной кардиомиопатии и других сочетанных и сопутствующих заболеваний сердца); • УЗИ ОБП — не реже 2 раз в год; • ЭГДС не реже 1 раза в 2 года (при наличии ВРВП и анамнеза ЖКК сроки могут меняться) см. Приложение 8; **Обследования по показаниям:** • КТ ОБП с внутривенным болюсным контрастированием или МРТ ОБП при подозрении на тромбоз в венах портальной системы или с очаговыми изменениями печени на УЗИ ОБП с целью исключения тромбоза и уточнения генеза очагов или повышения альфа-фетопротеина, или других подозрениях на гепатоцеллюлярный рак. **Дополнительные методы обследования (при наличии возможности и показаний):** • **транзиентная эластография печени для оценки стадии фиброза**: ✓ при жесткости печени <10 кПа цирроз маловероятен, и пациент наблюдается с контролем лабораторных и инструментальных показателей; ✓ при значениях 10-15 кПа вероятен выраженный фиброз, что требует углубленного обследования; ✓ при >15 кПа высока вероятность цирроза, поэтому необходимо обследование для исключения осложнений ЦП (УЗИ ОБП, ЭГДС, оценка функции печени и прогноза заболевания) [8, 9].

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-149

Таблица 2. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)[5]	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов[4]	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом[1,4]
		Дополнительно, согласно консенсусу Baveno VII, для стратификации риска варикозных вен и определения необходимости ЭГДС используется сочетание жёсткости печени и уровня тромбоцитов: при жёсткости печени <20 кПа и уровне тромбоцитов >150×10^9/л риск клинически значимой ПГ и варикозных вен низкий, и ЭГДС может быть отложена; при более высоких значениях показателей требуется проведение ЭГДС [10]. В качестве дополнительного прогностического инструмента может использоваться эластография селезенки — жесткость селезёнки ≤40 кПа может свидетельствовать о низком риске варикозных кровотечений. Этот показатель рассматривается как дополнительный прогностический инструмент, но является операторзависимым методом. • **рентгеноденситометрия** для оценки риска остеопении или степени остеопороза пациентам с ЦП, особенно холестатической или аутоиммунной (на фоне длительной терапии глюкокортикоидами) этиологии, а также при подготовке к трансплантации печени: **ВАЖНО!** **Результаты эластографии печени могут быть ложно завышены при:** • наличии асцита; • высоком уровне трансаминаз (>5 норм); • выполнении исследования не натощак; • недостаточном опыте оператора. • **контраст-усиленное УЗИ** для оценки объемных образований печени в тех случаях, когда имеются противопоказания для проведения КТ или МРТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием; • **биоимпедансметрия, рентгеноденситометрия** (ДРА — двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия, или DEXA в англоязычной литературе), ультразвуковое исследование мышц (УЗИ мягких тканей (одна анатомическая зона) рекомендовано пациентам с ЦП и клиническими признаками саркопении для оценки мышечной массы. Показания и интерпретация инструментальных методов исследований у пациентов с ЦП в Приложении 9.
		Иные диагностические исследования • **Психометрические тесты** (связи чисел, число — буква, линии, почерка, арифметический, пересказа) и тест "назови животных" (animal naming test) и другие с целью диагностики скрытой ПЭ. Приложение 10-12. • **Исследование уровня аммиака в крови** с целью дифференциального диагноза измененного сознания. Предпочтительным считается исследование уровня аммиака в крови с помощью экспресс-метода. *Могут применяться дополнительно при наличии показаний и возможности проведения* • **Измерение окружности мышц средней трети плеча** при наличии клинических признаков саркопении для оценки мышечной массы. • **Измерение силы мышц кисти** (кистевую динамометрию) при наличии клинических признаков саркопении для оценки мышечной силы.
		Биопсия печени (направление в стационар): *Показания к биопсии печени:* • Сомнительный диагноз, если его уточнение изменит тактику лечения. • Оценка стадии фиброза для определения прогноза и лечения при известном заболевании печени. *Абсолютные противопоказания к биопсии печени*[8]*:* • Нарушение гемостаза; склонность к кровотечениям с выраженным нарушением протромбинового времени (тромбопластиновое время <70%, активированное частичное тромбопластиновое время >1,5 верхних границ норм; тромбиновое время >1,5 верхних границ норм, тромбоцитопения <80х10^9/л) • Тяжелое, коматозное состояние пациента • Перитонит, сепсис • Выраженная портальная, билиарная гипертензия • Недееспособность пациента (ПЭ 3-4 стадии, психическое заболевание), невозможность подписать добровольное информированное согласие.

[8] Клинические рекомендации "Алкогольная болезнь печени", 2024. https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/711_2.

Таблица 2. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)[5]	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов[4]	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом[1,4]
		Оценка достижения целевых показателей здоровья • Отсутствие прогрессирования ЦП и развития осложнений (Child-Pugh, MELD, MELD-Na) Приложение 13; • Отсутствие гепатоцеллюлярной карциномы; • Эффективность этиотропной терапии (противовирусная терапия, абстиненция и пр. (см. Соответствующие клинические рекомендации); • Контроль симптомов; • Нормализация белково-синтетической функции печени; • Нормализация аланинаминотрансферазы/аспартатаминотрансферазы; • ИМТ — 18,5-24,9 кг/м^2, окружность талии — <94 см (мужчины) и <80 см (женщины).
		Оценка риска неблагоприятных событий ***Оценка тяжести ЦП по шкале Child-Pugh (Приложение 13):*** • проведение оценки тяжести ЦП рекомендовано у всех пациентов с данным диагнозом. ***Оценка состояния сознания больного с ПЭ по Тесту связи чисел (Приложение 10):*** • для определения скрытой ПЭ (минимальной и ПЭ 1 стадии по шкале Вест-Хейвен), которая клинически не проявляется и характеризуется снижением быстроты познавательной деятельности и точности тонкой моторики и для оценки динамики психометрических тестов в процессе лечения. ***Оценка состояния сознания больного с ПЭ по "Назови животных" (Приложение 11):*** • для определения скрытой ПЭ (минимальной и ПЭ 1 стадии по шкале Вест-Хейвен), которая клинически не проявляется и характеризуется снижением быстроты познавательной деятельности и точности тонкой моторики и для оценки динамики психометрических тестов в процессе лечения. ***Оценка стадии ПЭ по шкале Вест-Хейвен (Приложение 12):*** • для оценки тяжести клинически явной ПЭ (начиная со стадии II Вест-Хейвен). ***Оценка стадии заболевания печени по индексу MELD и MELD-Na (Приложение 13):*** • проведение оценки для определения очередности трансплантации печени в листе ожидания. **Определение показаний к госпитализации** желтуха, явная энцефалопатия (2-я стадия и выше), впервые возникший или медикаментозно неконтролируемый/напряженный асцит, отечный синдром, подозрение на кровотечение, появление/усиление астенического синдрома, олигурия/анурия, подозрение на развитие инфекционного осложнения, появление/усиление одышки, клинические признаки поражения почек (олиго-/анурия). Госпитализация при ЦП может быть плановой и экстренной, в терапевтический или хирургический блок, в отделение интенсивной терапии и реанимации.
		Установление или уточнение диагноза заболевания (состояния) При формулировке диагноза необходимо указывать все его рубрики, учитывать современные требования законодательства Российской Федерации и принципы кодирования согласно правилам международной статистической классификации болезней 10 пересмотра: • основное заболевание • конкурирующее заболевание (при наличии) • сочетанное заболевание (при наличии) • фоновое заболевание (при наличии) • осложнения основного заболевания (конкурирующего, сочетанного, фонового заболеваний — при наличии) • сопутствующие заболевания (при наличии) ***Структура развернутого диагноза:*** *Основное заболевание:* ЦП (морфологическая форма, если установлена). *Этиология:* вирусный (B, C, D), алкогольный, криптогенный, билиарный, аутоиммунный и др. *Функциональный класс:* по шкале Чайлд-Пью (A, B или C). MELD/MELD-Na *Стадия:* компенсация, декомпенсация ПГ

doi: 10.15829/3034-4123-2026-149

Таблица 2. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)[5]	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов[4]	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом[1,4]
		Осложнения: асцит (степень ICA), ВРВП/желудка, спленомегалия с синдромом гиперспленизма. печеночно-клеточная недостаточность: желтуха, гипоальбуминемия, коагулопатия. ПЭ: стадия. прочие: гепаторенальный синдром, спонтанный бактериальный перитонит и др. ***Примеры формулировок:*** Алкогольный ЦП, класс А по Чайлд-Пью (5 баллов), MELD=6, компенсация, ПГ (ВРВП 1 ст.). ЦП вирусной этиологии (ПЦР HCV положит от дата анализа), класс В по Чайлд-Пью, MELD=16, декомпенсация. ПГ: асцит, спленомегалия. ПЭ 1 ст.
		Назначение по медицинским показаниям профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий ***Проведение индивидуального КПК*** Проведение КПК и разъяснение лицу с высоким риском развития угрожающего жизни заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) или их осложнения, а также лицам, совместно с ним проживающим, правил действий при их развитии и необходимости своевременного вызова скорой медицинской помощи[4]. В рамках КПК пациент должен получить общие рекомендации (основы здорового образа жизни) и, в зависимости от имеющихся ФР, краткие рекомендации по конкретным ФР. КПК ограничено по времени (не >10 мин), поэтому проведение его рекомендуется по структурированной схеме [11]: • разъяснение результатов обследования и рекомендации, выдача информационных материалов/памяток при необходимости • информирование о необходимости регулярных визитов в рамках ДН **не реже 1 раза в 3–4 мес.** (по показаниям — чаще), о рекомендуемых для пациента целевых уровнях показателей состояния здоровья, о возможности получения углубленного профилактического консультирования группового/индивидуального (при наличии) • с целью экономии средств и рабочего времени медперсонала и пациента целесообразно первое проведение в текущем году диспансерного осмотра (приема) совмещать с приемом (осмотром) пациента, проводимого в рамках профилактического медицинского осмотра или диспансеризации • назначение даты следующего диспансерного приема. ***Направление на вакцинацию*** **ВАЖНО!** Вакцинация не противопоказана пациентам с ЦП и должна быть рекомендована как можно раньше. Рекомендовать пациенту иммунизацию согласно национальному календарю профилактических и календарю профилактических прививок по эпидемическим показаниям, возможных поствакцинальных реакциях и осложнениях, а также последствиях отказа от иммунизации[9]. • против гриппа — ежегодно, особенно пациентам старше 65 лет и с наличием других ХНИЗ для снижения риска смерти; • от пневмококковой инфекции, особенно пациентам старше 65 лет и с наличием других ХНИЗ для снижения риска смерти; • проверка/составление индивидуального плана вакцинопрофилактики, при наличии показаний и согласии пациента направление в прививочный кабинет для проведения иммунизации [12].

[9] Приказ Минздрава России от 06 декабря 2021 г. № 1122н "Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок" СПС Консультант Плюс.

Таблица 2. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)[5]	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов[4]	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом[1,4]
		Неиммунизированным реципиентам, ожидающим трансплантацию солидных органов, с целью снижения риска инфекционных осложнений в послеоперационном периоде на фоне иммуносупрессивной терапии, рекомендовано проводить плановую вакцинацию на этапе ожидания донорского органа с целью формирования защитных антител. Трансплантацию солидных органов (комплекса) рекомендовано выполнять не ранее, чем через 4 нед. от момента последней вакцинации живыми и инактивированными вакцинами при отсутствии экстренных показаний к трансплантации. Основные принципы применения вакцин для плановой иммунизации и по эпидемическим показаниям со сроками возможной трансплантации рассмотрена в методических рекомендациях "Иммунизация иммунокомпрометированных пациентов"[10].
		Назначение (корректировка) немедикаментозного и медикаментозного лечения (Приложение 14-19) Назначение (корректировка) медикаментозного лечения проводится согласно клиническим рекомендациям по заболеванию (состоянию), по поводу которого больной состоит на ДН, а также с учетом рекомендаций врачей-специалистов (при наличии таких рекомендаций). **Немедикаментозная терапия** • Рекомендации по питанию (Приложение 14, 15) • Отказ от употребления алкоголя • Отказ от употребления табака • Физическая активность **Медикаментозная терапия** **Этиологическая терапия** • Противовирусная терапия (гепатит В и С) • Абстиненция (алкогольный ЦП) [7]. • НАЖБП (модификация образа жизни) **Патогенетическая терапия** • Иммуносупрессивная терапия (аутоиммунный гепатит) • Урсодезоксихолевая кислота (первичный билиарный холангит) • Д-пеницилламин (синдром Вильсона-Коновалова) • Флеботомия/хелаторная терапия (гемогроматоз) и пр. **Терапия осложнений ЦП** • Асцит (Приложение 16) • ПГ (ВРВП и желудка) (Приложение 17) • ЖКК • Тромбоцитопения • Спонтанный бактериальный перитонит • ПЭ (Приложение 19) • ОПП, ГРС-ОПП • Гепатопульмональный синдром • Портопульмональная гипертензия • Инфекционные осложнения • Саркопения (Приложение 18) • Гепатоцеллюлярная карцинома • Электролитные нарушения

[10] Письмо Минздрава России от 13.06.2025 № 30-0/И/2-11677 "О направлении методических рекомендаций "Иммунизация иммунокомпрометированных пациентов". https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_526326.

doi: 10.15829/3034-4123-2026-149

Таблица 2. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)[5]	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов[4]	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом[1,4]
		ВАЖНО! Не все случаи повреждения почек при ЦП являются ГРС-ОПП Повреждение почек при ЦП чаще всего представлено преренальной острой почечной недостаточностью, ГРС-ОПП и острым тубулярным некрозом, реже встречаются гломерулярные поражения и хроническая болезнь почек. Дифференциальная диагностика основана прежде всего на клиническом контексте и ответе на терапию: при преренальной ОПП обычно выявляется гиповолемия и наблюдается улучшение функции почек после отмены диуретиков и введения альбумина; при ГРС характерны декомпенсированный цирроз с асцитом, низкий натрий мочи и "чистый" осадок мочи; при остром тубулярном некрозе чаще имеются сепсис или гипотензия, повышенный натрий мочи и патологический осадок. Тактика ведения включает первоначальную отмену диуретиков и нефротоксичных препаратов и пробную инфузию альбумина; при улучшении функции почек диагностируется преренальное ОПП, при отсутствии ответа и типичной картине — ГРС (показаны альбумин и вазоконстрикторы), а при признаках органического поражения проводится лечение острого тубулярного некроза и осложнений. **Терапия синдромов и симптомов** • Анемия [13] • Зуд • Мышечные судороги
		ТП При наличии у пациента медицинских показаний (состояний), требующих консультации по вопросу оказания медицинской помощи по трансплантации, медицинская организация, выявившая соответствующие показания у пациента, направляет его с выпиской из медицинской документации (медицинская карта амбулаторного больного, медицинская карта стационарного больного) в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь по трансплантации[11], в том числе с применением телемедицинских технологий[12]. Решение о необходимости трансплантации органа и (или) ткани и о включении пациента в лист ожидания трансплантации трупного органа и (или) ткани принимается врачебной комиссией в составе лечащего врача, врача-хирурга, врача-анестезиолога-реаниматолога, а при необходимости — врачей других специальностей, на основании проведения очной консультации, а при необходимости — дополнительного обследования на основе установленных стандартов медицинской помощи[10]. ***Показания к ТП*** Терминальная или фульминантная печеночная недостаточность, а также развитие осложнений ЦП, резистентных к стандартной терапии: — Тяжелое нарушение функции печени: индекс MELD-Na ≥15 баллов — Резистентные осложнения ЦП (при любом уровне MELD): ◦ Рефрактерный асцит/гидроторакс ◦ Рецидивирующая или хроническая ПЭ ◦ Рецидивирующие варикозные кровотечения при отсутствии альтернатив лечения ◦ ГРС-ОПП независимо от ответа на вазопрессоры ◦ Гепатопульмональный синдром с PaO_2 <60 мм рт.ст. ◦ Спонтанный бактериальный перитонит/инфицированный гидроторакс ◦ Гепатоцеллюлярный рак, соответствующий критериям трансплантабельности (BCLC) ◦ Нестерпимый холестатический зуд, который значительно снижает качество жизни пациентов и повышает риск суицида. *Абсолютные противопоказания к ТП:* • ВИЧ на стадии СПИДа (CD4 <150 кл/мкл). • Внепеченочное или инвазивное (сосудистая инвазия) распространение гепатоцеллюлярной карциномы. • Активные онкологические заболевания (внепеченочные).

[11] Приказ Минздрава России от 31 октября 2012 г. № 567н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "хирургия (трансплантация органов и (или) тканей человека)" (с изменениями и дополнениями) https://base.garant.ru/70291240/.

[12] Приказ Минздрава России от 11.04.2025 N 193н "Об утверждении Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий". СПС Консультант Плюс.

Таблица 2. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)[5]	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов[4]	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом[1,4]
		• Активные внепеченочные инфекции (например, туберкулез). • Неконтролируемые зависимости (алкогольная, наркотическая). • Тяжелые психические заболевания, препятствующие соблюдению послеоперационных рекомендаций. • Некорригируемая тяжелая ишемическая болезнь сердца. • Тяжелая полиорганная патология, исключающая изолированную ТП. • Легочная артериальная гипертензия >45 мм рт. ст. на фоне терапии. *Относительные противопоказания (требуют углубленного обследования/коррекции):* • Возраст >60 лет, ожирение (ИМТ >35), выраженный дефицит питания (нужна преабилитация). • Тромбоз воротной вены (стадии Yerdel 3-4) — решение принимается индивидуально в специализированном центре. • Алкогольный ЦП: стандартно требуется 6-месячная абстиненция. Отобранным пациентам с тяжелым алкогольным гепатитом, не отвечающим на стероиды, ТП может быть рассмотрена досрочно при условии комплексной реабилитационной поддержки. • Онкологические заболевания в анамнезе: возможность и сроки ТП определяются индивидуально (консилиум онколога и трансплантолога). *Дополнительные рекомендации:* • Всем кандидатам на ТП необходим регулярный скрининг и коррекция нутритивного статуса/саркопении для улучшения послеоперационных исходов, Приложение 18. **Уточнение факта приема лекарственных средств, а также прочих препаратов при наличии показаний к их применению. Определение приверженности к проводимому лечению и его эффективности по оценке самого пациента, выявление причин невыполнения ранее назначенного лечения** (Приложение 20, 21). ***Направление на консультацию к врачам-специалистам по медицинским показаниям, в том числе с применением телемедицинских технологий:*** Консультации врачей-специалистов, в том числе с применением телемедицинских технологий[11]: • прием (осмотр, консультация) врача — психиатра-нарколога по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача — онколога по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача — эндокринолога по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача — офтальмолога по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача — хирурга по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача — гинеколога по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача — уролога по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача — инфекциониста по медицинским показаниям. ***Определение наличия показаний для направления в отделение (кабинет) медицинской реабилитации/на консультацию к врачу по физической и реабилитационной медицине (врачу по медицинской реабилитации)*** ***Определение наличия показаний и отсутствия противопоказаний для направления на санаторно-курортное лечение***[13] *Диагноз* • Фиброз печени (K74.0) • Склероз печени (K74.1) • Первичный билиарный цирроз (K74.3)

[13] Приказ Минздрава России от 27 марта 2024 г. № 143н "Об утверждении классификации природных лечебных ресурсов, указанных в пункте 2 статьи 2.1 Федерального закона от 23 февраля 1995 г. № 26-ФЗ "О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах", их характеристик и перечня медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации с применением таких природных лечебных ресурсов" СПС Консультант Плюс.

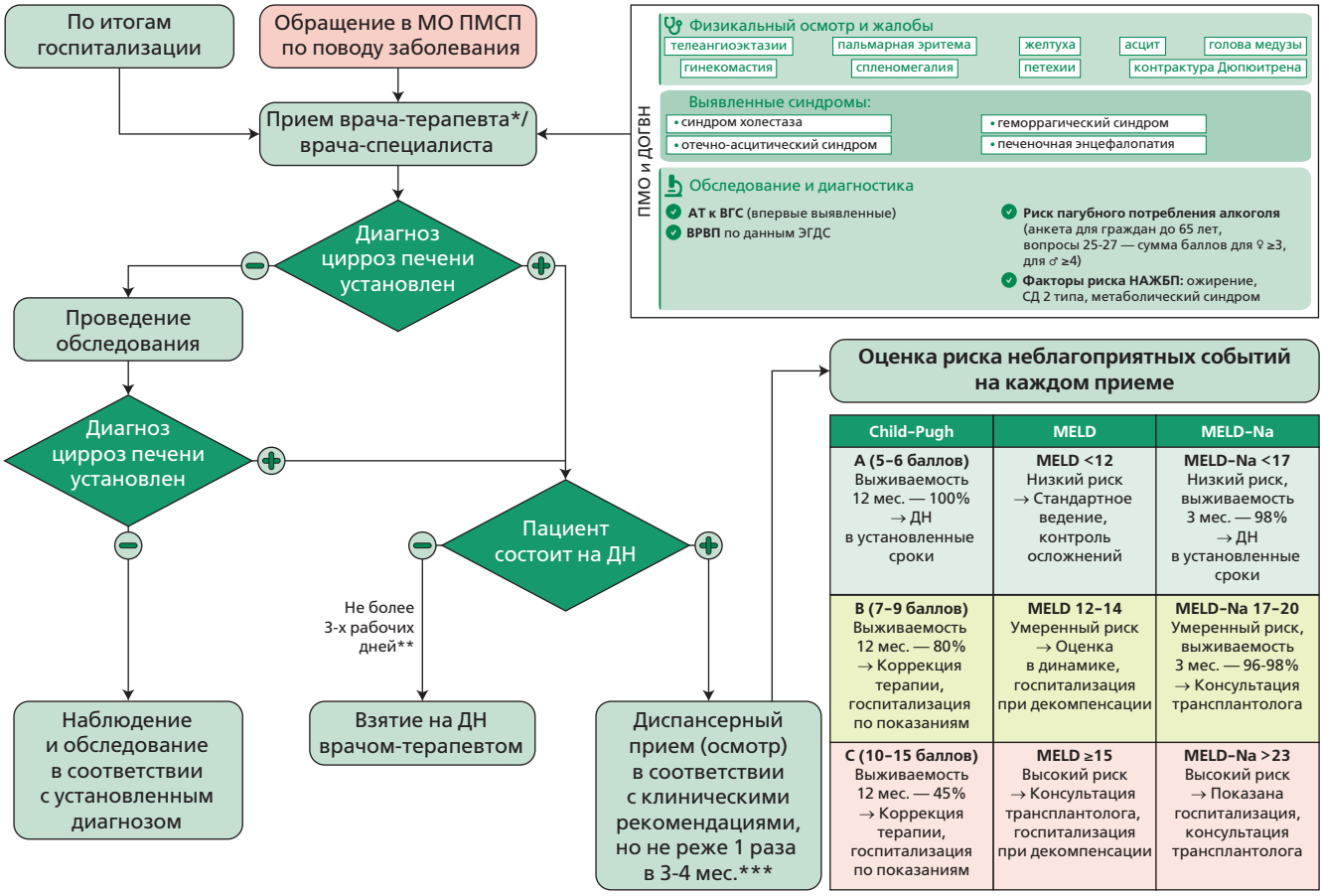
 doi: 10.15829/3034-4123-2026-149

Таблица 2. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)[5]	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов[4]	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом[1,4]
		Форма, стадия, фаза, степень тяжести заболевания • Фиброз, склероз и ЦП без признаков декомпенсации (то есть класс А по Чайлд-Пью), при нормальных показателях уровня ферментов, без желтухи и признаков печеночной недостаточности *Природные лечебные ресурсы* • Лечебный климат
		Информирование пациента о результатах проведенного диспансерного приема (осмотра, консультации) • выдача рекомендаций, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, письменного плана неотложных действий и самопомощи при развитии жизнеугрожающих состояний; • информирование о необходимости регулярного диспансерного приема (осмотра, консультации) в рамках ДН; • информирование о дате следующего диспансерного приема (осмотра, консультации); • информирование о необходимости прохождения диспансеризации и ежегодного профилактического медицинского осмотра.
		Оформление медицинской документации • формы № 025/у "Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях"; • форма № 025-1/у "Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях"; • форма № 057 "Направление для оказания медицинской помощи" (при необходимости) • внесение информации о результатах диспансерного приема (осмотра, консультации) в электронную медицинскую карту медицинской информационной системы.

Сокращения: АД — артериальное давление, ВРВП — варикозное расширение вен пищевода, ГРС — гепаторенальный синдром, ГРС-ОПП — гепаторенальный синдром с острым повреждением почек, ДН — диспансерное наблюдение, ЖКК — желудочно-кишечное кровотечение, ИМТ — индекс массы тела, КПК — краткое профессиональное консультирование, КТ — компьютерная томография, МНО — международное нормализованное отношение, МРТ — магнитно-резонансная томография, НАЖБП — неалкогольная жировая болезнь печени, ОБП — органы брюшной полости, ОПП — острое повреждение почек, ПГ — портальная гипертензия, ПЭ — печеночная энцефалопатия, ПЦР — полимеразная цепная реакция, СКТ — спиральная компьютерная томография, ТП — трансплантация печени, УЗИ — ультразвуковое исследование, ФР — факторы риска, ХНИЗ — хронические неинфекционные заболевания, ЦП — цирроз печени, ЭГДС — эзофагодуоденоскопия.

Приложение 1
Алгоритм ведения пациента с ЦП в условиях первичной медико-санитарной помощи



Child-Pugh	MELD	MELD-Na
A (5-6 баллов) Выживаемость 12 мес. — 100% → ДН в установленные сроки	**MELD <12** Низкий риск → Стандартное ведение, контроль осложнений	**MELD-Na <17** Низкий риск, выживаемость 3 мес. — 98% → ДН в установленные сроки
B (7-9 баллов) Выживаемость 12 мес. — 80% → Коррекция терапии, госпитализация по показаниям	**MELD 12-14** Умеренный риск → Оценка в динамике, госпитализация при декомпенсации	**MELD-Na 17-20** Умеренный риск, выживаемость 3 мес. — 96-98% → Консультация трансплантолога
C (10-15 баллов) Выживаемость 12 мес. — 45% → Коррекция терапии, госпитализация по показаниям	**MELD ≥15** Высокий риск → Консультация трансплантолога, госпитализация при декомпенсации	**MELD-Na >23** Высокий риск → Показана госпитализация, консультация трансплантолога

Примечание: * — врач-терапевт — врач-терапевт участковый, врач общей практики (семейный врач), врач-терапевт участковый цехового врачебного участка, фельдшер фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского здравпункта) в случае возложения на него руководителем медицинской организации отдельных функций лечащего врача, в том числе по проведению диспансерного наблюдения, в порядке, установленном приказом Минздрава России от 27.03.2025 № 155н; ** — Постановление Правительства Российской Федерации от 29.12.2025 № 2188 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов"; *** — в соотв. с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022 № 168н.
Сокращения: АТ — антитела, ВГС — вирус гепатита С, ВРВП — варикозное расширение вен пищевода, ДН — диспансерное наблюдение, ДОГВН — диспансеризация определенных групп взрослого населения, МО — медицинская организация, НАЖБП — неалкогольная жировая болезнь печени, ПМО — первичный медицинский осмотр, ПМСП — первичная медико-санитарная помощь, СД — сахарный диабет, ЭГДС — эзофагодуоденоскопия.

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-149

Приложение 2
Алгоритм диагностики и ДН пациентов с ЦП

Этап 1. Подозрение на цирроз печени

Жалобы
(чаще бывает комбинация симптомов и синдромов)



- синдром холестаза
- геморрагический синдром
- отечно-асцитический синдром
- признаки печеночной энцефалопатии

Физикальный осмотр
(чаще бывает комбинация симптомов и синдромов)

- телеангиоэктазии
- гинекомастия у мужчин
- пальмарная эритема
- голова медузы
- желтуха
- асцит (феномен флюктуации)
- следы расчесов
- петехии и экхимозы
- атрофия яичек
- *facies alcoholica*
- контрактура Дюпюитрена
- увеличение околоушных слюнных желез
- ↑/↓ размеров печени
- плотный, бугристый край печени
- спленомегалия

Этап 2. Обследование для уточнения диагноза

Лабораторная диагностика

Оценка функции печени и поражение паренхимы:

- **ОАК**
- **Биохимический анализ крови** (АЛТ, АСТ, ГГТП, ЩФ, общий и непрямой билирубин, общий белок, альбумин, креатинин, глюкоза, натрий)
- **Коагулограмма**

Инструментальная диагностика

- **УЗИ ОБП** (нодулярность поверхности печени (неровный контур), неоднородная эхогенность паренхимы, гипертрофия хвостатой доли, ↓ правой доли печени, спленомегалия, расширение портальной вены (>13 мм), наличие коллатералей, реканализация пупочной вены, асцит, гребенчатость (волнообразность) желчного пузыря и нижней полой вены, плотный и тупой край печени
- **ЭГДС** (ВРВП, портальная гастропатия)
- **МРТ/СКТ ОБП с в/в контрастированием** (по показаниям, тромбоз портальной вены, очаговое образование печени)
- **Транзиентная эластография печени** (при жесткости печени <10 кПа цирроз маловероятен; при значениях 10-15 кПа вероятен продвинутый фиброз; при >15 кПа высока вероятность цирроза)

Уточнение этиологии ЦП

- **Алкогольная болезнь печени** (анамнез, стигмы алкоголизации, АСТ >АЛТ, ↑ГГТП, макроцитоз/гиперхромия эритроцитов, ↑IgA)
- **Маркеры вирусных гепатитов** (АТ сумм. HCV, HbsAg)
- **Аутоиммунный гепатит** (электрофорез белков, IgG, ANA, ASMA)
- **Первичный билиарный холангит** (AMA M2, ↑IgM)
- **Первичный склерозирующий холангит** (МРХПГ/ЭРХПГ — стриктуры желчных протоков)
- **НАЖБП/МАЖБП** (ожирение, предиабет, СД 2 типа, гиперхолестеринемия)
- **Ишемический гепатит** (ХСН, дислипидемия)
- **Лекарственное поражение печени** (метотрексат, амиодарон, метилдопа, витамин А и др.)
- **Гемохроматоз** (↑ферритин, ↑НТЖ)
- **Болезнь Вильсона–Коновалова** (↓церулоплазмина, ↑ суточной экскреции меди с мочой)
- **Дефицит альфа-1-антитрипсина** (↓ альфа-1-антитрипсина)
- **Синдром Бадда–Киари** (тромбоз печеночных вен по данным доплерографии/СКТ или МРТ с в/в контрастированием)

Стадирование и стратификация

- Оценка по шкалам Чаилд-Пью, MELD, MELD-Na

Этап 3. Диспансерное наблюдение

Постановка в течение 3-х дней с момента установления диагноза, кратность в соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 р/3-4 мес.

I. Расспрос пациента: сбор жалоб, сбор анамнеза	
II. Объективные исследования: физикальное, лабораторные, инструментальные	
III. Оценка достижения целевых показателей здоровья	
IV. Оценка риска неблагоприятных событий	• Действия врача в зависимости от баллов **Child–Pugh** Child-Pugh A (5-6 баллов) B (7-9 баллов) C (10-15 баллов)
	Действия врача в зависимости от баллов • **MELD <12:** Ведение стандартное: контроль осложнений, профилактика, допустимы плановые хирургические Плановые посещения в рамках ДН • **MELD 12–14:** риск умеренный. Требуется усиленный мониторинг, оценка динамики MELD. При появлении признаков декомпенсации (асцит, энцефалопатия, кровотечение) госпитализация. • **MELD ≥15:** Пациент должен быть направлен на консультацию трансплантолога. • **MELD >20:** риск смерти крайне высок. Требуется госпитализация.
	Действия врача в зависимости от баллов MELD-Na: • **MELD–Na <12–14 (низкий риск):** Показано стандартное ведение: регулярный мониторинг функции печени, профилактика и лечение осложнений, плановые хирургические вмешательства допустимы. Рекомендуется наблюдение в амбулаторных условиях • **MELD–Na 15–20 (умеренный риск):** Требуется усиленный мониторинг, ранняя оценка для трансплантации печени, активное выявление и лечение осложнений (асцит, энцефалопатия, кровотечение). Следует инициировать консультацию трансплантационного центра, особенно при признаках декомпенсации • **MELD–Na >20 (высокий риск):** Показана госпитализация, направление в центр трансплантации • **MELD–Na >30 (очень высокий риск):** Пациенту требуется приоритетная трансплантация печени, обсуждение паллиативной помощи.
V. Оценка результатов консультаций врачей-специалистов	
VI. Установление или уточнение диагноза заболевания (состояния)	
VII. Назначение по медицинским показаниям профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий	Проведение индивидуального краткого профилактического консультирования
	Направление на вакцинацию (в соответствие с Приказом Минздрава России от 06.12.2021 № 1122н)
	Назначение (корректировка) медикаментозного лечения
	Направление на консультацию к врачам-специалистам по медицинским показаниям, в том числе с применением ТМТ (гастроэнтеролог, хирург (в т.ч. по поводу трансплантации, онколог, инфекционист)
	Определение наличия показаний для направления в отделение (кабинет) медицинской реабилитации/ на консультацию к врачу по физической и реабилитационной медицине (врачу по медицинской реабилитации)
	Определение наличия показаний и отсутствия противопоказаний для направления на санаторно-курортное лечение (Приказ Минздрава России от 27.03.2024 № 143н)
VIII. Информирование пациента о результатах проведенного диспансерного приема (осмотра, консультации)	
IX. Оформление медицинской документации	
Определение показаний к плановой/экстренной госпитализации (на каждом осмотре)	

Сокращения: АЛТ — аланинаминотрансфераза, АТ — антитела, АСТ — аспартатаминотрансфераза, ВРВП — варикозное расширение вен пищевода, ГГТП — гамма-глутамилтранспептидаза, ДН — диспансерное наблюдение, МАЖБП — метаболически ассоциированная жировая болезнь печени, МРТ — магнитно-резонансная томография, МРХПГ — магнитно-резонансная холангиопанкреатография, НАЖБП — неалкогольная жировая болезнь печени, НТЖ — насыщение трансферрина железом, ОАК — общий анализ крови, ОБП — органы брюшной полости, СД — сахарный диабет, СКТ — спиральная компьютерная томография, ТМТ — телемедицинские технологии, УЗИ — ультразвуковое исследование, ХСН — хроническая сердечная недостаточность, ЩФ — щелочная фосфатаза, ЭГДС — эзофагодуоденоскопия, ЭРХПГ — эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография.

doi: 10.15829/3034-4123-2026-149

Приложение 3
Анкета–опросник для оценки характера употребления алкоголя "AUDIT"

Количество баллов					
0	**1**	**2**	**3**	**4**	
1 Как часто Вы употребляете спиртные напитки?					Баллы
Никогда	Один раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в неделю	☐
2 Сколько Вы обычно выпиваете в день?					
30-60 мл. 40% водки, или 75-150 мл. 17-20% крепленого вина, или 75-150 мл. 11-13% сухого вина, или 250 мл.-1 бутылка 5% пива	90-120 мл. 40% водки, или 225-300 мл. 17-20% крепленого вина, или 300-400 мл. 11-13% сухого вина, или 1.5-2 бутылки 5% пива	90-120 мл. 40% водки, или 225-300 мл. 17-20% крепленого вина, или 300-400 мл. 11-13% сухого вина, или 1.5-2 бутылки 5% пива	210-240 мл. 40% водки, или 525-600 мл. 17-20% крепленого вина, или 700-1000 мл. 11-13% сухого вина, или 3.5-4 бутылки 5% пива	более 300 мл. 40% водки, или более 750 мл. 17-20% крепленого вина, или более 1000 мл. 11-13% сухого вина, или более 5 бутылок 5% пива	☐
3 Как часто Вы выпиваете более 180 мл водки (450 мл вина) в течение одного дня?					
Никогда	Менее 1 раза в месяц	1 раз в месяц	1 раз в неделю	Ежедневно или почти ежедневно	☐
4 Как часто за последний год Вы находили, что не способны остановиться, начав пить?					
Никогда	Менее 1 раза в месяц	1 раз в месяц	1 раз в неделю	Ежедневно или почти ежедневно	☐
5 Как часто за последний год Вы из-за выпивки не сделали то, что от Вас обычно ожидают?					
Никогда	Менее 1 раза в месяц	1 раз в месяц	1 раз в неделю	Ежедневно или почти ежедневно	☐
6 Как часто за последний год Вам необходимо было выпить утром для устранения похмелья?					
Никогда	Менее 1 раза в месяц	1 раз в месяц	1 раз в неделю	Ежедневно или почти ежедневно	☐
7 Как часто за последний год у Вас возникало чувство вины на следующий день после употребления алкоголя?					
Никогда	Менее 1 раза в месяц	1 раз в месяц	1 раз в неделю	Ежедневно или почти ежедневно	☐
8 Как часто за последний год Вы были не способны вспомнить, что было накануне, из-за того, что Вы выпивали?					
Никогда	Менее 1 раза в месяц	1 раз в месяц	1 раз в неделю	Ежедневно или почти ежедневно	☐
9 Являлось ли когда-либо употребление Вами алкоголя причиной телесных повреждений у Вас или других людей?					
Никогда	-	Да, но это было более, чем год назад	-	Да, в течение этого года	☐
10 Случалось ли, что Ваш родственник, знакомый или доктор проявлял озабоченность по поводу употребления Вами алкоголя либо предлагал прекратить выпивать?					
Никогда	-	Да, но это было более, чем год назад	-	Да, в течение этого года	☐

Ключ (интерпретация):

Количество баллов	Интерпретация	Действие врача
0-7	Относительно безопасное употребление алкоголя	Рекомендовать не увеличивать объем потребляемого алкоголя
0-7	Избыточное потребление алкоголя	Рекомендовать снизить объем потребляемого алкоголя
16-19	Потребление алкоголя в опасных объемах	Строго рекомендовать снизить объем потребляемого алкоголя, проводить мониторинг потребления алкоголя и зависимых от алкоголя поражений
20-40	Зависимость от алкоголя высоко вероятна	Направить к наркологу

Приложение 4
Анкета-опросник для оценки характера употребления алкоголя "RUS-AUDIT"

Количество баллов					
0	**1**	**2**	**3**	**4**	
1 Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?					Баллы
Никогда	Раз в месяц или реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 раза в неделю или чаще	☐
2 Сколько алкогольных напитков (стандартных порций)					
1-2 СП	3-4 СП	5-6 СП	7-9 СП	10 или больше СП	☐
3 Как часто Вы употребляете как минимум полтора литра пива, или как минимум 180 мл крепкого алкоголя, или как минимум бутылку					
Никогда	Реже одного раза в месяц	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно	☐
4 Как часто за последние 12 месяцев Вы не могли остановиться, начав употреблять алкогольные напитки?					
Никогда	Реже одного раза в месяц	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно	☐
5 Как часто за последние 12 месяцев из-за выпивки Вы не сделали то, что от Вас обычно ожидалось?					
Никогда	Реже одного раза в месяц	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно	☐
6 Как часто за последние 12 месяцев Вам необходимо было выпить утром, чтобы прийти в себя после выпивки (опохмелиться)?					
Никогда	Реже одного раза в месяц	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно	☐
7 Как часто за последние 12 месяцев Вы испытывали чувство вины или сожаления после выпивки?					
Никогда	Реже одного раза в месяц	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно	☐
8 Как часто за последние 12 месяцев Вы испытывали чувство вины или сожаления после выпивки?					
Никогда	Реже одного раза в месяц	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно	☐
9 Являлось ли Ваше употребление алкогольных напитков причиной травмы у Вас или у других людей?					
Никогда	-	Да, более 12 месяцев назад	-	Да, в течение последних 12 месяцев	☐
10 Случалось ли, что Ваш близкий человек или родственник, друг или врач беспокоился насчет употребления Вами алкоголя или советовал выпивать меньше?					
Никогда	-	Да, более 12 месяцев назад	-	Да, в течение последних 12 месяцев	☐
Укажите количество баллов Максимальное количество баллов 40					☐

СП — стандартная порция.

Ключ (интерпретация):

Зона риска	Количество баллов		Уровень риска	Тактика медицинского работника
	Женщины	Мужчины		
Зона I	0-4	0-8	Относительно низкий риск возникновения проблем, связанных с употреблением алкоголя.	Информационные материалы о неблагоприятном влиянии алкоголя на здоровье.
Зона II	5-9	9-13	Опасное употребление алкоголя — употребление алкоголя, которое увеличивает риск возникновения вредных последствий для человека или для окружающих его людей.	Материалы о неблагоприятном влиянии алкоголя на здоровье. Совет по ограничению потребления алкоголя.
Зона III	10	14-16	Пагубное употребление алкоголя — употребление алкоголя, которое приводит к последствиям для физического и психического здоровья.	Краткое вмешательство/ консультирование и наблюдение в звене первичной медико-санитарной помощи.
Зона IV	11 и более	17 и более	Риск возможной алкогольной зависимости.	Дальнейшее обследование, возможное направление к специалисту наркологу.

Чтобы ответить на вопрос № 2 RUS-AUDIT, используйте таблицу перевода объемов алкогольных напитков в стандартные порции алкоголя.

Выберите тип алкоголя и объем напитка; затем обведите соответствующее количество стандартных порций и баллов. Если в обычный день вы пьете разные алкогольные напитки, выберите все объемы употребляемых алкогольных напитков, сложите количество стандартных порций и отметьте соответствующий балл.

doi: 10.15829/3034-4123-2026-149

Приложение 5
Таблица для перевода алкогольных напитков в стандартные порции алкоголя (СП)

Сколько алкогольных напитков (стандартных порций) Вы употребляете в типичный день, когда выпиваете?
Стандартная порция (СП) содержит 10 г этилового спирта. На картинках представлены примеры одной СП.
Если в типичный день Вы употребляете несколько разных алкогольных напитков, то суммируйте число СП.

Маленький бокал вина или шампанского, 100 мл Крепость 12-13% 	**Половина кружки пива, 250 мл** Крепость 4,5-5% 	**Бокал крепленого вина, 60 мл** Крепость 16-22% 	**Маленькая рюмка крепкого алкоголя, 30 мл** Крепость 40% 	

Вы можете использовать таблицу для перевода миллилитров алкогольных напитков в СП.

Вино или шампанское	**Пиво**	**Крепленое вино**	**Крепкий алкоголь**	
до 250 мл	до 650 мл	до 170 мл	до 80 мл	**1-2 СП**
251-450 мл	651-1 200 мл	171-300 мл	81-140 мл	**3-4 СП**
451-660 мл	1 201-1 750 мл	301-430 мл	141-210 мл	**5-6 СП**
661-970 мл	1 751-2 500 мл	431-640 мл	211-300 мл	**7-9 СП**
более 970 мл	более 2 500 мл	более 640 мл	более 300 мл	**10 СП и больше**

Приложение 6
Модифицированный тест для оценки вероятности хронического злоупотребления алкоголем "Сетка LeGo"

№ п/п	Признак
1	Ожирение или дефицит массы тела
2	Транзиторная артериальная гипертония
3	Тремор
4	Полинейропатия
5	Мышечная атрофия
6	Гипергидроз кожи лица, ладоней
7	Гинекомастия
8	Увеличение околоушных желез
9	Контрактура Дюпюитрена
10	Венозное полнокровие конъюнктивы
11	Гиперемия лица с расширением сети подкожных капилляров (симптом "банкноты")
12	Гепатомегалия
13	Телеангиэктазии
14	Пальмарная эритема
15	Следы травм, ожогов, костных переломов, отморожений
16	Поведенческие реакции

Ключ (интерпретация):

Наличие от 1 до 3 признаков данного теста указывает на то, что пациент, возможно, употребляет алкоголь в малых дозах; 7 и более признаков, обнаруженных одновременно у одного пациента, позволяют предположить наличие у него хронической алкогольной интоксикации, но не дают основания для выставления диагноза алкогольной болезни печени.

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-149

Приложение 7
ЧЕК-ЛИСТ "Осмотр пациента с циррозом печени"

ФИО _____				**Дата** _____		
☐	**Собраны жалобы** (общие (астенический синдром), холестатический синдром, портальная гипертензия, диспепсические жалобы, признаки желудочно-кишечного, кровотечения, геморрагический синдром, болевой синдром, признаки печеночной энцефалопатии, признаки саркопении, другие синдромы)					
☐	**Собран анамнез заболевания** Дата/период начала болезни_____ Характер начала: внезапное или постепенное. Первые проявления (симптомы)					
☐	**Состояние перед заболеванием:** • Предполагаемая/подтвержденная причина: • Наличие сопутствующих заболеваний: в том числе другие заболевания печени, вирусные гепатиты (B, C , D), обструкция желчевыводящих путей. • сопутствующие заболевания: СД, ожирение/метаболический синдром, ВИЧ, АГ, гиперлипидемия, перегрузка железом, дефицит альфа-1-антитрипсина и др. • Наличие аутоиммунных заболеваний: аутоиммунный тиреоидит, ВЗК, синдром Шегрена и т.д.					
☐	**Лекарственный анамнез:** • Все принимаемые ЛС (по назначению и без, полипрагмазия) • Препараты с потенциально гепатотоксичным действием • Прием БАДов, витаминов, препаратов растительного происхождения					
☐	**Течение заболевания:** • Последовательность развития симптомов • Периоды обострений и ремиссий					
☐	**Результаты ранее проведенных исследований:** • Лабораторные анализы • Инструментальные методы (УЗИ, ЭГДС, СКТ и др.)					
☐	**Ранее проводимая терапия:** • Какое лечение получал, оценка эффективности					
☐	**Перенесенные заболевания и травмы, контузии ранения**					
☐	**Привычные интоксикации:** курение, злоупотребление алкоголем (количество, частота, давность употребления; результаты скрининга (AUDIT/RUS-AUDIT), наркотики, как часто и с какого возраста					
☐	**Гинекологический анамнез:**					
☐	**Наследственность:**					
☐	**Аллергологический анамнез:**					
☐	**Эпидемиологический анамнез:**					
☐	**Страховой анамнез:**					
Осмотр пациента						
АД=	ЧСС=	ЧДД=	Окружность талии___ см	Рост___ см Вес=___ кг ИМТ=_кг/м^2	Суточный диурез=	Т тела __ °С
☐	**Общее состояние и витальные функции** (общее состояние, сознание, положение, тип конституции)					
☐	Кожа, слизистые, видимые покровы (цвет, сосудистые изменения, геморрагии, другие признаки: ксантомы/ксантелазмы, следы расчесов, гипергидроз (лица, ладоней), отеки					
☐	**Лимфатические узлы и щитовидная железа**					
☐	**Опорно-двигательный аппарат и мышечная система** Осмотр: развитие мышц, тонус, деформация/припухлость суставов Функция суставов: подвижность, болезненность, хруст Мышечная сила (динамометрия/рукопожатие): _____ кг Оценка саркопении: • Мышечная масса плечевого пояса и бедер (редукция/норма) • Тест SPPB или оценка походки и равновесия					

☐	**Система органов кровообращения** Осмотр: набухание шейных вен, венозные коллатерали ("голова медузы"), варикоз Пальпация и аускультация сердца: точка максимального толчка, шумы (характер, локализация, проведение)
☐	**Система органов дыхания** Одышка: есть/нет, характеристика Осмотр: форма грудной клетки, тип дыхания, симметричность Перкуссия: сравнительная, топографическая (нижние границы легких) Аускультация: характер дыхания, хрипы (сухие/влажные), крепитация, шум трения плевры
☐	**Система органов пищеварения и брюшная полость** Полость рта: язык, состояние зубов, десен Осмотр живота: форма, симметричность, участие в дыхании, состояние кожи, расширенные вены, пупок Поверхностная пальпация: болезненность, мышечное напряжение, грыжи Глубокая пальпация: кишечник, желудок, поджелудочная железа (зона по Гротту) Асцит: нет, есть (степень 1 2 3) Перкуссия в горизонтальном/латеральном положении Феномен флюктуации Печень: Перкуссия по Курлову: размеры _____ см Пальпация: выступание из-под реберной дуги _____ см, консистенция, край, болезненность Желчный пузырь: пальпация, симптомы Мерфи, Ортнера Селезенка: Перкуссия по Курлову: размеры _____ см Пальпация: выстояние из-под реберной дуги _____ см, консистенция, болезненность
☐	**Мочеполовая система** Почки: пальпация, поколачивание по поясничной области (симптом Пастернацкого) Наружные половые органы: атрофия яичек, признаки феминизации
☐	**Нервная система и психический статус** Психическое состояние: адекватное, заторможенное, возбужденное Оценка когнитивных функций: нейропсихологическое тестирование (тест связи числе, тест "назови животное" и так далее) Вегетативная нервная система: акроцианоз, потливость, сальность кожи Рефлексы: сухожильные, кожные, патологические Тремор: (есть/нет, характеристика) Печеночная энцефалопатия: стадия по Вест-Хейвен/степень тяжести

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-149

Приложение 8
Интерпретация лабораторных анализов у пациента с ЦП[1] [13]

Общий анализ крови				
Показатель	**Направление изменений**	**Синдром/ Симптом**	**Возможные причины при циррозе**	**Тактика врача**
Гемоглобин (Hb)	↓	Анемический	• анемия хронических заболеваний; • оккультные/явные кровотечения (в т.ч. из ЖКТ); • дефицит фолатов и B_{12} (чаще всего при алкогольном ЦП)	1. Оценить тяжесть анемии: ▪ 90-110 г/л — легкая; ▪ 90-70 г/л — средняя; ▪ менее 70 г/л — тяжелая. **При тяжелой анемии показана госпитализация пациента.** 2. Оценить MCV, MCH, MCHC, RDW 3. Исключить ЖКК (как явное, так и оккультное) **При наличии клиники ЖКК на приеме — показана экстренная госпитализация.** 4. В зависимости от изменений требуется дообследование для уточнения анемического синдрома: ферритин, B_{12}, фолаты (в соответствии с клиническими рекомендациями по анемии), анализ кала на скрытую кровь, проведение эзофагодуоденоскопии/колоноскопия и других методов исследования по показаниям.
	↑	Гемокон-центрация	Дегидратация • (прием диуретиков)	Коррекция ОЦК
Эритроциты (RBC)	↓	Анемический	• анемия хронических заболеваний; • оккультные/явные кровотечения (в т.ч. из ЖКТ); • дефицит фолатов и B_{12} (чаще всего при алкогольном ЦП) гиперспленизм	Интерпретировать вместе с Hb, уровнем тромбоцитов и лейкоцитов
	↑	Эритроцитоз	• курение • хроническая гипоксия (хроническая обструктивная болезнь легких, дыхательная недостаточность, синдром обструктивного апноэ сна и др.) • истинная полицитемия	• Исключить относительный эритроцитоз (повышение гематокрита) • При подозрении на истинную полицитемию (стойкое повышение уровня эритроцитов выше 165 г/л у мужчин и 160 у женщин, гематокрит выше 49% у мужчин и 48% у женщин) консультация гематолога
MCV	↑	Макро-цитарная анемия	• алкогольная интоксикация; • дефицит фолатов/ B_{12}; • токсическое поражение костного мозга (цитостатики, антиретровирусные препараты, противосудорожные препарты и др.)	Уточнение причины макрицитоза: B_{12}, фолаты; коррекция дефицитов **Макроцитоз может проявляться изолированно без снижения уровня гемоглобина**

	↓	Микро-цитарная анемия	• дефицит железа, в т.ч. в результате оккультных кровотечений • альфа и бета талассемия • анемия хронических заболеваний • интоксикации (свинец, цинк)	**Интерпретировать вместе с Hb, MCH, MCHC, RDW** 1. Уточнить причины микроцитоза — ферритин, другие показатели обмена железа 2. При подтверждении железодефицитных состояний уточнить причину, в т.ч. исключить явные и оккультные ЖКК 3. Показатели ферритина у пациентов с циррозом могут быть ложно завышены, в связи с чем предпочтительно оценивать ферритин с другими показателями обмена железа 4. При исключении железодефицитных состояний следует рассмотреть альтернативные причины микроцитоза Индекс Ментцера — это расчетный показатель (MCV/RBC), используемый для дифференциации микроцитоза, при котором значение <13 характерно для талассемии, а >13 — для железодефицитной анемии.
Среднее содержание и средняя концентрация гемоглобина в эритроцитах (MCH и MCHC, соответственно)	↑	Гиперхромия	• алкогольная интоксикация; • дефицит фолатов/ B_{12};	1. Уточнение причины макрицитоза: B_{12}, фолаты; 2. коррекция дефицитов при обнаружении
	N	Нормохромия	• Может встречаться как в норме, так и при анемии	**Интерпретировать вместе с Hb, MCV, RDW**
	↓	Гипохромия	• железодефицитные состояния • анемия хронических заболеваний • сидеробластная анемия	1. Оценить MCV 2. При наличии признаков микроцитарной, гипохромной анемии исключение дефицита железа (ферритин и другие показатели железа)
Ширина распределения эритроцитов (RDW)	↑	Анизоцитоз	• железодефицитные состояния • дефицит B_{12}/ фолатов • состояние после ЖКК • смешанные анемии	Интерпретация в комбинации с MCH, MCHC, MCV, что помогает в дифференциальном поиске (наиболее вероятные причины): • ↓ MCH + ↓ MCHC + ↑ RDW Железодефицитная анемия • ↓ MCH + N RDW Талассемия • N MCH + ↑ RDW Смешанная анемия • ↑ MCH + ↑ MCV + ↑ RDW дефицит B12/фолат • N MCHC + ↓ Hb Анемия хронических заболеваний
	N	Однородная популяция эритроцитов	-	
Лейкоциты (WBC)	↓	Лейкопения	• вирусные инфекции; • лекарственная токсичность; • гиперспленизм; • дефицит B_{12}/ фолатов; • угнетение костного мозга	1. Оценить тяжесть: ▪ Лёгкая — 3,0-4,0×10^9/л ▪ Умеренная — 2,0-2,9×10^9/л ▪ Тяжёлая — <2,0×10^9/л 2. Оценить лейкоцитарную формулу; Тяжесть лейкопении определяется уровнем нейтрофилов, а не общим числом лейкоцитов. Именно этот показатель коррелирует с риском инфекционных осложнений. 3. Исключить инфекцию, лейкозы Чаще всего у пациентов с ЦП встречается легкая-умеренная лейкопения в сочетании с тромбоцитопенией, как проявление гиперспленизма. Изолированное процентное (относительное) изменение уровня лейкоцитов само по себе не является патологией и не может интерпретироваться без абсолютных значений и клинического контекста.

doi: 10.15829/3034-4123-2026-149

	↑	Лейкоцитоз	1. инфекции (спонтанный бактериальный перитонит, пневмония и др.); 2. воспаление (активная фаза гепатита); 3. стресс; 4. кровотечение; 5. терапия ГКС 6. гематологические злокачественные заболевания	• Оценить лейкоцитарную формулу повышение за счет нейтрофилов, со сдвигом лейкоцитарной формулы - наиболее вероятная причина инфекционный процесс, следует найти причину данного инфекционного процесса у пациента с ЦП Повышение за счет лимфоцитов может говорить о вирусной инфекции или гематологические злокачественные заболевания • Уточнить причину • Оценка в динамике Старт терапии ГКС может приводить к лейкоцитозу без инфекционного процесса, в данном случае следует проводить динамический контроль ОАК и оценивать анализ крови в комплексе с клинической картиной, анализировать другие маркеры воспалительного процесса — С-реактивный белок, прокальцитонин и др.
Нейтрофилы	↓	Нейтропения	1. Гиперспленизм 2. Лекарственная токсичность (цитостатики, тиреостатики, антибактериальная терапия) • Гематологические злокачественные заболевания	1. Оценка тяжести: • Лёгкая нейтропения — 1,0-1,5×10^9/л (низкий риск инфекций) • Умеренная нейтропения — 0,5-0,99×10^9/л (умеренный риск инфекций) • Тяжелая нейтропения — <0,5×10^9/л (высокий риск инфекций) • Агранулоцитоз — <0,2×10^9/л (жизнеугрожающее состояние) При легкой и умеренной нейтропении наблюдение в динамике, наиболее вероятная причина — гиперспленизм, особенно в сочетании с тромбоцитопенией. При тяжелой нейтропении — госпитализация для уточнения причины
	↑	Нейтрофилез (+палочко-ядерные и другие молодые формы — сдвиг лейкоци-тарной формулы влево)	1. Бактериальная инфекция; 2. Активная фаза гепатита	1. Оценка тяжести: С-реактивный белок, прокальцитонин Поиск причины: оценка клинической картины (симптомы, температура тела, данные осмотра)
Тромбоциты (PLT)	↑	Тромбоцитоз	1. Реактивный на фоне инфекций, воспаления, злокачественного новообразования 2. Признак дефицита железа 3. Недавние травмы и операции 4. Спленэктомия 5. Восстановление после массивной кровопотери/ химиотерапии 6. Первичный — миело-пролиферативные заболевания	У пациентов с циррозом печени чаще бывает тромбоцитопения, нежели тромбоцитоз. 1. Оценка в комплексе с другими показателями 2. Установление причины — реактивный или первичный

	↓	Тромбо-цитопения	1. Гиперспленизм 2. Иммунные реакции (иммунная тромбоцитопения, лекарственно-индуцированная тромбоцитопения, гепарин-индуцированная тромбоцитопения) 3. Неиммунные процессы (синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания, массивные кровотечения, сепсис и др.)	1. Повторить ОАК в пробирке с цитратом Na^+ для исключения псевдотромбоцитопении 2. При сохранении тромбоцитопении оценить тяжесть: • Легкая тромбоцитопения: 100-150×10^9/л • Умеренная тромбоцитопения: 50-99×10^9/л • Тяжелая тромбоцитопения: <50×10^9/л (возрастает риск кровотечений при инвазивных процедурах — производится оценка необходимости коррекции тромбоцитопении перед инвазивными процедурами). 3. Оценка гемостаза (коагулограмма, риски кровотечений из ЖКТ)

Биохимический анализ крови				
Показатель	**Направление изменение**	**Синдром/ симптом**	**Возможные причины при циррозе**	**Тактика врача**
АЛТ	↑	Цитолиз	При сформированном ЦП чувствительность низкая; нормальные значения не исключают тяжелое поражение паренхимы	• Интерпретировать в динамике и контексте • Не используется как маркер тяжести ЦП
	↓	Истощение гепатоцитов	Отражает снижение массы функционирующей паренхимы	
АСТ	↑	Цитолиз	Типично для ЦП; связано с митохондриальным повреждением	Коэффициент де Ритиса (АСТ/АЛТ) представляет собой соотношение уровней АСТ и АЛТ в сыворотке крови, используемое для оценки характера и тяжести повреждения печени. В норме он составляет 0,8-1,3. Отклонения: • <1 — характерно для острых повреждений (вирусный или токсический гепатит), где АЛТ преобладает. • >1 — чаще при хронических процессах (цирроз, алкогольная болезнь печени). • >2 — специфичен для алкогольного поражения печени (особенно в сочетании с повышением ГГТП, MCV, гиперхромией эритроцитов). Коэффициент также помогает в диагностике внепечёночных состояний, например, инфаркта миокарда, при котором АСТ растёт сильнее АЛТ. АСТ и АЛТ — маркеры повреждения гепатоцитов, но не показатели функции печени и не прямые маркеры тяжести заболевания. Их интерпретация всегда должна быть в контексте клинической картины.
	↓	Истощение гепатоцитов	Отражает снижение массы функционирующей паренхимы	

doi: 10.15829/3034-4123-2026-149

ЩФ	↑	Холестаз	Внутрипеченочный холестаз (ЦП, ПБХ, ПСХ); внепеченочная обструкция (желчекаменная болезнь, опухоль); лекарственный холестаз	Сопоставить с изменениями билирубина и ГГТП, при их совместном повышении — признаки холестаза. Исключение механической обструкции — УЗИ ОБП. Изолированное повышение ЩФ чаще имеет негепатическое происхождение. Основные причины: Заболевания костной системы (Болезнь Педжета, остеомаляция, дефицит витамина Д, заживление переломов, метастазы в кости) Возрастные и физиологические особенности (активный рост (дети, подростки), беременность (III триместр — плацентарная ЩФ), пожилой возраст Восстановление после тяжёлых заболеваний Другие заболевания (саркоидоз, лимфома) Непатологические факторы: (состояние после еды, использование референсных значений без учета возраста/пола, аналитические вариации)
	↓	Нарушение синтеза ферментов	Белковая недостаточность, саркопения, кахексия, дефицит цинка, магния, гипотиреоз, гипофосфатазия, терминальная печеночная недостаточность	1. Убедиться в корректность преаналитического этапа (анализ сдан натощак, не было массивных инфузий, использованы корректные референсные значения для возраста и пола) 2. Оценить клинический контекст (признаки белковой недостаточности, гипотиреоза, дефицита магния и цинка) 3. Устранить причину снижение ЩФ (коррекция белковой недостаточности, дефицита магния и цинка, нормализация функции щитовидной железы)
ГГТП	↑	Холестаз	Внутрипеченочный холестаз (ЦП, ПБХ, ПСХ), внепеченочная обструкция желчных протоков, алкоголь, лекарственные поражения печени, алкогольная болезнь печени, метаболический синдром	• Сопоставить с изменениями билирубина и ЩФ, при их совместном повышении — признаки холестаза • Исключение механической обструкции — УЗИ ОБП • Преимущественное повышение АСТ, повышение ГГТП (чувствительность 60%), MCV, гиперхромией эритроцитов — признаки алкогольной болезни печени
Общий билирубин	↓	Клинически не значимо		
	↑	Экскреторная недостаточность печени, холестаз	Гемолиз (при преимущественном непрямом повреждении печени), острое повреждение печени на фоне цирроза, печеночная недостаточность	Ключевой прогностический показатель; отражает декомпенсацию ЦП Используется для оценки прогноза в шкалах: использовать в Child–Pugh, MELD, MELD-Na • Оценить за счет какой фракции повышен билирубин: • непрямая гипербилирубинемия (гемолиз — ОАК, ретикулоциты, синдром Жильбера) • прямая гипербилирубинемия (оценить функцию печени, исключить обструкцию желчевыводящих путей — УЗИ ОБП) • смешанная (паренхиматозная) — оценить функцию печени
Альбумин	↓	Белок-синтетическая недостаточность	Снижение белковосинтетической функции печени (декомпенсация ЦП), печеночная недостаточность	Исключить декомпенсацию ЦП (асцит, печеночная энцефалопатия, ЖКК, инфекция) Оценить синтетическую функцию печени и нутритивный статус Коррекция гипоальбуминемии (нутритивная поддержка, по показаниям внутривенное введение альбумина) Используется для расчета в шкале Чайлд-Пью
Общий белок	↓	Гипо-протеинемия	Белково-энергетическая недостаточность, инфузионная терапия (гипергидратация)	1. Оценка нутритивного статуса 2. Оценка функции печени 3. При необходимости коррекция белково-энергетической недостаточности

	↑	Гипер-протеинемия	Дегидратация (относительное повышение), воспаление, аутоиммунные заболевания, хронические инфекции, моноклональная гаммапатия, миеломная болезнь	1. Оценка ОЦК 2. Электрофорез белков 3. Коррекция причины (гидратация, лечение основного заболевания)
Креатинин	↑	Поражение почек	Острое повреждение почек, гепаторенальный синдром, заболевания почек (гломерулонефрит), хроническая болезнь почек	1. Оценка динамики — острой или хроническое повреждение почек 2. Установление причины поражения почек (преренальное, ренальное, постренальное повреждение) — общий анализ мочи, УЗИ почек и мочеточников 3. Устранение причины повреждения почек (отмена нефротоксичных препаратов — диуретики, НПВС, лечение инфекции, компенсация ЦП и других заболеваний приводящих к повреждению почек) Один из важных прогностических маркеров при ЦП.
	↓	-	Саркопения, гемодилюция	Белковая диета, нутритивная поддержка Неблагоприятный прогностический маркер;
Натрий	↓	Гипонатриемия	Декомпенсация ЦП, диуретическая терапия, инфекция, гемодилюция	Показатель используется для расчета прогностической шкалы MELD-Na 1. Оценить тяжесть и симптомы • Na 130-134 ммоль/л → лёгкая • Na 125-129 ммоль/л → умеренная • Na <125 ммоль/л или неврологические симптомы → тяжёлая 2. Понять какой тип гипонатриемии (гиповолемическая или нет) 3. Скорректировать диуретическую терапию 4. Исключить провоцирующие факторы (Инфекция (спонтанный бактериальный перитонит!), ЖКК, диарея, рвота, НПВС, нефротоксичные препараты 5. Ограничить приём жидкости — обычно до 1-1,5 л/сут. (при Na <125 ммоль/л) 6. Коррекция уровня натрия при необходимости (↑ Na не >6-8 ммоль/л/сут., контроль Na каждые 24 ч)
	↑	Гипернатриемия	Обезвоживание, диарея, рвота, введение гипертонических растворов	1. Коррекция ОЦК 2. Коррекция диуретической терапии
Глюкоза	↑	Гипергликемия	Инсулино-резистентность, сахарный диабет, терапия ГКС, инфекционный процесс	1. Контроль в динамике 2. Уточнение причины 3. Коррекция при необходимости
	↓	Гипогликемия	Истощение запасов гликогена при ЦП, передозировка сахароснижающими препаратами	1. Уточнение причины 2. Коррекция • В сознании → быстрые углеводы *per os*, при ночной гипогликемии — поздние перекусы • Без сознания/тяжёлая гипогликемия → в/в глюкоза • коррекция сахароснижающей терапии 3. Исключить провоцирующие факторы (инфекция, ЖКК, передозировка сахароснижающих препаратов, алкоголь) 4. Динамический контроль уровня глюкозы

Сокращения: АЛТ — аланинаминотрансфераза, АСТ — аспартатаминотрансфераза, ГКС — глюкокортикостероиды, ГГТП — гамма-глутамилтранспептидаза, ЖКК — желудочно-кишечное кровотечение, ЖКТ — желудочно-кишечный тракт, НПВС — нестероидные противовоспалительные средства, ОАК — общий анализ крови, ОБП — органы брюшной полости, ОЦК — объем циркулирующей крови, ПБХ — первичный билиарный холангит, ПСХ — первичный склерозирующий холангит,УЗИ — ультразвуковое исследование, ЦП — цирроз печени, ЩФ — щелочная фосфатаза.

doi: 10.15829/3034-4123-2026-149

Приложение 9
Инструментальные методы исследования ЦП[1,4]

Метод исследования	Показания	Противо-показания	Интерпретация результатов	Примечания
УЗИ ОБП	• диагностика ЦП/ПГ; • асцит; • спленомегалия; • скрининг очаговых образований; • портальная гипертензия; • оценка проходимости воротной/печеночных вен, подозрение на тромбоз	Абсолютных противопоказаний нет	**Признаки ЦП:** • Нодулярность поверхности печени (неровный контур) • Неоднородная эхогенность паренхимы • Гипертрофия хвостатой доли • Уменьшение размеров правой доли печени • Спленомегалия • Расширение портальной вены (>13 мм) • Признаки портальной гипертензии: наличие коллатералей, реканализация пупочной вены, асцит • Гребенчатость (волнообразность) желчного пузыря и нижней полой вены [14] • Плотный и тупой край печени Эти признаки имеют высокую специфичность (до 97%), но низкую чувствительность (34-78%), особенно на ранних стадиях цирроза. Диагностическая точность повышается при сочетании нескольких признаков.	При подозрении на ЦП по данным УЗИ ОБП необходимо проведение опроса и физикального осмотра, инструментальных методов обследования (ЭГДС и др.), лабораторных анализов для подтверждения диагноза, установления степени, осложнений и этиологии.
Транзиентная эластография печени	• Неинвазивная оценка фиброза/цирроза; • Стратификация риска ПГ (в т.ч. по Baveno)	• Нет абсолютных; • Относительные (невозможность корректного измерения): наличие асцита; высокий уровень аминотрансфераз (>5 норм); выполнении исследования не натощак; недостаточном опыте оператора.	• при жесткости печени <10 кПа цирроз маловероятен; • при значениях 10-15 кПа вероятен продвинутый фиброз; • при >15 кПа высока вероятность цирроза.	Интерпретировать в контексте клинической картины, лабораторных анализов; при несоответствии — повторное исследование/альтернативный метод/биопсия печени по показаниям.
ЭГДС	• Всем пациентам с ЦП для оценки ВРВП и признаков высокого риска кровотечения • Оценка динамики ВРВП • Диагностика желудочно-кишечных кровотечений	• Если потенциальный вред здоровью превышает пользу от проведения эндоскопического исследования; • при отсутствии адекватного взаимодействия с пациентом и его согласия на проведение исследования; • при перфорации полого органа (при наличии подтверждения или подозрения) [10].	Классификация ВВ по степени выраженности по N. Soehendra: • 1 степень <5 мм • 2 степень — 5-10 мм • 3 степень >10 мм *Стигмы высокого риска кровотечений* [11]: • ВРВП >10 мм. • Красные симптомы ("red signs"): красные полосы (red wale marks), точечные красные пятна (cherry red spots), конгломераты красных пятен. • Портальная гастропатия — наличие выраженного "змеевидного" мозаичного рисунка слизистой желудка, внутрислизистых кровоизлияний (cherry red spots, black-brown spots, confluent red markings), а также сочетание с GAVE (гемангиоэктазия антрального отдела желудка). • Варикозные вены желудка (особенно GOV2 и IGV1 по классификации Sarin) — эти типы варикозных вен имеют более высокий риск массивного кровотечения.	Решение вопроса о первичной/вторичной профилактике кровотечений из ВРВП.

КТ ОБП с контрастированием	Подозрение на тромбоз портальной вены или очаговые изменения печени по данным УЗИ ОБП	• Аллергическая реакция на компоненты контрастного препарата (йод) • Сниженная функция почек — риск контраст индуцированной нефропатии • Тяжелое нестабильное состояние пациента	**Диагностика ГЦК[14]:** Пациентам с ЦП при КТ ОБП с контрастированием очаговые образования ≥10 мм должны быть классифицированы по системе LI-RADS. Основные признаки ГЦК: гиперваскуляризация образования в артериальную фазу с последующим вымыванием контраста в портальную или отсроченную фазу (чувствительность 89%, специфичность 96%) [15, 16]. Категория LI-RADS: LR-1 (определённо доброкачественное) до LR-5 (определённо ГЦК), LR-M (вероятно злокачественное, но не ГЦК) или LR-TIV (опухоль в вене) [16]. **Тромбоз в системе портальной вены** КТ-признаки тромбоза портальной вены: Основные: внутрисосудистый дефект наполнения, расширение вены, отсутствие её контрастирования. Фоновая патология: признаки портальной гипертензии (спленомегалия, коллатерали). Венозная фаза: тромб виден как гиподенсный участок. При хронизации — возможна кавернозная трансформация. Описание в протоколе должно включать: локализацию и протяженность тромбоза (главная, сегментарные ветви, мезентериальные или селезёночная вена), степень окклюзии (<50% или >50%), признаки хронического процесса (кавернематозная трансформация), наличие коллатералей, оценку на предмет опухолевого тромбоза (артериализация тромба, связь с образованием печени).	Применение и ограничения LI-RADS: Критерии актуальны только для пациентов высокого риска (цирроз, гепатит В, ранее выявленная ГЦК). Система не применима к образованиям <10 мм, а также не охватывает атипичные формы ГЦК (малые <2 см или высокодифференцированные), которые часто имеют нетипичную картину при исследовании с контрастированием. При верификации ГЦК требуется уточнить наличие метастатического поражения (легкие, кости, лимфоузлы, надпочечники, брюшина). **Алгоритм ведения при тромбозе портальной вены:** 1. Тромбоз <50% (без признаков ишемии): динамическое наблюдение с контролем визуализации каждые 3 мес. 2. Тромбоз >50% или вовлечение магистральных стволов (главная портальная, мезентериальные вены): рассмотреть назначение антикоагулянтной терапии. Показаниями к ее началу служат статус кандидата на трансплантацию печени или документированное прогрессирование тромбоза. 3. Хронический тромбоз с кавернематозной трансформацией: антикоагулянтная терапия, как правило, не назначается.
МРТ ОБП с контрастированием (в т.ч. гепатотропным — гадоксетовая кислота)	Диагностика гепатоцеллюлярного рака, особенно мелких очагов; альтернатива КТ при противопоказаниях к йодному контрасту	• Тяжелая почечная недостаточность (скорость клубочковой фильтрации <30 мл/мин/1,73 м^2), Наличие несовместимых с МРТ имплантированных устройств, беременность (I триместр), тяжелые аллергические реакции на контраст, нестабильное состояние пациента, клаустрофобия.	**Диагностика ГЦК[13]** Основные признаки ГЦК на МРТ: Артериальная гиперваскуляризация — усиление сигнала в артериальной фазе по сравнению с окружающей паренхимой. Вымывание ("Washout") — снижение интенсивности сигнала в портальной/отсроченной фазе относительно окружающей ткани. Капсула — наличие периферического ободка усиления ("capsule appearance") в отсроченной фазе. Дополнительные признаки: ограничение диффузии, умеренная гиперинтенсивность на Т2, наличие жировой ткани внутри очага, мозаичная архитектура. Для стандартизации диагностики применяется система LI-RADS, которая категоризирует очаги по степени вероятности ГЦК (LR-1 — доброкачественный, LR-5 — достоверно ГЦК).	Чувствительность МРТ выше КТ (80% vs 68%), особенно для мелких образований печени [17].

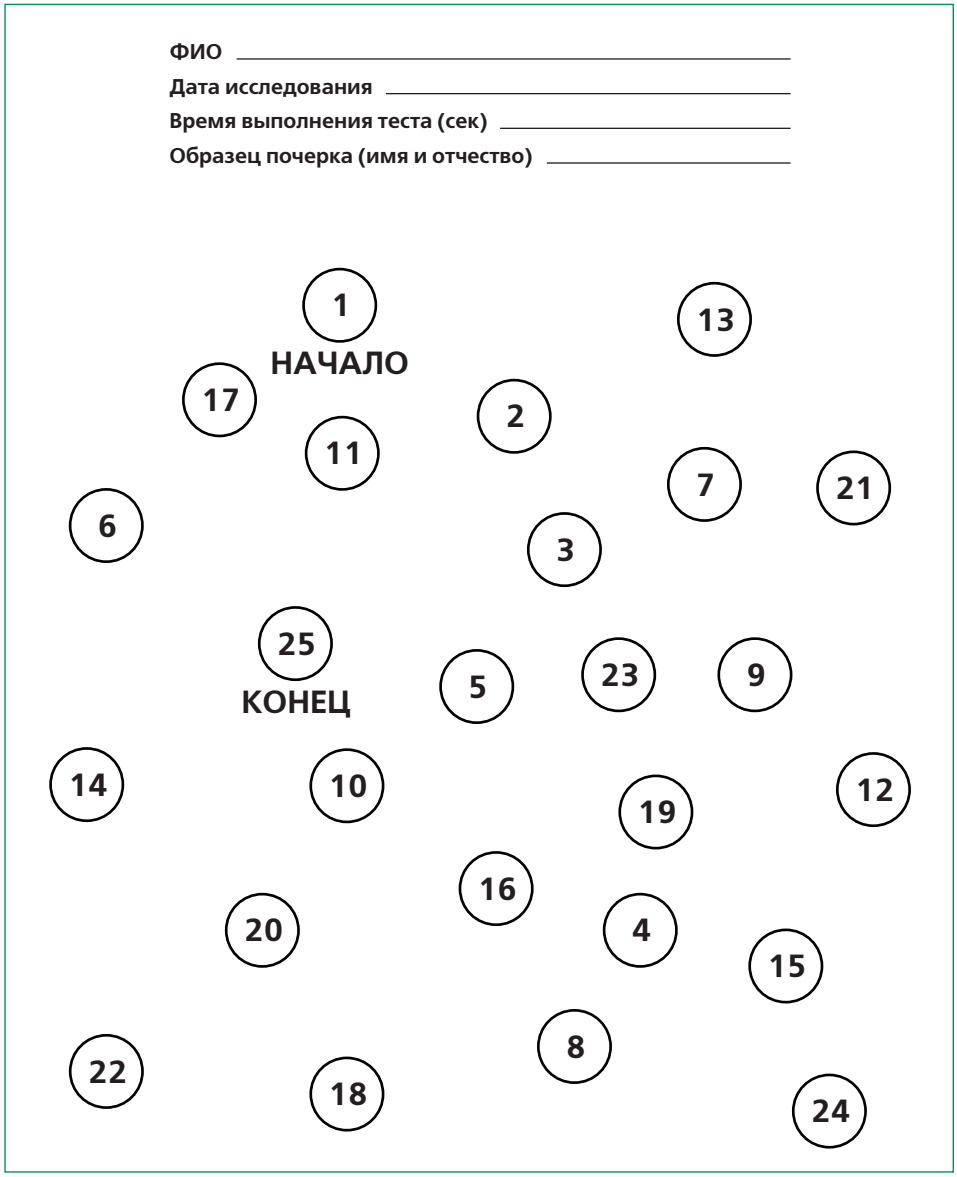
Сокращения: ВРВП — варикозное расширение вен пищевода, ГЦК — гепатоцеллюлярная карцинома, КТ — компьютерная томография, МРТ — магнитно-резонансная томография, ОБП — органы брюшной полости, ПГ — портальная гипертензия, УЗИ — ультразвуковое исследование, ЦП — цирроз печени, ЭГДС — эзофагодуоденоскопия.

[14] Клинические рекомендации "Рак печени (гепатоцеллюлярный)", 2025. https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/1_4.

doi: 10.15829/3034-4123-2026-149

Приложение 10

Тест связи чисел для определения стадии ПЭ у пациентов с ЦП, в том числе латентной ПЭ[1]



Ключ (интерпретация):

Время, с	Баллы	Стадия ПЭ
<40	0	Нет
41-60	1	0-1
61-90 91-120 >120	2 3 4	1, 1-2 2 2-3

Сокращение: ПЭ — печеночная энцефалопатия.

Приложение 11
Опросник для оценки сознания больного ПЭ Тест "Назови животных"

ФИО _____

Дата исследования _____

Время выполнения тест: (60 сек)

Попросите пациента произнести как можно больше названий животных за одну минуту.

Запишите ответы пациента.

1	_____	11	_____
2	_____	12	_____
3	_____	13	_____
4	_____	14	_____
5	_____	15	_____
6	_____	16	_____
7	_____	17	_____
8	_____	18	_____
9	_____	19	_____
10	_____	20	_____

ИТОГО _____

Если пациент останавливается раньше, чем через 1 минуту, спросите, есть ли еще животные, которых он хотел бы добавить.

Если пациент не говорит в течение 15 секунд, дайте ему подсказку.

Например, "Собака — это животное. Можете ли вы назвать еще каких-нибудь животных?".

Через 1 минуту подсчитайте все ответы, исключая повторы и слова, не относящиеся к животным.

Ключ (интерпретация):

- 15 и более баллов коррелирует с нормальной когнитивной функцией.
- от 10 до 15 баллов указывает на легкие когнитивные нарушения, требующие дальнейшего обследования.
- 10 баллов и ниже убедительно свидетельствует о дефиците когнитивных функций и может быть связано с развитием явной ПЭ у лиц с алкогольным ЦП.

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-149

Приложение 12
Стадии ПЭ согласно модифицированным критериям Вест–Хейвен и ISHEN[1]

Вест–Хейвен критерии, включая минимальную печеночную энцефалопатию	ISHEN	Описание	Предлагаемые оперативные критерии	Комментарий
Печеночной энцефалопатии нет		Нет симптомов и анамнеза печеночной энцефалопатии	Скорость психомоторных функций по результатам психометрического/ нейропсихологического тестирования или результаты нейрофизиологического исследования в пределах референсных значений.	
Минимальная	Скрытая	Клинических признаков печеночной энцефалопатии нет. Снижена скорость психомоторных функций по результатам психометрического/ нейропсихологического тестирования или выявлены изменения при проведении нейрофизиологического исследования	Снижена скорость психомоторных функций по результатам психометрического/ нейропсихологического тестирования или изменены результаты нейрофизиологического исследования.	Нет универсальных критериев диагностики. Требуются локальные стандарты и опытный оператор.
1 степень (стадия)		• Дефицит понимания • Эйфория или тревога • Снижение концентрации внимания • Нарушение сложения или вычитания • Изменение ритма сна	Ориентация во времени и пространстве сохранена (см. ниже). При клиническом обследовании или лицами, осуществляющим уход, обнаруживаются некоторые когнитивные/поведенческие нарушения по отношению к обычному состоянию пациента.	Клинические данные обычно не воспроизво-димы.
2 степень (стадия)	Явная	• Вялость или апатия • Дезориентация во времени • Явное изменение личности • Неадекватное поведение • Диспраксия • Астериксис	Дезориентация во времени (неправильно названы как минимум три из следующих критериев: текущая дата, день недели, месяц, время года или год) ± упомянутые симптомы предыдущей стадии.	Клинические данные варьируют, но в некоторой степени воспроизводимы.
3 степень (стадия)		• Сонливость до полуступора • Сохранность реакции на раздражители • Спутанность сознания • Выраженная дезориентация • Неадекватное поведение	Дополнительно к дезориентации во времени появляется дезориентация в пространстве (неправильно названы как минимум три из следующих признаков: страна, область [или регион], город или место).	Клинические данные в некоторой степени воспроизводимы.
4 степень (стадия)		Кома	Отсутствие реакции даже на болевые раздражители.	Клинические данные обычно воспроизводимы.

Сокращение: ISHEN — the International Society of Hepatic Encephalopathy and Nitrogen Metabolism.

Определение стадии ПЭ входит в систему оценки тяжести цирроза по классификации Чайлд–Пью и необходимо для оценки жизненного прогноза пациента.

Приложение 13
Основные шкалы оценки тяжести ЦП[1]

Шкала оценки тяжести цирроза по Чайлд–Пью

Признаки	1 балл	2 балла	3 балла
Асцит	Нет	Минимальный	Выраженный
Энцефалопатия	Нет	I и II ст.	III и IV ст.
Сывороточный альбумин, г/л	>35	28–35	<28
Сывороточный билирубин, мкмоль/л	<34	34–51	>51
Протромбиновый индекс, %	>70	40–70	<40

Ключ (интерпретация):

5-6 баллов: класс А (хорошо компенсированная функция печения); выживаемость в течение года — 100%

7-9 баллов: класс В (выраженные нарушения функции печени); выживаемость в течение года — 80%

10-15 баллов: класс С (декомпенсация заболевания и функции печени); выживаемость в течение года — 45%.

Индекс MELD–Na для определения очередности трансплантации печени в листе ожидания

MELD(i) = 0,957 × ln(креатинин) + 0,378 × ln(билирубин) + 1,120 × ln(МНО) + 0,643

Затем необходимо округлить полученное значение до десятичного знака после запятой и умножить на 10.

Далее необходимо выполнить расчет MELD-Na следующим образом:

MELD–Na = MELD(i) + 1,32 × (137 — Na) — [0,033 × MELD(i) × (137 — Na)]

MELD калькулятор (источник — https://www.mayoclinic.org/medical-professionals/transplant-medicine/calculators/meld-model/itt-20434705), где Ln — натуральный логарифм, МНО — международное нормализованное отношение.

Применяются следующие правила расчета: минимальное значение для любой из трех переменных — 1 мг/дл, максимальный возможный уровень креатинина — 4 мг/дл, максимальное значение для индекса MELD — 40. Неблагоприятный жизненный прогноз ассоциирован со значением MELD >18.

Ключ (интерпретация):

Чем выше значение индекса, тем тяжелее протекает заболевание печени. При использовании классификации MELD было выявлено, что она обладает большой достоверностью при прогнозировании летального исхода в течение трех месяцев у пациентов с декомпенсированным ЦП. Так, при MELD >35 баллов летальный исход прогнозируется в 80% случаев, при MELD от 20 до 34 баллов — в 10-60%, при MELD <8 баллов — пациент является амбулаторным и требует активного наблюдения. Также используется для оценки тяжести алкогольного гепатита (>21 балла — тяжелый).

Необходимый режим повторной оценки MELD

MELD	Необходимость пересчета	Давность лабораторных исследований
≥25	Каждые 7 дней	48 час
≥24, но >18	Каждый месяц	7 дней
≤18, но ≥11	Каждые 3 месяца	14 дней
≤11, но >0	Каждые 12 месяцев	30 дней

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-149

Приложение 14.
Принципы питания для пациентов с ЦП [18, 19]

Почему так важно питание при ЦП?

Первое и самое важное: питание — неотъемлемая часть лечения ЦП.

У пациентов с циррозом из-за хронического заболевания часто развивается снижение массы тела с потерей не только жировой, но и мышечной ткани, поэтому полноценное питание является одним из ключевых компонентов терапии.

Почему это важно?

Дефицит массы тела связан со следующими осложнениями ЦП:

- Восприимчивость к инфекциям
- ПЭ (нарушения когнитивных функций)
- Асцит (скопление жидкости в брюшной полости)
- Более низкая выживаемость после трансплантации (пересадки) печени.

У пациентов с ЦП нарушено образование и хранение гликогена — основного энергетического резерва организма. Поэтому во время голодания, особенно ночью, организм вынужден использовать собственные жиры и белки, включая мышечную ткань. Распад белков сопровождается образованием аммиака, токсичного для головного мозга, что повышает риск ПЭ.

Поэтому пациентам с ЦП важно получать достаточное количество белка и обязательно иметь ночной перекус, так как ночное голодание при циррозе сопоставимо с 2-3-дневным голоданием у здорового человека.

Правильная организация питания при ЦП. Расчет дневного рациона

Очень важно правильно организовать питание для пациентов с ЦП. Начнем с дневного рациона. Для этого нужно рассчитать суточную калорийность и суточную потребность в белке.

Как это сделать?

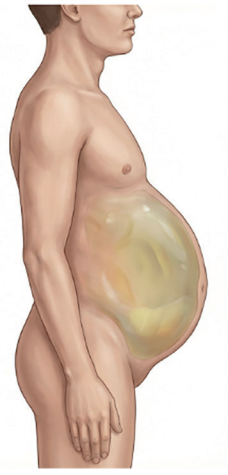
- Суточная калорийность: 35 Ккал х Истинный вес пациента
- Суточная потребность в белке: 1,5 г х Истинный вес пациента

Чтобы рассчитать эти показатели, нужен истинный вес пациента с ЦП. Он рассчитывается как:

Истинный вес пациента=Вес пациента — Вес асцита

Как посчитать вес асцита? И что это?

В качестве примера возьмем пациента, показанного на рисунке в таблице с умеренно выраженным асцитом. Видно, что у него увеличен живот. Но дело не в избыточном количестве жира, который там мог отложиться, а в асците, то есть в скоплении жидкости в брюшной полости. Вес этой жидкости не нужно учитывать при расчете суточной калорийности пищи.

Небольшой асцит	Умеренно выраженный асцит	Напряженный асцит (3 ст.)
		
Вклад жидкости (кг) в массу тела пациента с ЦП		
4-5 кг	7-9 кг	14-15 кг

Соответственно, нам недостаточно просто взвесить нашего пациента, а необходимо из веса пациента вычесть предполагаемый объем асцитической жидкости, выраженный не в литрах, а в килограммах.

Но как рассчитать объем этой асцитической жидкости в килограммах?

Справиться с этой задачей поможет таблица выше, в которой показано, сколько жидкости находится в брюшной полости пациента в зависимости от степени выраженности асцита.

Допустим вес пациента — 75 кг, асцит выражен умеренно, согласно данным в таблице, отнимем 9 кг асцитической жидкости от 75 кг веса пациента и получаем истинный вес — 66 кг. Эта цифра приблизительна! Однако, для повседневной жизни этого вполне достаточно.

Теперь рассчитаем суточную калорийность пищи и потребность в белке.

Для нашего пациента суточная калорийность пищи и потребности в белке составит:

- 35 Ккал х 66 кг = 2310 Ккал
- 1,5 г х 66 кг = 99 г (приблизительно 100 г белка в сутки)

Белок в пищевом рационе пациента с ЦП

Белок в пищевом рационе пациента с ЦП крайне важен! Мы уже знаем, что его количество должно составлять 1,5 г/кг массы тела.

Что же это за белок?

Пример дневного меню для пациента с ЦП

Пример дневного меню для пациента с истинным весом 66 кг, общей суточной калорийностью 2310 Ккал и потребностью в 100 г белка в сутки.

Завтрак • *Рисовая каша на молоке 3,2% жирности* (200 г) Белки: 4,2 г Калорийность: ≈ 200 Ккал • *Какао на воде* (200 мл горячей воды, 2 ст. л какао-порошка) Белки: 1,6 г Калорийность: ≈ 120 Ккал **Общая калорийность:** 320 Ккал **Общее содержание белка:** 5,8 г	***Второй завтрак*** *Сырники (половина порции)* Белки: 48 г Калорийность: ≈ 684 Ккал Для одной порции потребуется: Творог 9% — 200 г (314 Ккал, 32 г белка) 1 куриное яйцо (70 Ккал, ≈ 6 г белка) 3 ст ложки пшеничной муки (300 Ккал, ≈10 г белка) 1-2 чайные ложки сахара (по желанию) Сырники можно приготовить на пару и есть их с ягодами. Дать половину порции. *Запить можно чаем, или морсом, или фруктовым соком.* **Общая калорийность:** 342 Ккал **Общее содержание белка:** 24 г	***Обед*** • *Суп минестроне на основе филе куриной грудки (250 мл)* • Белки: 44 г Калорийность: ≈ 250 Ккал • *Филе куриной грудки отварное 200 г (200 Ккал, 34 г белка)* • *Бульон куриный 250 мл (50 Ккал, 10 г белка)* Можно использовать овощи: лук, сельдерей, цукини, брокколи, тыкву и т.п. • *Цельнозерновой хлеб пара кусочков (20 г)* Белки: 1,6 г Калорийность: 50 Ккал • *Десерт Брауни (50 г)* Белки: 2,5 г Калорийность: 175 Ккал **Общая калорийность:** 475 Ккал **Общее содержание белка:** 48,1 г
Полдник *Клубнично-банановый смузи (≈ 250мл)* Белки: 6,8 г Калорийность: ≈ 247 Ккал Натуральный йогурт — 130 г (72,8 Ккал, 4,5 г белка) Клубника — 100 г (41 Ккал, 0,8 г белка) Средний банан — 1 шт (100 Ккал, ≈ 1,4 г белка) Мед — 1 ч.л. (10 г) (33 Ккал, ≈ 0,08 г белка) Ингредиенты смешать в блендере. **Общая калорийность:** 247 Ккал **Общее содержание белка:** 6,8 г	***Ужин*** • *Салат из отварной свеклы с подсолнечным маслом* Белки: 2,5-3 г Калорийность: 230-250 ккал Свекла отварная — 200 г (≈ 90 ккал, ≈ 3 г белка) Масло подсолнечное — 1 ст. ложка (10 г) (≈ 90 ккал, 0 г белка) • *Гречневая каша на воде с оливковым маслом* (100 г) Белки: 12 г Калорийность: 335 Ккал **Общая калорийность:** 573 Ккал **Общее содержание белка:** 14,6 г	***Перекус на ночь*** *Мюсли с йогуртом* (150 г) Белки: 5,8 г Калорийность: ≈ 162 Ккал *Печеное яблоко* Белки: 0,4 г Калорийность: ≈ 162 Ккал **Общая калорийность:** 324 Ккал **Общее содержание белка:** 6,2 г
ВСЕГО ЗА ДЕНЬ: Суточная калорийность: 2281 Ккал Общее содержание белка: 105,5 г		

Кратность приема пищи

У пациентов с декомпенсированным ЦП есть серьезная проблема: они не могут съесть обычный для здорового человека объем пищи.

Решение этой проблемы такое: пусть наш пациент ест небольшими порциями с короткими перерывами в том режиме, который ему комфортен: 6-8 раз в день.

Кормить пациента с ЦП нужно вкусно и калорийно.

Если не удается достичь нужной дневной калорийности пищи за счет обычных продуктов из-за плохого аппетита, можно добавлять готовые калорийные смеси из категории "энтеральное питание". Выбор типа энтерального питания нужно делать вместе с врачом-диетологом, чтобы учесть особенности конкретного пациента.

Что нужно исключить и/или ограничить при ЦП?

Мясная продукция

Мясная продукция — это продукты из мяса, полученные посредством обработки (засолки, вяления, ферментации, копчения или других способов консервирования), направленной на усиление вкуса или увеличение срока хранения.

Большинство видов мясной продукции содержат свинину и говядину, однако мясные продукты могут также содержать другие виды красного мяса, мясо птицы, субпродукты или побочные продукты убоя, такие как кровь.

К примерам мясной продукции можно отнести следующие продукты:

- Сосиски
- Ветчина
- Колбасы
- Говяжья солонина
- Вяленая говядина
- Мясные консервы
- Мясосодержащие кулинарные изделия
- Соусы

Мясная продукция содержит большое количество соли и вредных жиров (транс-жиров).

Пациентом следует рекомендовать не посещать прилавки с мясной продукцией в магазинах. Цвет и запах вводят в искушение.

Соль

Пациентам с асцитом и отеками ног рекомендуется исключать из пищевого рациона поваренную соль.

Поваренная соль (хлорид натрия) принимает участие в обмене воды и микроэлементов. Ее ограничение в пищевом рационе до 2,5 г помогает справиться с отеками и асцитом.

Это означает, что соль не добавляется в период приготовления и употребления пищи.

При покупке готовых продуктов в них не должно содержаться соли.

Какие продукты содержат много соли?

- Соленый хлеб и булочки
- Мясное ассорти
- Консервированные овощи
- Паста/супы быстрого приготовления
- Соленое печенье
- Пицца
- Соусы
- Спреды
- Сухие приправы (где в составе есть соль)

Вначале может показаться, что пища, приготовленная без добавления соли, имеет другой вкус. Постепенно вкусовые сосочки привыкнут к этим изменениям, ведь натуральные продукты содержат достаточное для нашего организма количество соли.

Как улучшить вкусовые качества пищи без соли?

Чтобы улучшить вкусовые качества пищи вместо соли можно использовать следующие продукты:

- Свежемолотый черный перец
- Лимон, лайм и другие цитрусовые
- Свежие травы
- Перец чили
- Имбирь
- Чеснок, лук-шалот и зеленый лук
- Специи (горчичный порошок, мускатный орех, корица, кардамон, имбирь, куркума, тмин и т.п.)
- Различные обжаренные или натуральные семена.

При покупке продуктов в магазине смотрите маркировку, избегайте продуктов, в которых содержится соль и/или натрий. Коммерческие сухие комбинированные приправы, как правило, содержат натрий.

Жидкость

Каждый пациент должен обсудить вопрос ограничения потребления жидкости со своим врачом и получить индивидуальные рекомендации!

Пациенты с ЦП с асцитом и/или отеками и низким содержанием натрия в крови нередко нуждаются в ограничении приема жидкости в среднем до 1500 мл в сут.

Это количество распространяется не только на напитки, но и на супы, каши и т.п.

Жидкость, которую принимает пациент с ЦП, должна приносить пользу его организму и также содержать белки и микроэлементы.

Что полезно пить?

- Молоко при его хорошей переносимости
- Молочные напитки (содержат белок)
- Соевое молоко (содержит белок)
- Вода (утолит жажду)
- Горячий шоколад или какао (богатый белком и калориями продукт)
- Чай и кофе при хорошей переносимости

Чего следует избегать?

- Фабрично приготовленные томатный и овощные соки
- Энергетические напитки
- Газированные напитки
- Спортивные жидкие смеси
- Витамины и таблетки в шипучей растворимой форме

Шипучие растворимые таблетки содержат натрия гидрокарбонат, который не рекомендуется принимать пациентам с ЦП с асцитом и/или отеками.

Что всегда должно включаться в пищевой рацион?

Фрукты и овощи всегда должны включаться в пищевой рацион пациента с ЦП. Они богаты белком и пищевыми волокнами, которые служат питательной средой для полезных бактерий (лакто- и бифидобактерий), населяющих наш желудочно-кишечный тракт.

Полезные советы:

- Избегайте ненужных запретов
- Питание должно быть разнообразным и полезным, пища должна быть вкусной
- Поступление в организм пациента с ЦП необходимого количества калорий и белка более важно, чем соблюдение диет
- Пациентам с ЦП (особенно с асцитом) рекомендуется делить пищу на 6 приемов: три основных приема пищи — завтрак, обед и ужин и три промежуточных
- Обязательно кормите пациента с ЦП на ночь
- Для пациентов с асцитом: пища должна быть приготовлена без соли
- Вместо соли используйте приправы, сок лимона или лайма
- При плохой переносимости животного белка его можно и нужно заменить растительным. Хорошая комбинация: белок молочных продуктов + растительный белок, например, натуральный йогурт с бананом
- Пациентам с асцитом и отеками помимо бессолевой диеты рекомендуется ограничить прием жидкости, как правило, до 1500 мл в день. Обязательно посоветуйтесь со своим врачом по этому вопросу!
- Если у пациента пищевая аллергия или индивидуальная непереносимость отдельных продуктов, либо причина заболевания печени предполагает ограничение определенных продуктов (как у пациентов с врожденным нарушением обмена меди или железа), то обязательно проконсультируйтесь с лечащим врачом. Он поможет правильно скорректировать диету.

doi: 10.15829/3034-4123-2026-149

Продукты с высоким содержанием белка

Продукты с высоким содержанием белка	Рекомендуемые продукты	Нерекомендуемые продукты
Мясо, рыба, птица, яйца, тофу, бобовые, орехи и семена (семечки)	• Мясо, птица, рыба, морепродукты (свежие или замороженные) • Яйца • Свежий тофу или соевый творог • Свежие или сухие бобовые (чечевица, нут, соя, фасоль), консервированные бобы без соли • Несоленые орехи и семена (семечки)	• Вяленое, копченое, консервированное или засоленное мясо (например, солонина, ветчина, бекон, сосиски, салями, гамбургеры, хот-доги, паштеты и т.п.) • Мясные пироги, запеченные в тесте сосиски, рыбные палочки и другие соленые готовые "на вынос" продукты (например, куры-гриль, блюда азиатской кухни и т.п.) • Засоленная, копченая или маринованная рыба (например, анчоусы, копченые морепродукты, маринованная сельдь и т.п) • Консервированные бобовые с добавлением соли • Все соленые орехи и семена (семечки)
Молочные или соевые продукты (включаются в каждый прием пищи)	• Молоко • Йогурт • Сливки, сметана • Заварной крем, молочные десерты, мороженое • Рикотта или домашний сыр (см. данные на этикетке)	• Коммерческие сырные соусы или дипы • Соленые сорта сыра • Сырное печенье или хлеб
Хлеб, крупы, рис, паста и лапша	• Разнозерновой, цельнозерновой хлеб, ржаной, белый, лаваш • Крекеры без соли • Готовые каши для завтрака (выбрать с самым низким содержанием соды) • Овсяные хлопья, овсяная каша • Рис • Свежая или сухая паста или лапша • Несоленые попкорн и крендельки	• Крекеры с солью, хлебные роллы с солеными ингредиентами (например, с беконом, оливками, сушеными томатами и т.п.) • Паста, лапша быстрого приготовления с добавками • Консервированные спагетти • Готовая азиатская лапша с солеными приправами • Соленые закуски (например, крендельки, картофельные чипсы, кукурузные чипсы, попкорн и т.п.)
Овощи	• Свежие и замороженные овощи • Консервированные овощи "без добавления соли"	• Соленые или маринованные консервированные овощи (огурцы, кимчи и т.п.) • Томатный или овощной сок с солью
Супы и бульоны (учитывать количество жидкости, если врачом рекомендован ее ограниченный прием)	• Несоленый бульон • Подлива на несоленом бульоне • Домашние несоленые супы	• Все консервированные или "сухие" супы • Супы "на вынос" из ресторанов или кафе • Соленые бульонные кубики • Коммерческие подливы • Японские бульоны даши, мисо и супы на их основе
Фрукты	• Свежие фрукты • Сухофрукты • Свежие соки	Нет
Приправы (избегать приправ в завтраках и легких приемах пиши (перекусах)	• Травы и пряности без добавления соли • Лимонный или лаймовый сок • Горчица, перец, чеснок, имбирь • Растительное масло • Несоленое сливочное масло	• Соленые смеси пряностей (например, лимонный перец, соль с сельдереем, соленая овощная приправа) • Глутамат натрия • Каменная соль • Сухие пакетированные соусы • Соевый, устричный соус, терияки, рыбный соус • Мисо, даши • Ворчестерский соус • Все коммерческие соусы с добавлением соли

Приложение 15
Альбом с демонстрационными материалами для консультирования пациентов по снижению потребления продуктов с высоким содержанием соли



Ссылка для скачивания:
https://prevmed.elpub.ru/publication/6983

Приложение 16
Алгоритм ведения пациента ЦП и асцитом[1]

Классификация Международного клуба по изучению асцита (International Club of Ascites, ICA))

1 степень
Жидкость в брюшной полости определяется только при ультразвуковом исследовании

2 степень
Симметричное увеличение живота

3 степень
Напряженный асцит

ДИАГНОСТИКА

Осмотр
- Визуальное увеличение живота
- Симптом флюктуации
- Окружность талии (динамика)
- Вес, суточный диурез

УЗИ ОБП
Оценка объема свободной жидкости в брюшной полости

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ

Белок асцитическрй жидкости <1,5 г/дл — высокий риск СБП

Геморрагический асцит (>50 000 эритроцитов/мм³)

ЛАБОРАТОРНЫЕ КРИТЕРИИ

СААГ (сывороточно-асцитический альбуминовый градиент)
= альбумин сыворотки — альбумин асцита

⩾1,1 г/дл	<1,1 г/дл
Портальная гипертензия (80% случаев)	Другие причины (исключить)

Инфекционные осложнения

СБП: нейтрофилы ≥250/мм³

Бактериальный асцит: нейтрофилы <250/мм³ + положительный посев

РЕЗИСТЕНТНЫЙ АСЦИТ

1. Нет ответа на терапию диуретиками в максимальной терапевтической дозировке: спиронолактон 400 мг/сут., фуросемид 160 мг/сут.) в течение 1 нед. при соблюдении диеты с содержанием соли до 5 г/сут.);
2. Отсутствие ответа на лечение: ↓ массы тела <0,8 кг каждые 4 дня;
3. Ранний рецидив асцита: возврат асцита 2-3-й ст. течение 4 нед. от проведения лечебно-диагностического лапароцентеза;
4. Осложнения, связанные с приемом диуретических препаратов:
- ПЭ, развившаяся в отсутствие других провоцирующих факторов;
- почечная недостаточность вследствие диуретической терапии: ↑ уровня креатинина на 100% со значением >2 мг/дл у пациентов, которые ответили на лечение диуретиками;
- гипонатриемия — ↓Na >10 ммоль/л до уровня <130-135 ммоль/л
- гипокалиемия — ↓K <3,5 ммоль/л;
- гиперкалиемия — ↑ K >5,5 ммоль/л

Тактика при резистентном асците:

Трансплантация печени	TIPS (шунтирующие операции)

1 СТЕПЕНЬ: КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ

Устранение/контроль причины заболевания печени

Не нуждаются в лечении диуретиками и диете с ограничением соли

2-3 СТЕПЕНЬ

Диета
Ограничение Na: 80–120 ммоль/день
(4,6–6,9 г поваренной соли)

Спиронолактон
Начальная доза: 100 мг/день
Максимум: 400 мг/день
(не более 7 дней!)

АЛГОРИТМ ТИТРАЦИИ

Спиронолактон 100 мг **+100 мг/7 дней** Max 400 мг → **Нет эффекта?** Добавить: **Фуросемид 20-40 мг** или торасемид 5 мг (предпочтителен при гипоальбуминемии) → **Повышение дозировки** (фуросемид) **+40 мг/7 дней** (торасемид) **+5 мг/7 дней**

Оптимальное соотношение: 100 мг спиронолактона на 40 мг фуросемида или 5 мг торасемида

Оценка эффективности

Потеря веса без отеков: не >0,5 кг/день;
С отеками: до 1 кг/день
Общая потеря веса: 2 кг/нед.

Контроль безопасности

K, Na, креатинин — каждые 1-2 нед.

Отмена при:
- K >6,0 (спиронолактон)
- K <3,0 (фуросемид)
- Na <120, ОПП, ПЭ

Сокращения: ОБП — органы брюшной полости, ОПП — острое повреждение почек, ПЭ — печеночная энцефалопатия, СБП — спонтанный бактериальный перитонит, УЗИ — ультразвуковое исследование. TIPS — трансъюгулярное внутрипеченочное портосистемное шунтирование.

doi: 10.15829/3034-4123-2026-149

doi: 10.15829/3034-4123-2026-149

Приложение 17

Алгоритм ведения пациента с ЦП и варикозно-расширенными венами пищевода и желудка[1]



АЛГОРИТМ НАБЛЮДЕНИЯ

Нет ВРВП	ЭГДС 1 раз в год
ВРВП 1 ст.	Без «красных знаков» → ЭГДС 1 раз в год, первичная профилактика, НСББ
ВРВП 2-3 ст. Есть «красные знаки»	Первичная профилактика, НСББ Рассмотреть возможность эндоскопического лигирования Лигирование: каждые 4-8 нед. до полной эрадикации варикозных вен После лигирования НСББ не отменяются!

Особенности терапии НСББ

Первичная/вторичная профилактика ЖКК

НСББ:

- Пропранолол: 20 мг/сут. → целевая 80-320 мг/сут.
- Карведилол: 6,25 мг/сут. → целевая 12,5-25 мг/сут.

Целевые показатели: ↓ ЧСС на 25% или до 55 уд./мин

Противопоказания

- Напряженный/рефрактерный асцит
- Гипотония <90 мм рт.ст.
- Сепсис
- Кровотечение
- ОПП
- СБП

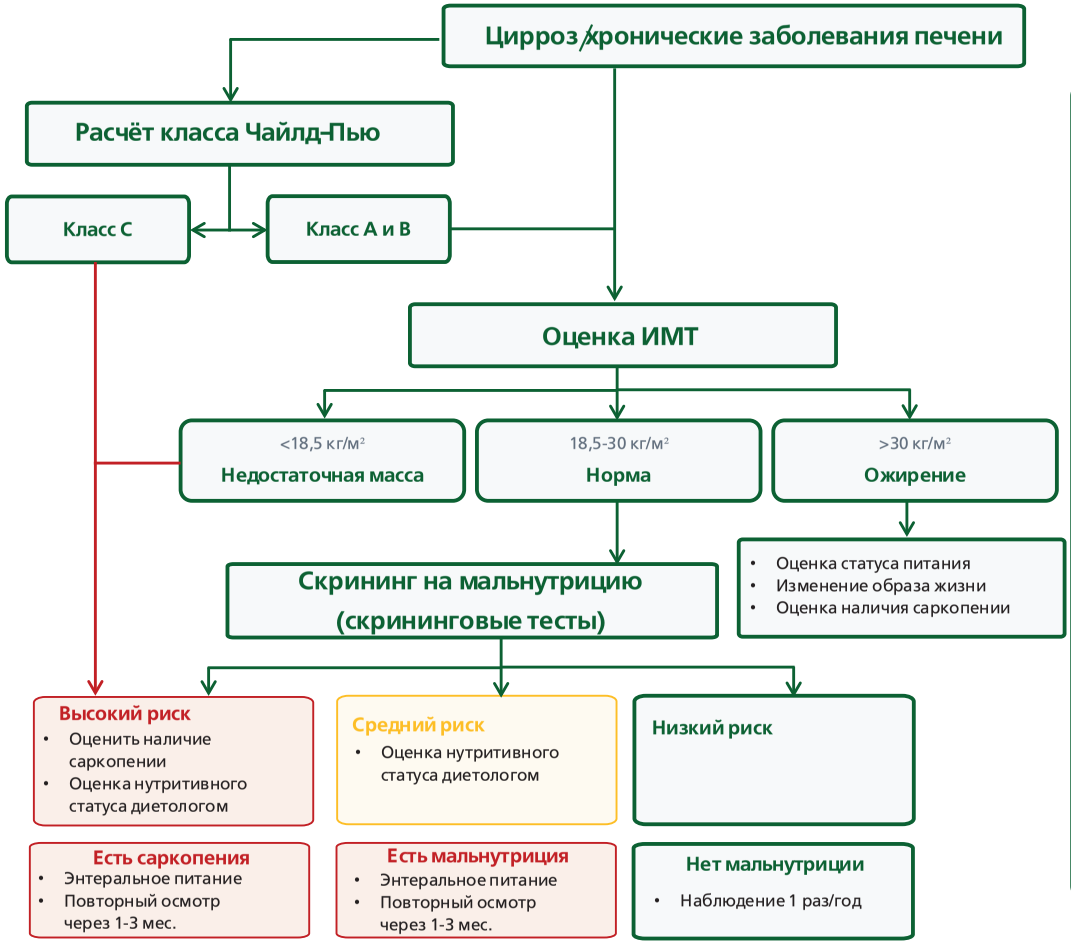
Альтернативы

Непереносимость/неэффективность НСББ → **лигирование/TIPS**

Сокращения: ВРВП — варикозное расширение вен пищевода, ЖКК — желудочно-кишечное кровотечение, НСББ — неселективные бета-адреноблокаторы, ОПП — острое повреждение почек, СБП — спонтанный бактериальный перитонит, ТЭ — транзиентная эластография, ЦП — цирроз печени, ЧСС — частота сердечных сокращений, ЭГДС — эзофагодуоденоскопия, TIPS — трансъюгулярное внутрипеченочное портосистемное шунтирование.

doi: 10.15829/3034-4123-2026-149

Приложение 18
Оценка нутритивного статуса у пациентов с ЦП [18]



СМТ

Используется для:

- оценки нутритивного статуса
- расчёта белковой потребности
- расчёта энергетической потребности
- подбора доз некоторых препаратов

1 Определите наличие задержки жидкости

- Асцит
- Периферические отёки

2 Выполните коррекцию массы тела

СМТ = Фактическая масса × (1 − % коррекции)

Асцит I: −5%	**Асцит II:** −10%
Асцит III: −15%	**Асцит + отёки:** −20%

Потребности рассчитываются только от СМТ:

Белок	Энергетическая потребность
1,2–1,5 г/кг/сут.	**30–35 ккал/кг/сут.**

Сокращения: ИМТ — индекс массы тела, СМТ — сухая/корригированная масса тела.

doi: 10.15829/3034-4123-2026-149

Редакционная статья

Приложение 19
Ведение пациента с ЦП и ПЭ1

Общая информация

Классификация ПЭ по причине

- **Тип A** При острой печеночной недостаточности
- **Тип B** При ЦП — наиболее распространенный
- **Тип C** При портосистемном шунтировании без хронической ПН

Классификация ПЭ по тяжести

Скрытая ПЭ Минимальная (без клинических симптомов, изменения только в психометрических тестах), стадия I по West Haven

Явная ПЭ Стадии II–IV по West Haven

Стадии по West Haven

- **0 (Минимальная):** Нет клинических симптомов, изменения только в психометрических тестах
- **1:** Дефицит понимания, эйфория или тревога, снижение концентрации, нарушение счета, изменение ритма сна
- **2:** Вялость/апатия, дезориентация во времени, явное изменение личности, неадекватное поведение, диспраксия, астериксис
- **3:** Сонливость до полусупора, сохранность реакции на раздражители, спутанность сознания, выраженная дезориентация
- **4:** Кома, отсутствие реакции даже на болевые раздражители

Провоцирующие факторы

- Кровотечение
- Инфекции
- Электролитные нарушения
- Запор
- Избыточное потребление белка
- Диуретики
- НПВП
- Бензодиазепины/психотропные препараты/алкоголь

Диагностика

Психометрические тесты: тест связи чисел, тест число-буква, арифметический тест, тест «назови животных»

Уровень аммиака крови: экспресс-тест капиллярной крови из мочки уха (в рамках дифференциальной диагностики при неэффективности гипоаммониемической терапии)

Лечение

Стадии по West Haven

Скрытая ПЭ	Явная ПЭ			
Минимальная (0)	1	2	3	4

Устранение провоцирующих факторов — эффективно в 90% случаев!

Медикаментозная терапия

Гипоаммониемические препараты применяются как монотерапия, так и в комбинации по усмотрению врача

Орнитин 9-18 г перорально (в 2-3 приема), 2-3 мес.

Орнитин: в/в кап. до 40 г (обычно 20-30 г/сут.), 7-14 дней → переход на пероральный прием 9-18 г/сут. (2-3 мес). Возможно комбинирование в/в и перорального способа приема

Применение орнитина ограничено при выраженном нарушении функции почек (креатинин > 266 мкмоль/л)

Рифаксимин:
Не более 1200 мг/сут. перорально
- 1100 мг/сут. – от 6 до 24 мес. по усмотрению врача
- 1200 мг/сут. – до 12 мес. по усмотрению врача

Рифаксимин: 1100 мг/сут. – от 5-7 дней до 6 мес. в зависимости от клинической ситуации

Не применяется

Лактулоза: 30–60 мл/сут. (15-30 мл каждые 12 ч до 2-3 дефекаций мягким стулом в сутки). Лактулоза выпускается в виде сиропа, который может вводиться перорально, ректально в виде клизм и через назогастральный зонд. Длительность лечения определяет врач по индивидуальным показаниям пациента.

Применение лактулозы в дозе >60 мл/сут. может вызвать дегидратацию, гипернатриемию, усугубление ПЭ

Диетические рекомендации

При ПЭ 2–3 стадии:
Ограничение белка до 60 г/сут. (1,0 г/кг)
После купирования: 80–100 г/сут.

При непереносимости белка:
Растительный белок, лактальбумин, аминокислоты с разветвленной цепью (0,2-0,25 г/кг/сут.)

Профилактика

Профилактика повторных эпизодов

Всем пациентам с ЦП — своевременная диагностика и лечение скрытой ПЭ (минимальной и ПЭ I стадии) с целью профилактики явной ПЭ

Вторичная профилактика

Орнитин:
18 г/сут. (6 г 3 раза в сутки) перорально, 6 мес.

Лактулоза:
Доза подбирается индивидуально

Рифаксимин:
1100 мг/сут. перорально, 6 мес.

Диетические рекомендации

- **Белок:** 1,2-1,5 г/кг сухой массы тела
- **Избегать длительных периодов голодания**
- **Поздний ночной перекус:** белково-углеводная пища не менее 50 г сложных углеводов или энтеральной смеси

Сокращения: в/в — внутривенное, НПВП — нестероидные противовоспалительные препараты, ПН — почечная недостаточность, ПЭ — печеночная энцефалопатия, ЦП — цирроз печени.

doi: 10.15829/3034-4123-2026-149

Приложение 20. Дневник пациента с ЦП

ДНЕВНИК ПАЦИЕНТА

ФИО: _____

Постоянная терапия: _____

_____

Заполняйте таблицу ежедневно.

Показатель	Дата	Дата	Дата	Дата	Дата	Дата	Дата	Дата	Дата
Масса тела, кг									
Объем живота, см									
Температура, °С									
Отеки ног									
Выпито, мл									
Выделено, мл									
Стул									
Прием препаратов									
Сон/сознание									
Другие жалобы									

Обратитесь к врачу

Задержка жидкости
- Масса тела +1 кг/сутки или +2 кг/неделю
- Быстрое увеличение объема живота
- Появление или усиление отеков ног
- Резкое уменьшение количества мочи

Печеночная энцефалопатия
- Сонливость, заторможенность
- Нарушение памяти, спутанность сознания
- Изменение поведения, дрожание рук

Кровотечение
- Рвота кровью, черный стул
- Кровь в кале, резкая слабость

Признаки инфекции
- Повышение температуры, озноб
- Усиление боли в животе

Другие опасные симптомы
- Желтуха, потеря сознания
- Сильная боль в животе

Важно: при циррозе печени ухудшение состояния может наступать быстро – не откладывайте визит к врачу!

Приложение 21
Шкала приверженности НОДФ [20]

Модуль I. "Общая фактическая приверженность фармакотерапии"					
1	**Назначал ли Вам лечащий врач лекарственную терапию?**				
А) Да Б) Нет В) Другое _____					
2	**Укажите, как Вы поступаете в отношении приема лекарственных препаратов (выберите подходящий ответ для каждого пункта):**				
А) Прекращаю прием лекарственных препаратов:					
	всегда	часто	иногда	редко	никогда
Б) Делаю перерывы в приеме лекарственных препаратов:					
	всегда	часто	иногда	редко	никогда
В) Самостоятельно меняю терапию (меняю дозу, кратность, время приема) или принимаю препараты без согласования с врачом:					
	всегда	часто	иногда	редко	никогда
Г) Забываю принимать лекарственные препараты:					
	всегда	часто	иногда	редко	никогда
Д) Воздерживаюсь от приема назначенных лекарственных препаратов					
	всегда	часто	иногда	редко	никогда
3	**Если Вы не стали принимать или изменили прием лекарственных препаратов, укажите причину:**				
А) Опасаюсь побочных эффектов от приема лекарственных препаратов					
Б) Возникли побочные эффекты на фоне приема лекарственных препаратов					
В) Отсутствие ощутимого эффекта/улучшения от лечения					
Г) Высокая цена лекарственных препаратов					
Д) Сомневаюсь в правильности назначенной мне терапии					
Е) Не хочу принимать лекарственные препараты длительно					
Ж) Принимаю очень много разных лекарственных препаратов					
З) Сложная/неудобная схема приема лекарственных препаратов					
И) Другое (укажите)					
Модуль II. "Препарат-специфичная фактическая приверженность фармакотерапии"					
1	**Укажите, как Вы поступаете в отношении приема лекарственных препаратов**				
А) Прекращаю прием лекарственных препаратов. Укажите препараты: _____					
Б) Делаю перерывы в приеме лекарственных препаратов. Укажите препараты: _____					
В) Самостоятельно меняю терапию (меняю дозу, кратность, время приема препаратов) или принимаю препараты без согласования с врачом. Укажите препараты:_____					
Г) Забываю принимать лекарственные препараты. Укажите препараты: _____					
Д) Воздерживаюсь от приема назначенных лекарственных препаратов. Укажите препараты: _____					
2	**Если Вы не стали принимать или изменили лекарственную терапию, укажите причину:**				
А) Опасаюсь побочных эффектов от приема лекарственных препаратов. Укажите препараты: _____					
Б) Возникли побочные эффекты на фоне приема лекарственных препаратов. Укажите препараты: _____					
В) Отсутствие ощутимого эффекта /улучшения от лечения. Укажите препараты: _____					
Г) Высокая цена лекарственных препаратов. Укажите препараты: _____					
Д) Сомневаюсь в правильности назначенной мне терапии. Укажите препараты: _____					
Е) Не хочу принимать лекарственные препараты длительно. Укажите препараты: _____					
Ж) Принимаю очень много разных лекарственных препаратов					
З) Сложная/неудобная схема приема лекарственных препаратов					
И) Другая причина (укажите) _____					
Модуль III. "Потенциальная приверженность фармакотерапии"					
1	**Собираетесь ли Вы принимать лекарственные препараты, рекомендованные Вам врачом?**				
	1) Нет 2) Скорее нет, чем да 3) Скорее да, чем нет 4) Да				

Инструкция:

- Определение балла проводится по ответу на вопрос 2 из модуля I.
- При выявлении неприверженности по модулю I, следует перейти к модулю II для оценки приверженности к каждому лекарственному препарату индивидуально.
- По модулю III оценивается потенциальная приверженность (намерения пациента выполнять врачебные рекомендации) к фармакотерапии.

Ключ к модулю I по вопросу 2

Вопрос	Варианты ответа "всегда", "часто", "иногда", "редко" приравниваются к одному результату	Вариант ответа: "никогда"	Результат
			NB! Баллы не суммируются! Для определения уровня приверженности отбирается балл с максимальным значением по полученным ответам
А	3 балла	0 баллов	0 баллов — полная приверженность
Б	2 балла		1 балл — частичная (неполная), вторичная неприверженность, ненамеренные нарушения врачебных рекомендаций
В	2 балла		2 балла — частичная (неполная), вторичная неприверженность, намеренные нарушения врачебных рекомендаций (в т. ч. самолечение)
Г	1 балл		3 балла — полная, вторичная неприверженность
Д	4 балла		4 балла — полная, первичная неприверженность

Ключ к модулю III Номер вопроса:

1 — потенциально не привержен
2 — потенциально частично не привержен
3 — потенциально частично привержен
4 — потенциально привержен

Литература/References

1. Huang DQ, Terrault NA, Tacke F, et al. Global epidemiology of cirrhosis - aetiology, trends and predictions. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2023;20(6):388-98. doi:10.1038/s41575-023-00759-2.
2. Ye F, Zhai M, Long J, et al. The burden of liver cirrhosis in mortality: Results from the global burden of disease study. Front Public Health. 2022;10:909455. doi:10.3389/fpubh.2022.909455.
3. Tham EKJ, Tan DJH, Danpanichkul P, et al. The Global Burden of Cirrhosis and Other Chronic Liver Diseases in 2021. Liver Int. 2025;45(3):e70001. doi:10.1111/liv.70001.
4. Zhang Y, Luo M, Ming Y. Global burden of cirrhosis and other chronic liver diseases caused by specific etiologies from 1990 to 2021. BMC Gastroenterol. 2025;25(1):641. doi:10.1186/s12876-025-04264-5.
5. GBD 2017 Cirrhosis Collaborators. The global, regional, and national burden of cirrhosis by cause in 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2020;5(3):245-66. doi:10.1016/S2468-1253(19)30349-8.
6. Shepel RN, Ipatov PV, Drozdova LYu, et al. Algorithm of appointment (examination; consultation) of patients under follow-up care by a general practitioner. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2025;24(3):4372. (In Russ.) Шепель Р. Н., Ипатов П. В., Дроздова Л. Ю. и др. Алгоритм диспансерного приема (осмотра, консультации) врачом-терапевтом пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2025;24(3):4372. doi:10.15829/1728-8800-2025-4372. EDN: JHOQVT.
7. Drapkina OM, Ivashkin VT, Maev IV, et al. Outpatient follow-up of patients with alcohol-associated liver cirrhosis by a primary care physician. Guidelines. Primary Health Care (Russian Federation). 2025;2(1):115-45. (In Russ.) Драпкина О. М., Ивашкин В. Т., Маев И. В. и др. Диспансерное наблюдение пациентов с алкогольным циррозом печени врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации. Первичная медико-санитарная помощь. 2025;2(1):115-45. doi:10.15829/3034-4123-2025-33. EDN: DQSXKB.
8. Sterling RK, Asrani SK, Levine D, et al. AASLD Practice Guideline on noninvasive liver disease assessment of portal hypertension. Hepatology. 2025;81(3):1060-85. doi:10.1097/HEP.0000000000000844.
9. Sterling RK, Duarte-Rojo A, Patel K, et al. AASLD Practice Guideline on imaging-based noninvasive liver disease assessment of hepatic fibrosis and steatosis. Hepatology. 2025;81(2):672-724. doi:10.1097/HEP.0000000000000843.
10. Kashin SV, Kuvaev RO, Drapkina OM, et al. Standards for performing esophagogastroduodenoscopy (EGDS) in the framework of the medical examination program for certain groups of the adult population of the Russian Federation: Methodological recommendations. Moscow: Silicea-Polygraph LLC, 2024. 58 p. (In Russ.) Кашин С. В., Куваев Р. О., Драпкина О. М. и др. Стандарты выполнения эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) в рамках программы диспансеризации определенных групп взрослого населения Российской Федерации: Методические рекомендации. Москва: ООО Силицея-Полиграф, 2024. 58 с. ISBN: 978-5-605-25981-7. doi:10.15829/ROPNIZ-k6-2024. EDN: IYLUGC.
11. Drapkina OM, Drozdova LYu, Kalinina AM, et al. Organization of preventive medical examination and medical examination of certain groups of the adult population: Methodological recommendations of the Federal State Budgetary Institution "NMIC TPM" of the Ministry of Health of the Russian Federation. 2nd edition. Moscow: National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine, 2020. 232 p. (In Russ.) Драпкина О. М., Дроздова Л. Ю., Калинина А. М. и др. Организация проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения : Методические рекомендации ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России. 2-е издание. Москва: Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины, 2020. 232 с. ISBN: 978-5-6043991-1-8. EDN QWHFZK.
12. Drapkina OM, Briko NI, Namazova-Baranova LS, et al. Immunoprophylaxis. Guidelines (second edition). Primary Health Care (Russian Federation). 2025;2(3):135-262. (In Russ.) Драпкина О. М., Брико Н. И., Намазова-Баранова Л. С. и др. Иммунопрофилактика. Методические рекомендации (второе издание). Первичная медико-санитарная помощь. 2025;2(3):135-262. doi:10.15829/3034-4123-2025-76. EDN: DBKJIQ.
13. Drapkina OM, Avalueva EB, Bakulin IG, et al. Management of patients with iron deficiency anemia in the context of primary health care. Guidelines. Primary Health Care (Russian Federation). 2025;2(3):55-114. (In Russ.) Драпкина О. М., Авалуева Е. Б., Бакулин И. Г. и др. Ведение пациентов с железодефицитной анемией на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи: обновленные методические рекомендации. Первичная медико-санитарная помощь. 2025;2(3):55-114. doi:10.15829/3034-4123-2025-61. EDN: UKRRDT.
14. Amarneh M, Akhter A, Rajput MZ, et al. Gallbladder Scalloping, Mammillated Caudate Lobe, and Inferior Vena Cava Scalloping: Three Novel Ultrasound Signs of Cirrhosis. Acad Radiol. 2018;25(11):1374-80. doi:10.1016/j.acra.2018.02.011.
15. Singal AG, Llovet JM, Yarchoan M, et al. AASLD Practice Guidance on prevention, diagnosis, and treatment of hepatocellular carcinoma. Hepatology. 2023;78(6):1922-65. doi:10.1097/HEP.0000000000000466. Erratum in: Hepatology. 2023;78(6):E105. doi:10.1097/HEP.0000000000000621.
16. Expert Panel on Gastrointestinal Imaging; Smith EN, Bashir MR, Fung A, et al. ACR Appropriateness Criteria® Staging and Follow-Up of Primary Liver Cancer. J Am Coll Radiol. 2025;22(11S):S699-S712. doi:10.1016/j.jacr.2025.08.032.

Гепа-Мерц®

МНН орнитин



Показания к применению:*

- Острые и хронические заболевания печени, сопровождаемые гипераммониемией
- Печеночная энцефалопатия (латентная и выраженная)
- Стеатозы и стеатогепатиты (различного генеза)

* ОХЛП Гепа-Мерц®, РУ П № 015093/01 от 22.03.2007

ООО «Мерц Фарма» Россия, 123112, Москва
Пресненская наб., 10, блок С, «Башня на набережной»
тел.: +7 (495) 653-8-555, факс: +7 (495) 653-8-554
e-mail: info@merz.ru, merztherapeutics.ru
Merz-2481532 от 28.03.2025

Информация для сотрудников здравоохранения

17. Lee YJ, Lee JM, Lee JS, et al. Hepatocellular carcinoma: diagnostic performance of multidetector CT and MR imaging-a systematic review and meta-analysis. Radiology. 2015;275(1):97-109. doi:10.1148/radiol.14140690.
18. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines on nutrition in chronic liver disease. J Hepatol. 2019;70(1):172-93. doi:10.1016/j.jhep.2018.06.024.
19. Plauth M, Bernal W, Dasarathy S, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition in liver disease. Clin Nutr. 2019;38(2):485-521. doi:10.1016/j.clnu.2018.12.022.
20. Lukina YuV, Kutishenko NP, Martsevich SYu, Drapkina OM. The Questionnaire Survey Method in Medicine on the Example of Treatment Adherence Scales. Rational Pharmacotherapy in Cardiology. 2021;17(4):576-83. (In Russ.) Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П., Марцевич С.Ю., Драпкина О.М. Разработка и валидизация новых опросников в медицине на примере шкалы приверженности лекарственной терапии. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2021;17(4):576-83. doi:10.20996/1819-6446-2021-08-02.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Драпкина Оксана Михайловна (Oksana M. Drapkina) — д.м.н., профессор, академик РАН, директор; главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава России; зав. кафедрой терапии и профилактической медицины, президент РОПНИЗ, ORCID: 0000-0002-4453-8430;

Маевская Марина Викторовна (Marina V. Maevskaya) — д.м.н., профессор, врач-гастроэнтеролог ЛДО №3, УКБ №2; вице-президент Российского общества по изучению печени, ORCID: 0000-0001-8913-140X;

Шепель Руслан Николаевич (Ruslan N. Shepel) — к.м.н., доцент, зам. директора по перспективному развитию медицинской деятельности, главный внештатный специалист по терапии Минздрава России в Центральном федеральном округе, исполнительный директор РОПНИЗ, ORCID: 0000-0002-8984-9056;

Жарова Мария Евгеньевна (Mariia E. Zharova) — к.м.н., врач-терапевт, врач-гастроэнтеролог, эксперт центра организации программ скрининга онкологических заболеваний, старший научный сотрудник отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, ORCID: 0000-0002-8325-5927;

Гречишникова Василиса Романовна (Vasilisa R. Grechishnikova) — ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского, ORCID: 0000-0002-3851-626X.

Адреса организаций авторов: ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Петроверигский пер., 10, стр. 3, Москва, 101990, Россия; ФГАОУ ВО "Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова" Минздрава России (Сеченовский Университет), ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2, Москва, 119991 Россия; ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России, ул. Долгоруковская, д. 4, Москва, 127006, Россия.

Addresses of the authors' institutions: National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine of the Ministry of Health of the Russian Federation, Petroverigsky Lane, 10, bld. 3, Moscow, 101990, Russia; I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University), Trubetskaya str., 8, bld. 2, Moscow, 119991, Russia; Russian University of Medicine of the Ministry of Health of the Russian Federation, Dolgorukovskaya str., 4, Moscow, 127006, Russia.

Первичная медико-санитарная помощь. 2026;3(2S):59-88.
doi: 10.15829/3034-4123-2026-154
ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

Первичная медико-санитарная помощь
Primary Health Care (Russian Federation)

Диспансерное наблюдение пациентов с закупоркой и стенозом сонной артерии врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации

Драпкина О. М.[1,2],
Бойцов С. А.[3],
Шамалов Н. А.[4],
Ершова А. И.[1],
Шепель Р. Н.[1],
Балахонова Т. В.[3],
Блохина А. В.[1],
Гарбузова Е. В.[1]*,
Смирнова М. И.[1],
Дроздова Л. Ю.[1],
Ипатов П. В.[1],
Шурупова Е. Г.[1]

[1]ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Москва, Российская Федерация
[2]ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России, Москва, Российская Федерация
[3]ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии им. акад. Е. И. Чазова" Минздрава России, Москва, Российская Федерация
[4]ФГБУ "Федеральный центр мозга и нейротехнологий" Федерального медико-биологического агентства России, Москва, Российская Федерация

*Corresponding author
(Автор, ответственный за переписку):
vostryakova.elizaveta@yandex.ru

Атеросклеротическое поражение экстракраниального отдела сонной артерии является одной из основных причин развития острого нарушения мозгового кровообращения. Учитывая высокую медико-социальную значимость последствий острых нарушений мозгового кровообращения, в частности ишемического инсульта, актуальность междисциплинарного подхода к оптимальному ведению пациентов с атеросклерозом сонной артерии, настоящие методические рекомендации содержат описание организации проведения диспансерного наблюдения пациентов с окклюзией и стенозом сонной артерии врачом-терапевтом в первичном звене оказания медицинской помощи.

Настоящие методические рекомендации позволяют практикующему врачу принимать обоснованные клинические решения при проведении диспансерного наблюдения.

Методические рекомендации, в первую очередь, предназначены для врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей), врачей-терапевтов участковых цеховых врачебных участков, а также для среднего медицинского персонала, работающего с указанными врачами, для фельдшеров фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского здравпункта) в случае возложения на них руководителями медицинских организаций функций лечащего врача по организации и проведению диспансерного наблюдения. Не меньший интерес методические рекомендации должны представлять для врачей-организаторов здравоохранения, руководителей медицинских организаций первичной медико-санитарной помощи и их подразделений.

Ключевые слова: диспансерное наблюдение, методические рекомендации, атеросклеротическая бляшка, стеноз сонной артерии, окклюзия сонной артерии, сердечно-сосудистый риск, ишемический инсульт, транзиторная ишемическая атака.

Отношения и деятельность: нет.

Рецензенты:
Закроева А. Г. — д.м.н., доцент, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО "Уральский государственный медицинский университет" Минздрава России (Екатеринбург, Россия)
Мартынов М. Ю. — д.м.н., профессор, член-корр. РАН, зав. кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики Института нейронаук и нейротехнологий ФГАОУ ВО "Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова" Минздрава России (Пироговский Университет) (Москва, Россия).

Методические рекомендации утверждены на заседании Ученого совета ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России (протокол № 4 от 28 апреля 2026 г.).

Для цитирования: Драпкина О. М., Бойцов С. А., Шамалов Н. А., Ершова А. И., Шепель Р. Н., Балахонова Т. В., Блохина А. В., Гарбузова Е. В., Смирнова М. И., Дроздова Л. Ю., Ипатов П. В., Шурупова Е. Г. Диспансерное наблюдение пациентов с закупоркой и стенозом сонной артерии врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации. *Первичная медико-санитарная помощь.* 2026;3(2S):59-88. doi: 10.15829/3034-4123-2026-154. EDN: OFUXUD

Поступила: 04.06.2026
Принята: 10.06.2026

CC BY 4.0

Primary Health Care (Russian Federation). 2026;3(2S):59-88.
doi: 10.15829/3034-4123-2026-154
ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

Первичная медико-санитарная помощь
Primary Health Care (Russian Federation)

Follow-up monitoring of patients with carotid artery occlusion and stenosis by a primary care physician. Guidelines

Drapkina O. M.[1,2],
Boytsov S. A.[3],
Shamalov N. A.[4],
Ershova A. I.[1],
Shepel R. N.[1],
Balakhonova T. V.[3],
Blokhina A. V.[1],
Garbuzova E. V.[1]*,
Smirnova M. I.[1],
Drozdova L. Yu.[1],
Ipatov P. V.[1],
Shurupova E. G.[1]

[1]National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine, Moscow, Russian Federation
[2]Russian University of Medicine, Moscow, Russian Federation
[3]Chazov National Medical Research Center for Cardiology, Moscow, Russian Federation
[4]Federal Center of Brain Research and Neurotechnologies of the Federal Medical and Biological Agency, Moscow, Russian Federation

*Corresponding author:
vostryakova.elizaveta@yandex.ru

Received: 04.06.2026
Accepted: 10.06.2026

Atherosclerosis of the extracranial carotid artery is one of the main causes of cerebrovascular accidents. Considering the high medical and social significance of the consequences of cerebrovascular accidents, in particular ischemic stroke, and the relevance of an interdisciplinary approach to the optimal management of patients with carotid artery atherosclerosis, these guidelines describes the management of patients with carotid artery occlusion and stenosis by a primary care physician.

These guidelines allow the practitioner to make informed clinical decisions when conducting clinical observation.

The guidelines are, first of all, intended for primary care physicians, general practitioners, as well as for nurses working with these doctors, for paramedics at primary care facilities performing the doctor functions within follow-up monitoring. These guidelines should be of no less interest to public health physicians, heads of primary care facilities and their departments.

Keywords: follow-up monitoring, guidelines, plaque, carotid artery stenosis, carotid artery occlusion, cardiovascular risk, ischemic stroke, transient ischemic attack.

Relationships and Activities: none.

For citation: Drapkina O. M., Boytsov S. A., Shamalov N. A., Ershova A. I., Shepel R. N., Balakhonova T. V., Blokhina A. V., Garbuzova E. V., Smirnova M. I., Drozdova L. Yu., Ipatov P. V., Shurupova E. G. Follow-up monitoring of patients with carotid artery occlusion and stenosis by a primary care physician. Guidelines. *Primary Health Care (Russian Federation).* 2026;3(2S):59-88. doi: 10.15829/3034-4123-2026-154. EDN: OFUXUD

АД — артериальное давление, АСБ — атеросклеротическая бляшка, АТФ — аденозинтрифосфат, ДН — диспансерное наблюдение, ИИ — ишемический инсульт, ОХС — общий холестерин, ПНЖК — омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты, ССЗ — сердечно-сосудистое заболевание, ССР — сердечно-сосудистый риск, ТГ — триглицериды, ТИА — транзиторная ишемическая атака, УЗИ — ультразвуковое исследование, ФА — физическая активность, ХС ЛНП — холестерин липопротеинов низкой плотности, ХС ЛВП — холестерин липопротеинов высокой плотности, ХС неЛВП — холестерин, не связанный с липопротеинами высокой плотности; показатель, отражающий суммарную концентрацию холестерина всех атерогенных фракций в сыворотке крови, рассчитывается как разница между измеренными значениями концентраций ОХС и ХС ЛВП, ЦУ — целевой уровень, ECST — European Carotid Surgery Trial, NASCET — The North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial, PCSK9 — ингибиторы пропротеиновой конвертазы субтилизин-кексина типа 9, PPARα — альфа-рецепторы, активируемые активатором пероксисом.

Стеноз (окклюзия) сонной артерии — это сужение (полное перекрытие) просвета артерии, вызванное, в первую очередь, атеросклеротической бляшкой (АСБ) [1]. Термин "закупорка" соответствует Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) и упоминается в соответствующем разделе I65 "Закупорка и стеноз прецеребральных артерий, не приводящие к инфаркту мозга". Стоит отметить, что при указании на полное перекрытие просвета артерии АСБ термин "окклюзия", согласно современным представлениям, более корректен, нежели "закупорка".

Нарушение целостности покрышки АСБ в бассейне сонных артерий, инициируя тромбообразование и дистальную эмболию, является одной из основных причин развития ишемического инсульта (ИИ) и транзиторной ишемической атаки (ТИА).

ИИ — клинический синдром, вызванный фокальным инфарктом головного мозга[1].

ТИА — транзиторный эпизод неврологической дисфункции вследствие фокальной ишемии головного мозга без формирования очага инфаркта[1]. Критерии ТИА: кратковременный эпизод неврологического дефицита, вызванный очаговой ишемией головного мозга с клиническими симптомами, длящимися ≤ 24 ч; отсутствие признаков острого инфаркта головного мозга по данным нейровизуализации (в том числе диффузионно-взвешенной магнитно-резонансной томографии)[1].

В клинической практике разделяют асимптомный и симптомный стеноз сонной артерии. Стеноз сонной артерии считается симптомным, если пациент перенес ТИА, ИИ, преходящую слепоту на один глаз в бассейне стенозированной сонной артерии или другие неврологические симптомы атеросклеротического поражения стенозированной сонной артерии. Соответственно при отсутствии у пациента с выявленной АСБ в анамнезе перечисленных событий в ипсилатеральном каротидном бассейне, данный стеноз считается асимптомным [1].

Основным нормативным правовым актом, регламентирующим проведение диспансерного наблюдения (ДН) пациентов с закупоркой и стенозом сонной артерии врачом-терапевтом[2], является Порядок проведения ДН за взрослыми[3].

ДН врачом-терапевтом осуществляется при стенозе внутренней сонной артерии от 40%, за исключением сочетания с ишемической болезнью сердца и симптомным атеросклеротическим поражением периферических артерий или артерий другого сосудистого русла[3].

ДН врачом-кардиологом осуществляется при следующих заболеваниях, состояниях, функциональных расстройствах: стеноз внутренней сонной артерии от 40% при сочетании с ишемической болезнью сердца и симптомным атеросклеротическим поражением периферических артерий или артерий другого сосудистого русла[3].

Нужно иметь в виду, что существует два способа измерения степени стенозирования сонных артерий: это методы, использованные в Североамериканском (The North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial (NASCET)) и Европейском (European Carotid Surgery Trial (ECST)) исследованиях по хирургии сонных артерий (Приложение 1). Значение стеноза 40% в данных методических рекомендациях приводится для измерений, выполненных по методу ESCT.

Ключевой целью ДН пациентов с окклюзией и стенозом сонной артерии является предотвращение ТИА или ИИ (первичная профилактика), а также снижение риска повторных сосудистых событий у пациентов, перенесших ТИА или ИИ (вторичная профилактика).

Основными источниками информации по клиническим аспектам диагностики и лечения пациентов с окклюзией и стенозом сонной артерии являются клинические рекомендации "Нарушения липидного обмена", одобренные в 2023 г. Научно-практическим Советом Минздрава России (далее — Клинические рекомендации "Нарушения липидного обмена, 2023") [2], "Клинические рекомендации Евразийской ассоциации кардиологов и Национального общества по изучению атеросклероза по диагностике и коррекции нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза, 2025" [3], "Рекомендации по коррекции дислипидемий: модификация уровня липидов с целью уменьшения сердечно-сосудистого риска (ССР)", разработанные Европейским кардиологическим обществом и опубликованные в 2019 году (далее — Клинические рекомендации ESC по коррекции дислипидемий, 2019) [4], "Окклюзия и стеноз сонной артерии (рекомендации российских экспертов)" от 2025 г. [1], "Российский консенсус по диагностике и лечению пациентов со стенозом сонных артерий" от 2022 г. [5], а также "Рекомендации Европейского кардиологического общества по ведению пациентов с заболеваниями периферических артерий и аорты, 2024" [6].

Алгоритм диспансерного осмотра пациентов с окклюзией и стенозом сонной артерии представлен в таблице 1.

[1] Клинические рекомендации "Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака", 2024, https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/814_1.

[2] Врач-терапевт — врач-терапевт участковый, врач общей практики (семейный врач), врач-терапевт участковый цехового врачебного участка, фельдшер медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, в случае возложения отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи, в том числе по проведению диспансерного наблюдения, в соответствии с Порядком, утвержденным приказом Минздрава России от 27 марта 2025 г. № 155н. СПС "Консультант Плюс".

[3] Приказ Минздрава России от 15 марта 2022 г. № 168н "Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми". СПС Консультант Плюс.

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-154

Таблица 1

Алгоритм диспансерного приема (осмотра, консультации) пациента с закупоркой и стенозом сонной артерии врачом-терапевтом

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом
1	2	3
Закупорка и стеноз сонной артерии — I65.2	Не реже 2 раз в год **Длительность наблюдения** — пожизненно	**Сбор жалоб:** • уточнить наличие следующих симптомов: головная боль, головокружение, появление "шума в ушах", "шума в голове", слабость или онемение какой-либо части тела (языка, лица, руки или ноги), чаще — с одной стороны, нарушение зрения, расстройство речи (Приложение 2); • оценить наличие последствий перенесенного ОНМК: снижение чувствительности и двигательной активности, расстройства зрения, затруднение речи, асимметрия лица и др.; • выяснить наиболее часто регистрируемый уровень АД при домашних измерениях, максимальные, минимальные значения, характер взаимосвязи с неврологическими симптомами. **Сбор анамнеза:** • наличие ранее перенесенной ТИА или ИИ; • поражение других сосудистых бассейнов (ИБС), атеросклероз артерий нижних конечностей, аневризма аорты и др.); • наличие в анамнезе АГ, нарушений липидного обмена, СД, ожирения, ХБП и оценка достижения целевых уровней контролируемых параметров данных заболеваний (АД, ХС ЛНП, гликемии и др.); • статус курения; • отягощенный семейный анамнез: наличие ССЗ, случаев смерти от ССЗ у ближайших родственников (отец, мать, родные братья и сестры); • уточнение общего аллергологического анамнеза и сведений о непереносимости лекарственных веществ (в том числе вакцин), процедур. **Физикальное обследование**: • общий осмотр с оценкой общего состояния пациента; • антропометрические измерения и расчет ИМТ, измерение окружности талии; • пальпация пульса на лучевых артериях, артериях тыльной поверхности стоп, задних большеберцовых, бедренных и сонных артериях, брюшной аорте; • аускультация артерий шеи с целью выявления систолического шума в проекции бифуркации сонных артерий; аускультация брюшного отдела аорты, областей проекции почечных и подвздошных артерий; • аускультация сердца и легких; • двукратное (при необходимости — трехкратное) измерение уровня клинического АД с интервалом 1-2 минуты после не менее 5 мин отдыха пациента в положении сидя. Измерение в ортостазе через 1 и 3 мин всем пациентам при первом посещении, далее — по показаниям [7]. **Выявление основных ФР развития и прогрессирования атеросклероза, тактика врача [2]:** • возраст (мужчины >40 лет, женщины >55 лет или с ранней менопаузой); • курение (вне зависимости от количества); *Рекомендовать отказ от курения, включая пассивное; разъяснить последствия курения табака и электронных средств доставки никотина, виды лечебно-профилактических мероприятий по отказу от курения; при наличии показаний направить в кабинет медицинской помощи по отказу от табака и никотина[4].* • АГ (уровень клинического систолического АД ≥140 мм рт.ст. и/или диастолического АД ≥90 мм рт. ст., либо постоянный прием антигипертензивных препаратов); *Рекомендовать изменение образа жизни, физической активности, контроль потребления поваренной соли, контроль веса, регулярный прием подобранной индивидуально антигипертензивной терапии с удержанием АД на целевых уровнях [7].*

[4] Обучающий видеофильм "Краткое консультирование курящего пациента 5С". https://ropniz.ru/doctor-pm/doctor/instruction/education.

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом
1	2	3
		• СД 2 типа: глюкоза натощак >6,1 и 7,0 ммоль/л (капиллярная и венозная кровь, соответственно); глюкоза через 2 ч после проведения перорального глюкозотолерантного теста или при случайном выявлении ≥11,1 ммоль/л; HbA_{1c} ≥6,5%. В случае отсутствия симптомов острой метаболической декомпенсации диагноз должен быть поставлен на основании двух цифр, находящихся в диабетическом диапазоне, например, дважды определенный HbA_{1c} или однократное определение HbA_{1c} + однократное определение уровня глюкозы крови [8]; *Рекомендовать[5] диету с ограничением калорийности рациона всем пациентам СД 2 типа с избыточной массой тела/ожирением, максимальным ограничением жиров (прежде всего животного происхождения) и сахаров; умеренным (в размере половины привычной порции) — продуктов, состоящих преимущественно из сложных углеводов (крахмалов) и белков; неограниченное потребление — продуктов с минимальной калорийностью (в основном богатых водой и клетчаткой овощей). Рекомендовать учет потребления углеводов для достижения хорошего гликемического контроля; потребление углеводов в составе овощей, цельнозерновых, молочных продуктов, в противовес другим источникам углеводов, содержащим дополнительно насыщенные жиры или трансжиры, сахара или натрий для поддержания общего здоровья; включать в рацион продукты, богатые моно- и полиненасыщенными жирными кислотами (рыба, растительные масла).* *Регулярный прием подобранной индивидуально гипогликемической терапии.* • раннее начало ИБС у ближайших родственников (отягощенная наследственность): инфаркт миокарда или нестабильная стенокардия у мужчин в возрасте <55 лет, у женщин <60 лет; • наличие наследственных атерогенных гиперхолестеринемий и гипертриглицеридемий по данным анамнеза (IIa, IIb и III тип) [9]; *Пациентов с наследственной дислипидемией следует направить на прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога.* • избыточная масса тела (ИМТ 25,0-29,9 кг/м^2) или ожирение (ИМТ ≥30 кг/м^2), абдоминальное ожирение (окружность талии: у мужчин ≥94 см, у женщин ≥80 см); *Рекомендовать изменение образа жизни посредством коррекции питания и расширения физической активности.* • ХБП (наличие любых маркеров, указывающих на повреждение почек и персистирующих не менее трех месяцев)[6]; • метаболический синдром[7]. **Оценка ССР по шкале SCORE:** рекомендуется всем бессимптомным лицам старше 40 лет без атеросклеротических ССЗ, СД, ХБП, семейная гиперхолестеринемия и с ХС ЛНП <4,9 ммоль/л с целью стратификации ССР (Приложение 3, рисунок 2). Наличие АСБ в сонных артериях со стенозом 25-49% указывает как минимум на высокий ССР, а наличие АСБ со стенозом ≥50% — очень высокий ССР [2, 5], (Приложение 3, таблица 4). При наличии информации об уровне ХС не липопротеинов высокой плотности (ЛВП) у мужчин для оценки риска могут быть использованы шкалы SCORE2 и SCORE2-OP (Приложение 3, рисунок 3); **Лабораторные исследования (сравнение показателей с нормой и/или целевым уровнем, анализ динамики):** • ОХС, ХС ЛВП, ХС ЛНП, ТГ, ХС неЛВП не реже 1 раза в год (исходно, через 4-12 нед. после начала приема ГЛТ или изменения дозировок гиполипидемических препаратов). После достижения целевого уровня липидов контроль липидного спектра 1 раз в год; • АЛТ (перед началом приема ГЛТ, через 4-12 нед. после начала или изменения ГЛТ, рутинный контроль АЛТ не рекомендуется (за исключением случаев появления симптомов возможного поражения печени или на фоне терапии фибратами); • АСТ (только в случае назначения бемпедоевой кислоты — перед началом приема и через 4-12 нед. после приема); • КФК (перед началом приема ГЛТ, при развитии миалгии на фоне назначенной терапии). Рутинный контроль КФК не рекомендуется;

[5] Клинические рекомендации "Сахарный диабет 2 типа у взрослых", 2022, https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/290_2.

[6] Клинические рекомендации "Хроническая болезнь почек (ХБП)", 2024, https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/469_3.

[7] Клинические рекомендации по ведению больных с метаболическим синдромом МЗ РФ, 2013, https://www.gipertonik.ru/clinical_recommendations.

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-154

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом
1	2	3
		• Глюкоза и (или) HbA_{1c} исходно всем лицам старше 45 лет и любому взрослому с ИМТ>25 кг/м^2 в сочетании с еще 1 фактором риска СД. При наличии предиабета (нарушение гликемии натощак или нарушение толерантности к глюкозе) контроль уровня глюкозы крови и HbA_{1c} 1 раз в год. При исходном уровне HbA_{1c} в пределах референсных значений следующее измерение через 3 года [8]. У лиц, принимающих терапию статинами в высоких дозах (аторвастатин 40-80 мг или розувастатин 20-40 мг), контроль HbA_{1c} и (или) уровня глюкозы крови не реже 1 раза в год; • Креатинин (определение расчетной скорости клубочковой фильтрации) не реже 1 раза в год; • Лп(а) однократно, при доступности его определения в медицинской организации. Лп(а) >50,0 мг/дл является модификатором ССР, оцененного с использованием традиционных шкал оценки ССР; • Мочевая кислота (в случае назначения бемпедоевой кислоты — перед началом ее приема. Контроль в динамике при исходно повышенном уровне (более или равном 360 мкмоль/л); • Высокочувствительный СРБ. Постоянно повышенный уровень >2,0 мг/л является модификатором ССР, оцененного с использованием традиционных шкал оценки ССР [10]. **Инструментальные обследования:** • дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий (Приложение 4); • дуплексное сканирование артерий нижних конечностей при доступности его проведения в медицинской организации [11]; • коронарный кальциевый индекс (для реклассификации сердечно-сосудистого риска) при доступности его определения в медицинской организации. При значении коронарного кальциевого индекса >100 единиц рекомендовано реклассифицировать категорию риска с низкой или умеренной на высокую, при значении >300 — на очень высокий ССР [10]. **Консультации врачей-специалистов (в том числе с применением телемедицинских технологий):** • врач-невролог — при выявлении симптомов хронической неврологической симптоматики вследствие предполагаемой причины цереброваскулярного происхождения и/или при выявлении стеноза ≥60% [6]; • врач-кардиолог — 1) при наличии впервые выявленного стеноза >50% или признаков нестабильности АСБ; 2) при тяжелой дислипидемии (ОХС >8,0 ммоль/л и (или) ХС ЛНП > 5,0 ммоль/л и (или) ТГ > 10 ммоль/л); • врач — сердечно-сосудистый хирург — при асимптомном стенозе сонной артерии ≥60% [5, 6]. *Комментарии. При наличии медицинских показаний, при выявлении признаков острого нарушения мозгового кровообращения, медицинская помощь оказывается в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения, утвержденным приказом Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 928н[8].* **Комплексная оценка достижения терапевтических целей и контроля ФР атеросклеротических ССЗ:** • целевые уровни ХС ЛНП, ХС неЛВП и ТГ в зависимости от категории ССР представлены в Приложении 5, таблица 5; • целевые уровни АД в зависимости от возраста и сопутствующих заболеваний представлены в Приложении 6, таблица 6; • отсутствие прогрессирования стеноза сонных артерий по данным ультразвукового дуплексного сканирования сонных артерий; • рекомендуется выбор индивидуальных целей гликемического контроля в зависимости от возраста пациента, ожидаемой продолжительности жизни, функциональной зависимости, наличия атеросклеротических ССЗ и риска тяжелой гипогликемии. Для большинства взрослых пациентов с СД 2 типа адекватным является целевой уровень HbA_{1c} <7,0% [8];

[8] Приказ Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 928н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения". СПС Консультант Плюс.

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом
1	2	3
		• физическая активность умеренной интенсивности — не менее 150-300 мин в неделю, высокой интенсивности — не менее 75-150 мин в неделю (при отсутствии противопоказаний и/или ограничений), Приложение 7, таблицы 7, 8; • ИМТ 18,5-24,9 кг/м^2, окружность талии <94 см (мужчины) и <80 см (женщины); • стойкий отказ от курения и употребления никотинсодержащей продукции; • питание с исключением трансжиров, с низким содержанием насыщенных жиров, с акцентом на потребление цельнозерновых продуктов, овощей, фруктов и рыбы (при отсутствии противопоказаний и/или ограничений), Приложение 7 — информационный материал; • отказ от употребления алкоголя; • достижение других целевых показателей в соответствии с индивидуальным планом лечения сопутствующих заболеваний. **Краткое профилактическое консультирование (при наличии ФР)** включает обсуждение всех индивидуальных ФР (см. выше), рекомендации по немедикаментозной и медикаментозной профилактике модифицируемых ФР [12-14]. **Назначение или корректировка немедикаментозной и медикаментозной терапии** (Приложения 7, 8), в том числе: • уточнение объема принимаемой в настоящее время терапии; • учет совместимости препаратов; • определение приверженности к проводимому лечению. *Рекомендуется провести опрос для оценки приверженности лекарственной терапии (Приложение 9).* **Определение наличия показаний для направления на госпитализацию:** Плановая госпитализация для пациентов, находящихся на ДН у врача-терапевта, не предусмотрена. При выявлении у пациента впервые/вновь возникших очаговых (со стороны двигательной, чувствительной, координаторной сферы, когнитивной функции, речи и черепных нервов) и/или общемозговых (изменения сознания, головная боль, тошнота и др.) симптомов поражения головного мозга и подозрении ТИА или ОНМК показана экстренная госпитализация в стационар[1]. **Определение наличия показаний и отсутствия противопоказаний для направления на санаторно-курортное лечение**[9] **Направление на вакцинацию** (Приложение 10): • против гриппа ежегодно в сентябре-октябре; • против пневмококковой инфекции в соответствии с иммунным статусом пациента; • против других инфекционных заболеваний; • составление/коррекция индивидуального плана вакцинопрофилактики. **Информирование пациента о результатах проведенного диспансерного приема (осмотра, консультации)**: • выдача рекомендаций, письменного плана действий и самопомощи, информирование о целевых уровнях показателей здоровья; • направление пациента с наличием ФР хронических неинфекционных заболеваний в отделение/кабинет медицинской профилактики или центр здоровья для проведения углубленного профилактического консультирования с целью коррекции ФР; • информирование о необходимости регулярного диспансерного наблюдения; • информирование о необходимости прохождения диспансеризации и ежегодного профилактического медицинского осмотра[10]; • информирование о дате следующей явки.

[9] Приказ Минздрава России от 27 марта 2024 г. № 143н "Об утверждении классификации природных лечебных ресурсов, указанных в пункте 2 статьи 2.1 Федерального закона от 23 февраля 1995 г. № 26-ФЗ "О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах", их характеристик и перечня медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации с применением таких природных лечебных ресурсов". СПС Консультант Плюс.

[10] Приказ Минздрава России от 27 апреля 2021 г. № 404н "Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения". СПС Консультант Плюс.

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-154

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом
1	2	3
		Оформление медицинской документации, в том числе: • формы № 025/у "Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях"[11]; • формы № 030/у "Контрольная карта диспансерного наблюдения"; • формы № 057/у "Направление для оказания медицинской помощи"[12] (при необходимости).

Сокращения: АГ — артериальная гипертония, АД — артериальное давление, АЛТ — аланинаминотрансфераза, АСБ — атеросклеротическая бляшка, АСТ — аспартатаминотрансфераза, ГЛТ — гиполипидемическая терапия, ДН — диспансерное наблюдение, ИБС — ишемическая болезнь сердца, ИИ — ишемический инсульт, ИМТ — индекс массы тела, КФК — креатинфосфокиназа, МКБ-10 — Международная классификация болезней 10-го пересмотра, Лп(а) — липопротеин (а), ОНМК — острое нарушение мозгового кровообращения, ОХС — общий холестерин, СД — сахарный диабет, ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания, ССР — сердечно-сосудистый риск, ТИА — транзиторная ишемическая атака, ТГ— триглицериды, ФР — факторы риска, ХБП — хроническая болезнь почек, ХС ЛВП — холестерин липопротеинов высокой плотности, ХС ЛНП — холестерин липопротеинов низкой плотности, ХС неЛВП — холестерин, не связанный с ЛВП, HbA_{1c} — гликированный гемоглобин.

[11] Приказ Минздрава России от 13 мая 2025 г. № 274н "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков их ведения". СПС Консультант Плюс.

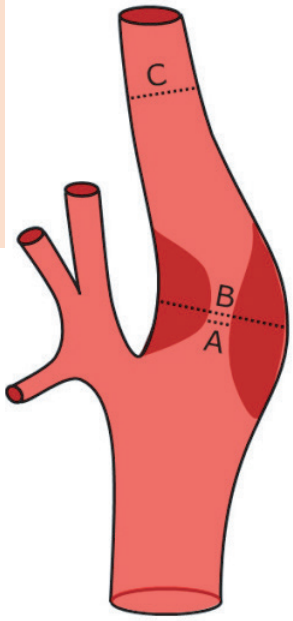
[12] Приказ Минздрава России от 02 сентября 2025 г. № 519н "Об утверждении учетной формы "Направление для оказания медицинской помощи" и порядка ее ведения". СПС Консультант Плюс.

Приложение 1
Методы измерения степени стеноза сонной артерии, использованные в Североамериканском исследовании (NASCET) и Европейском (ECST) исследованиях по хирургии сонных артерий [15, 16]

NASCET:
% стеноза = (1-A/C) x 100%

ECST:
% стеноза = (1-A/B) x 100%

A – диаметр просвета в области максимального стеноза
B –диаметр артерии в области максимального стеноза
C – диаметр артерии за пределами синуса сонной артерии



NASCET (±5%)	ECST (±5%)
30%	60%
40%	65%
50%	70%
60%	75%
70%	80%
80%	90%
90%	95%

Рис. 1. Методы измерения степени стеноза сонной артерии (адаптировано из [1]).

Для оценки степени стенозирования в ходе ультразвукового исследования (УЗИ) сонных артерий используются два способа: ESCT и NASCET [1, 15, 16]. В обоих методах в качестве числителя используют диаметр остаточного просвета при продольной визуализации. В методе ECST знаменатель — это диаметр сосуда в зоне измерения остаточного просвета (обычно синус сонной артерии), в методе NASCET знаменатель — диаметр внутренней сонной артерии в зоне дистальнее стеноза, где стенки сосуда параллельны. Метод NASCET рекомендован для принятия клинических решений у кандидатов на хирургическое лечение (рисунок 1). При выявлении изменений, не влияющих на гемодинамику (как правило, стенозы до 60% по ESCT) используется метод ESCT, при наличии даже минимальных нарушений кровотока оценка должна производиться двумя методами. В заключении УЗИ обязательно должен быть указан метод измерения степени стеноза.

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-154

Приложение 2
Симптомы поражения каротидного и вертебробазилярного бассейнов [1]

Таблица 2

Симптомы поражения каротидного и вертебробазилярного бассейнов

Симптомы поражения бассейна сонной артерии	Симптомы поражения вертебробазилярного бассейнов
Нарушение высших корковых функций (афазия, дисграфия, апраксия, зрительнопространственные нарушения, дефекты полей зрения)	Полная потеря зрения, нечеткость зрения, гемианопсия
Amaurosis fugax/преходящая монокулярная слепота с нечеткостью зрения	Диплопия, птоз
Синдром хронической глазной ишемии	Головокружение; обычно в сочетании с другими симптомами поражения ствола головного мозга
Слабость и/или нарушение чувствительности лица/руки/ноги (могут поражаться одна или все области)	Острая нейросенсорная тугоухость
Нарушение координации движений верхних/нижних конечностей	Дизартрия (также возникает при ишемии в бассейне сонных артерий)
"ТИА с тремором конечностей" (гемодинамические нарушения у пациентов с тяжелым СКС и истощенным ЦВР)	Дисфагия (также возникает при ишемии в бассейне сонных артерий)
	Дисфония
	Двусторонняя слабость/онемение мышц лица или конечностей
	Атаксия

Сокращения: СКС — симптомный каротидный стеноз, ТИА — транзиторная ишемическая атака, ЦВР — цереброваскулярный резерв.

Приложение 3
Оценка риска развития сердечно-сосудистых осложнений по шкалам SCORE и/или SCORE2 [9]

Для оценки риска по шкале SCORE следует выбрать квадрат в зависимости от пола, возраста и статуса курения пациента [3, 17]. В найденном квадрате следует отыскать ячейку, наиболее соответствующую уровню систолического артериального давления (АД) и общего холестерина (ОХС) данного пациента. Если пациент находится между возрастными категориями, следует отнести его к более старшей возрастной группе. Исходный уровень риска оценивается по уровням ОХС и систолического АД до начала лечения, если эти данные известны (рисунок 2).

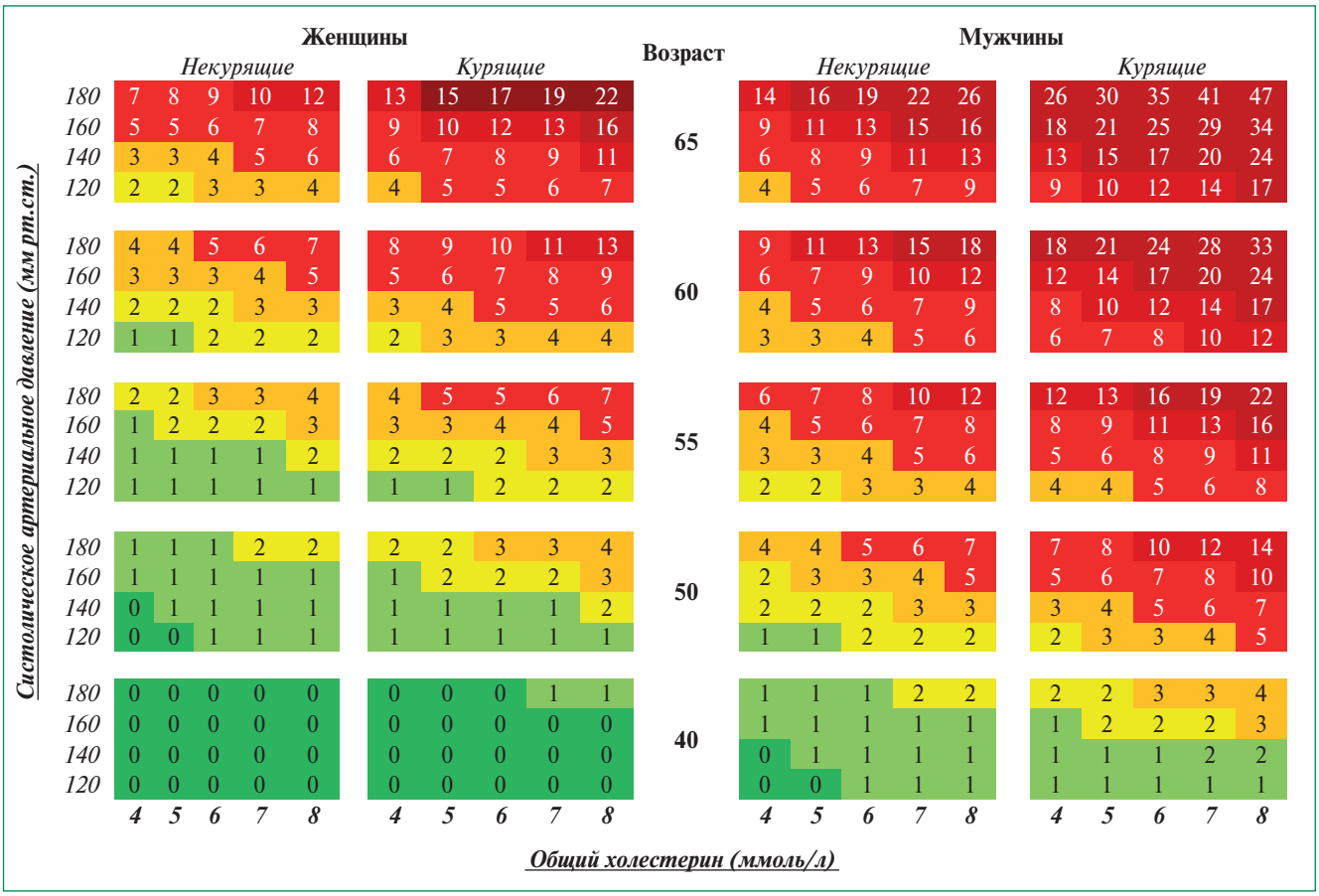


Рис. 2. Шкала SCORE: 10-летний риск развития фатальных ССЗ.

Для оценки риска по шкале SCORE2 и SCORE2-OP (для старших возрастных групп) [2] следует выбрать квадрат в зависимости от пола, возраста и статуса курения пациента (рисунок 3). В найденном квадрате следует отыскать ячейку, наиболее соответствующую уровню систолического АД и холестерина, не связанного с липопротеинами высокой плотности (ХС неЛВП) данного пациента.

ХС неЛВП рассчитывается по формуле: ХС неЛВП = ОХС — холестерин липопротеинов высокой плотности (ХС ЛВП).

Если пациент находится между возрастными категориями, следует отнести его к более старшей возрастной группе. Исходный уровень риска оценивается по уровням ХС неЛВП и систолического АД до начала лечения, если эти данные известны (рисунок 3). Категории риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) на основе оценки SCORE2 и SCORE2-OP определяются в соответствии с возрастом согласно таблице 3.

Шкалы SCORE, SCORE2 и SCORE2-OP не могут быть использованы у пациентов с установленными ССЗ атеросклеротического генеза, сахарным диабетом, хронической болезнью почек, генетическими нарушениями липидного обмена (например, с семейной гиперхолестеринемией), с вторичной артериальной гипертензией (в т.ч. при первичном гиперальдостеронизме), у беременных женщин.

Следует отметить, что практические возможности использования шкал SCORE2 и SCORE2-OP в Российской Федерации в современных условиях вызывают некоторые сомнения, связанные в первую очередь с отсутствием повсеместной доступности определения ХС неЛВП (или необходимого для его расчета ХС ЛВП)), и экономической нецелесообразностью определения липидного профиля для массового скрининга населения. Более того, валидация SCORE2 на российской популяционной выборке ЭССЕ-РФ из 7251 чел. показала, что оценки риска SCORE2 точны для российских мужчин и неточны для российских женщин. При этом фактически все мужчины относятся к категории высокого или очень высокого сердечно-сосудистого риска (ССР), в связи с чем под сомнение ставится правомерность интерпретации SCORE2 для мужчин. Предложена адаптированная интерпретация SCORE2 для популяции мужчин из России, согласно которой доля мужчин в ЭССЕ-РФ с "низким-умеренным" 10-летним риском ССЗ увеличилась с 2% до 18%, а доля мужчин с "очень высоким" риском ССЗ снизилась с 63% до 20% по сравнению с первоначальной интерпретацией [18]. Исследование 2025 г., проведенное на репрезентативной популяционной когорте ЭССЕ-РФ с медианой наблюдения 11,5 лет, подтвердило и расширило ранее полученные результаты. Показано, что шкала SCORE2 незначительно переоценивает риск для российских мужчин (в 1,11 раза), тогда как для женщин отмечена существенная переоценка риска — в 1,72 раза. Авторами предложена адаптированная отечественная версия шкалы (SCORE2-РФ) с выделением новых пороговых значений для стратификации сердечно-сосудистого риска у российских мужчин и женщин [19].

Согласно клиническим рекомендациям ESC по коррекции дислипидемий 2019 г. [4] и дополнениям к ним 2025 г. [10], наличие АСБ в сонной артерии, выявленное при УЗИ, следует рассматривать как модификатор низкого или умеренного ССР (класс рекомендаций — IIa, уровень доказательности — B). Пациенты со стенозом внутренней сонной артерии ≥40%, подлежащие диспансерному наблюдению врача-терапевта и рассматриваемые в настоящих методических рекомендациях, относятся как минимум к категории высокого ССР. При наличии сопутствующих атеросклеротических ССЗ, дополнительных факторов риска, а также признаков нестабильности АСБ такие пациенты могут быть классифицированы как лица с очень высоким или экстремальным ССР (таблица 4).

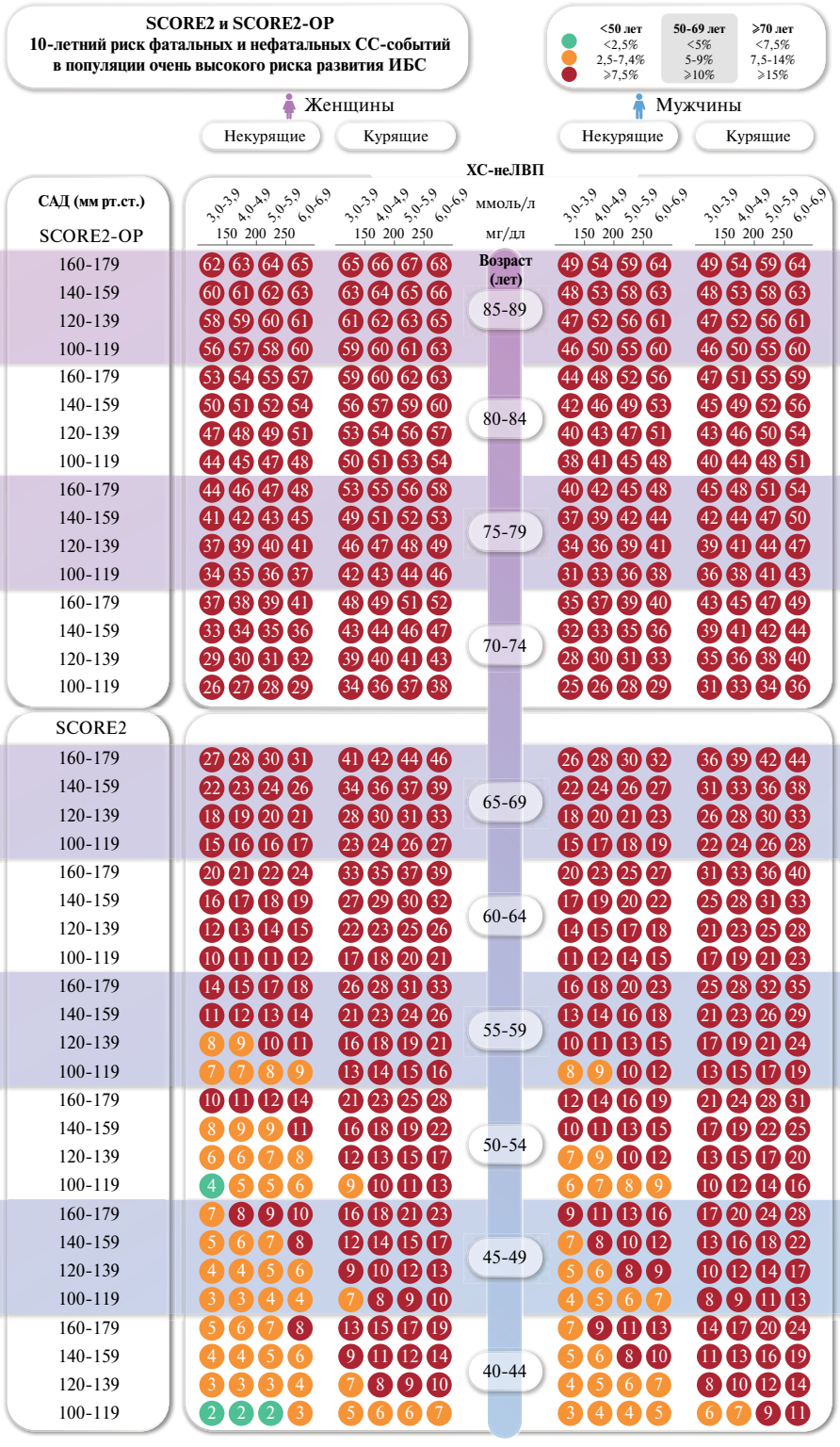


Рис. 3. Шкала системной оценки риска фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых событий (инфаркт миокарда (ИМ), острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК)) у людей в возрасте 40–69 лет (SCORE2) и ≥70 лет (SCORE-OP)* [2].

Примечание: *версия Шкалы для стран с очень высоким ССР (в т.ч. для Российской Федерации).
Сокращения: ИБС — ишемическая болезнь сердца, САД — систолическое артериальное давление, СС — сердечно-сосудистый, ХС неЛВП — холестерин, не связанный с липопротеинами высокой плотности.

doi: 10.15829/3034-4123-2026-154

Таблица 3

Категории риска ССЗ на основе оценки SCORE2 и SCORE2-OP в соответствии с возрастом [2]

Категории риска	<50 лет	50–69 лет	≥70 лет
Низкий или умеренный риск ССЗ: коррекция ФР в целом не рекомендуется	<2,5%	<5%	<7,5%
Высокий риск ССЗ: следует рассмотреть возможность коррекции ФР	2,5- <7,5%	5- <10%	7,5- <15%
Очень высокий риск ССЗ: коррекция ФР в целом рекомендуется (для в целом здоровых людей в возрасте ≥70 лет рекомендация по лечению гиполипидемическими препаратами относится к классу IIb)	≥7,5%	≥10%	≥15%

Сокращения: ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания, ФР — факторы риска.

Таблица 4

Категории сердечно-сосудистого риска [3]

Экстремальный	Два сердечно-сосудистых осложнения в течение 2-х лет у пациента с атеросклеротическим ССЗ, несмотря на оптимальную гиполипидемическую терапию и/или достигнутый уровень ХС ЛНП ≤1,4 ммоль/л
Очень высокий	Любое из нижеперечисленного: — Документированное атеросклеротическое ССЗ, клинически или по результатам обследования, включая ИБС, ОКС (инфаркт миокарда или нестабильная стенокардия), любая реваскуляризация коронарных артерий или любых периферических артерий, ОНМК ишемический (или неясного генеза)/ ТИА (связанная с атеросклерозом или неясного генеза); — атеросклеротическое ССЗ по данным обследований: • значимая АСБ периферических артерий (стеноз ≥50% и (или) с признаками нестабильности (гипоэхогенная/анэхогенная АСБ, нарушение целостности покрышки АСБ (разрыв капсулы/ изъязвление), внутрипосветный тромбоз); • стеноз ≥50% и (или) с признаками нестабильности как минимум в одной эпикардиальной артерии; • коронарный кальциевый индекс >300 единиц. — СД + поражение органов-мишеней, ≥3 ФР, а также раннее начало СД 1 типа с длительностью >20 лет; — ХБП с СКФ <30 мл/мин/1,73 м^2; — СГХС в сочетании с атеросклеротическим ССЗ или с ФР; — SCORE ≥10%; — SCORE-2 для лиц в возрасте <50 лет ≥7,5%, для лиц 50-69 лет ≥10% и SCORE-2-OP для лиц в возрасте ≥ 70 лет ≥15%
Высокий	Любое из нижеперечисленного: — Значимо выраженный ФР (ОХС >8 ммоль/л и (или) ХС ЛНП ≥4,9 ммоль/л и (или) АД ≥180/110 мм рт.ст. и (или) Лп(а) >180 мг/дл и (или) коронарный кальциевый индекс >100 единиц); — СГХС без ФР; — СД без поражения органов-мишеней, СД≥ 10 лет или с ФР; — ХБП с СКФ 30-59 мл/мин/1,73 м^2; — Гемодинамически незначимый атеросклероз некоронарных артерий (стеноз(-ы) 25-49%); — SCORE ≥5% и <10%; — SCORE-2 для лиц в возрасте <50 лет ≥2,5 — <7,5%, для лиц в возрасте 50-69 лет ≥5 — <10% и SCORE-2-OP для лиц в возрасте ≥ 70 лет ≥7,5% и <15%
Умеренный	— Молодые пациенты (СД 1 типа моложе 35 лет, СД 2 типа моложе 50 лет) с длительностью СД <10 лет без поражения органов мишеней и ФР; — SCORE ≥1% и <5%; — SCORE-2 для лиц в возрасте <50 лет <2,5%, для лиц в возрасте 50-69 лет <5% и SCORE-2-OP для лиц в возрасте ≥70 лет <7,5%
Низкий	— SCORE <1%

Сокращения: АД — артериальное давление, АСБ — атеросклеротическая бляшка, ИБС — ишемическая болезнь сердца, ИМ — инфаркт миокарда, Лп(а) — липопротеин (а), ОКС — острый коронарный синдром, ОНМК — острое нарушение мозгового кровообращения, ОХС — общий холестерин, СД — сахарный диабет, СГХС — семейная гиперхолестеринемия, ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания, СКФ — скорость клубочковой фильтрации, ТИА — транзиторная ишемическая атака, ФР — фактор риска, ХБП — хроническая болезнь почек, ХС ЛНП — холестерин липопротеинов низкой плотности.

Приложение 4
Алгоритм принятия решений на основании результатов УЗИ сонных артерий
(адаптировано из Консенсуса российских экспертов по фокусированному ультразвуковому исследованию сосудов [11])

Наличие АСБ в сонных артериях является модификатором ССР, оцененного с помощью традиционных шкал оценки ССР. Проведение УЗИ сонных артерий повышает точность оценки ССР.

Алгоритм принятия решений на основании результатов УЗИ сонных артерий представлен на рисунке 4.

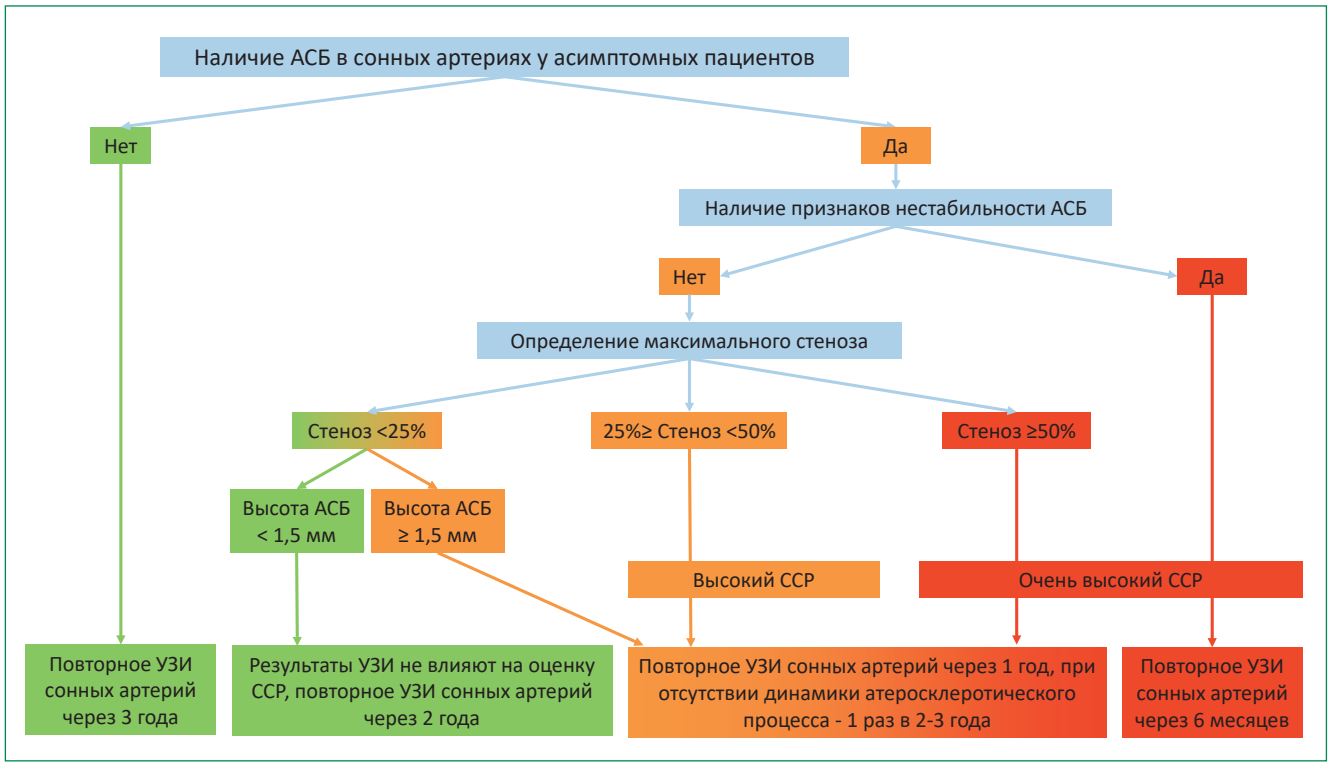


Рисунок 4. Алгоритм принятия решений на основании результатов УЗИ сонных артерий.
Сокращения: АСБ — атеросклеротическая бляшка, ССР — сердечно-сосудистый риск, УЗИ — ультразвуковое исследование.

- При максимальном стенозе сонных артерий 40-49% у пациента как минимум высокий ССР, повторное УЗИ сонных артерий рекомендуется проводить через 1 год, при отсутствии отрицательной динамики атеросклеротического процесса частоту исследований можно сократить до 1 исследования в 2-3 года;
- При выявлении максимального стеноза ≥50% пациента следует отнести к категории очень высокого ССР, повторное УЗИ сонных артерий рекомендуется проводить через 1 год, при отсутствии показаний к хирургическому лечению и отрицательной динамики атеросклеротического процесса частоту исследований можно сократить до 1 исследования в 2-3 года;
- Наличие АСБ с признаками нестабильности (однородная гипоэхогенная, преимущественно гипоэхогенная, с гипоэхогенным компонентом, прилежащим к просвету артерии, нарушение целостности покрышки АСБ (разрыв капсулы, изъязвление), внутрипросветный тромбоз) вне зависимости от высоты АСБ и степени стеноза артерии указывает на очень высокий ССР у пациента, при этом повторное УЗИ сонных артерий рекомендуется через 6 мес. [5, 20];
- При выявлении симптомов хронической неврологической симптоматики вследствие предполагаемой причины цереброваскулярного происхождения и/или при выявлении стеноза ≥60% пациента следует направить на консультацию к врачу-неврологу [6];
- При асимптомном стенозе сонной артерии ≥60% пациента следует направить также на консультацию к врачу — сердечно-сосудистому хирургу [5, 6].

doi: 10.15829/3034-4123-2026-154

Приложение 5

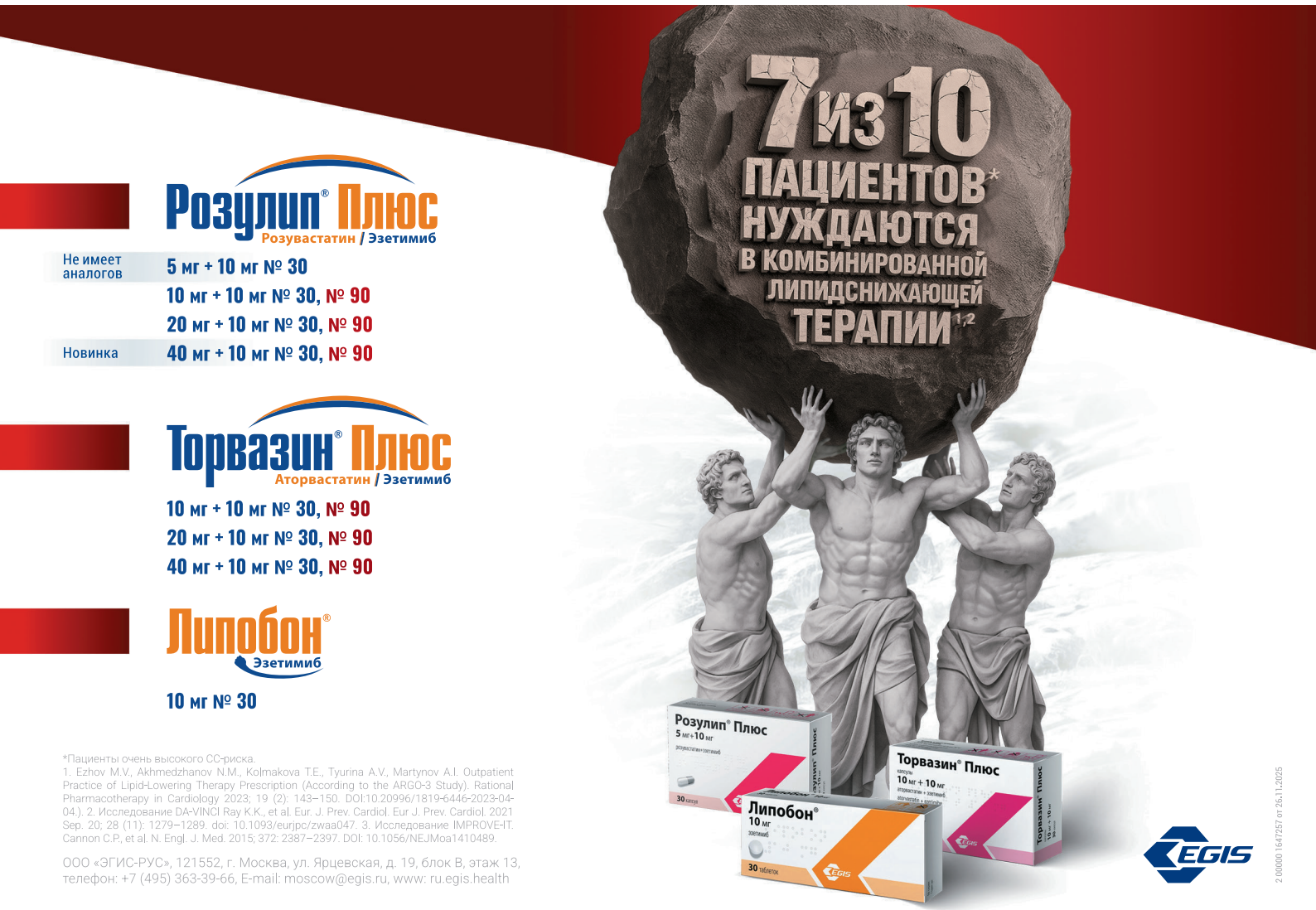
Рекомендуемые целевые уровни холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛНП), ХС неЛВП и триглицеридов (ТГ) в зависимости от категории ССР [3]

Таблица 5

Целевые уровни ХС ЛНП, ХС неЛВП и ТГ**

Параметр	Низкий риск	Умеренный риск	Высокий риск	Очень высокий риск	Экстремальный риск
ХС ЛНП, ммоль/л	<3,0	<2,6	<1,8**	<1,4**	<1,0
ХС неЛВП, ммоль/л	<3,8	<3,4	<2,6	<2,2	<1,8
ТГ, ммоль/л	<1,7				

Примечание: * — пациенты со стенозом внутренней сонной артерии ≥40% имеют как минимум высокий ССР, ** — снижение ХС ЛНП ≥50% от исходного уровня.
Сокращения: Лп(а) — липопротеин (а), ТГ — триглицериды, ХС ЛНП — холестерин липопротеинов низкой плотности, ХС неЛВП — холестерин, не связанный с липопротеинами высокой плотности.



Приложение 6
Целевые значения АД, измеренного в медицинском учреждении, в зависимости от возраста и сопутствующих заболеваний [7]

Таблица 6

Целевые значения АД, измеренного в медицинском учреждении, в зависимости от возраста и сопутствующих заболеваний

Возрастные группы	Целевое САД (мм рт.ст.)			
	АГ	+стеноз сонных артерий	+СД	+ХБП
18-64 года	Первый целевой уровень: <140 При хорошей переносимости: до 130 или ниже, но не <120*			
≥65 лет**	Первый целевой уровень: <140 При хорошей переносимости: до 130-139			
Целевое ДАД (мм рт.ст.)	Первый целевой уровень: <90 При хорошей переносимости: до 70-79, но не <70*			

Примечание: * — порог не <120 для САД и не <70 мм рт.ст. для ДАД установлены по результатам исследований, проведенных преимущественно в группах пациентов высокого и очень высокого риска, ** — продемонстрирована целесообразность и безопасность более низких целевых показателей АД для пациентов старше 75 лет.
Сокращения: АГ — артериальная гипертензия, ДАД — диастолическое артериальное давление, ИБС — ишемическая болезнь сердца, ОНМК — острое нарушение мозгового кровообращения, САД — систолическое артериальное давление, СД — сахарный диабет, ТИА — транзиторная ишемическая атака, ХБП — хроническая болезнь почек.

Диагноз артериальной гипертензии и оценка эффективности антигипертензивной терапии могут быть установлены также на основании суточного или домашнего мониторирования АД в соответствии с пороговыми значениями, приведенными в клинических рекомендациях "Артериальная гипертензия у взрослых", 2024 [7], включая значения систолического и диастолического АД для клинического, дневного, ночного и 24-часового мониторирования.

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-154

Приложение 7
Немедикаментозное лечение [9]

Гиполипидемическое питание (см. прикрепленный ниже информационный материал).

Диетические факторы влияют на развитие атеросклеротических ССЗ либо непосредственно, либо через формирование традиционных факторов риска, таких как повышенные уровни липидов и/или глюкозы плазмы крови, а также АД. Важность соблюдения гиполипидемической диеты не может быть недооценена: снижение ХС ЛНП на 1 ммоль/л приводит к снижению случаев инфаркта миокарда, реваскуляризации коронарных артерий, смерти от ишемической болезни сердца, инсульта на 22% [2]. При этом в реальной клинической практике у пациентов с выраженной гиперлипидемией, у которых риск развития атеросклеротических ССЗ особенно высок, соблюдение гиполипидемической диеты позволяет снизить уровень ХС ЛНП на 19% от исходного [21].

Физическая активность (ФА)

- Оценить исходный уровень ФА пациента, включая длительность занятий ФА (сколько минут в день и дней в неделю) и их интенсивность.
- Проинформировать пациента о пользе ФА для здоровья, необходимости повышения ФА в повседневной жизни и различных вариантах такой реализации (отказ от пользования лифтом дома/на работе и эскалаторами в метро, несколько упражнений через каждые 2 ч сидячей работы, использование велосипеда как транспортного средства и т.д.).
- Совместно с пациентом поставить реалистичную цель по уровню ФА, с постепенным увеличением ФА. Наиболее подходящий начальный уровень — умеренная аэробная ФА. Составить план и постепенно наращивать длительность и интенсивность занятий, добавляя по несколько минут в день, до тех пор, пока не будет достигнута поставленная цель.
- Для повышения уровня ФА или снижения сидячего образа жизни применяются вмешательства, основанные на теории поведения, такие как постановка целей и задач, переоценка целей, самоконтроль и обратная связь.
- Использование носимого устройства для оценки ФА может помочь увеличить ФА.
- Поощрять активность, которая людям нравится, и (или) они могут включить ее в свой распорядок дня, поскольку такая деятельность с большей вероятностью будет устойчивой и выполняемой.

Таблица 7

Рекомендации по ФА

Рекомендации ФА	Класс[1]	Уровень[2]
Рекомендуется взрослым любого возраста стремиться к не менее чем 150-300 мин в нед. средней (умеренной) интенсивности или к 75-150 мин в нед. высокой интенсивности аэробной ФА, или эквивалентной комбинации из них, для снижения общей смертности, смертности от ССЗ и заболеваемости	I	A
Взрослые, которые не могут выполнять 150 мин ФА средней (умеренной) интенсивности в нед. должны оставаться активными в соответствии с их возможностями и состоянием здоровья	I	B
Рекомендуется сократить малоподвижный образ жизни и заниматься хотя бы легкой деятельностью на протяжении всего дня, чтобы снизить смертность и заболеваемость от всех причин и ССЗ	I	B
Выполнение упражнений с отягощениями в дополнение к аэробной ФА рекомендуется 2 или более дней в нед., чтобы уменьшить смертность от всех причин	I	B
Следует рассмотреть возможности вмешательства в образ жизни, такие как групповое или индивидуальное обучение, методы изменения поведения, консультирование по телефону и использование носимых устройств отслеживания активности	IIa	B

Примечание: [1] — класс рекомендаций, [2] — уровень доказательности.
Сокращения: ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания, ФА — физическая активность.

Таблица 8

Классификация абсолютной и относительной интенсивности и примеры

Абсолютная интенсивность			Относительная интенсивность		
Интенсивность	**MET**	**Примеры**	**% ЧСС макс.**	**Оценка по шкале Борга**	**Разговорный тест**
Легкая	1,1-2,9	Ходьба <4,7 км/ч, легкая домашняя работа	57-63	10-11	
Средняя (умеренная)	3-5,9	Ходьба в умеренном или быстром темпе (4,1-6,5 км/ч), медленная езда на велосипеде (15 км/ч), уборка пылесосом, садоводство (стрижка газона), гольф (перетаскивание клюшек в тележке), теннис (парный разряд), бальные танцы, водная аэробика	64-76	12-13	Дыхание учащается, но совместимо с произнесением полных предложений
Высокая	≥6	Спортивная ходьба, бег трусцой или бег, езда на велосипеде >15 км/ч, интенсивное садоводство (непрерывное копание или рыхление), плавание, теннис (одиночные игры)	77-95	14-17	Очень тяжелое дыхание, несовместимое с комфортным ведением беседы

Примечание:
- MET (метаболический эквивалент) — отношение уровня метаболизма человека во время физической активности к уровню его метаболизма в состоянии покоя. Один MET — это количество энергии, затрачиваемое человеком в состоянии покоя и эквивалентное сжиганию 1 ккал/кг/час.
- Шкала Борга — шкала индивидуального восприятия нагрузки, которая используется для контроля интенсивности тренировок. Она основана на собственном восприятии физических ощущений, которые человек испытывает во время нагрузки.
- % ЧСС макс. — процент от максимальной частоты сердечных сокращений (220 — возраст).

Пример последовательности действий для определения интенсивности нагрузки по показателю ЧСС, зарегистрированному на высоте нагрузки (например, во время ходьбы в быстром темпе) для человека в возрасте 60 лет.

Действие 1 (определение максимально допустимой ЧСС для человека в возрасте 60 лет): *220 — 60 = 160 сокращений сердца в мин, то есть для человека в возрасте 60 лет макс. ЧСС = 160 уд. /мин*

Действие 2 (определение ЧСС уд./мин, зарегистрированному во время ходьбы в быстром темпе): *остановить ходьбу, нащупать на лучевой или сонной артерии пульс и сосчитать его за 30 секунд, получаем, например, 55 уд../30 сек. Умножаем это на 2 и получаем ЧСС = 110 уд./мин*

Действие 3 (определение интенсивности физической нагрузки):

Исходя из пропорции: 160 уд. /мин составляет 100% ЧСС макс.

110 уд. /мин составляет X % ЧСС макс.

Следовательно,

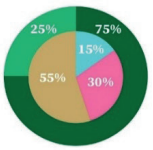
$$X = \frac{100 \times 110}{160} = 69\%$$ *ЧСС макс.,*

что соответствует нагрузке умеренной интенсивности (находится в диапазоне от 64 до 76% ЧСС макс., что в соответствии с таблицей относится к нагрузке средней (умеренной) интенсивности).

Сокращение: ЧСС — частота сердечных сокращений.

doi: 10.15829/3034-4123-2026-154

ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЕ ПИТАНИЕ



75% растительных продуктов

не более 25% – животных

10-15% белки

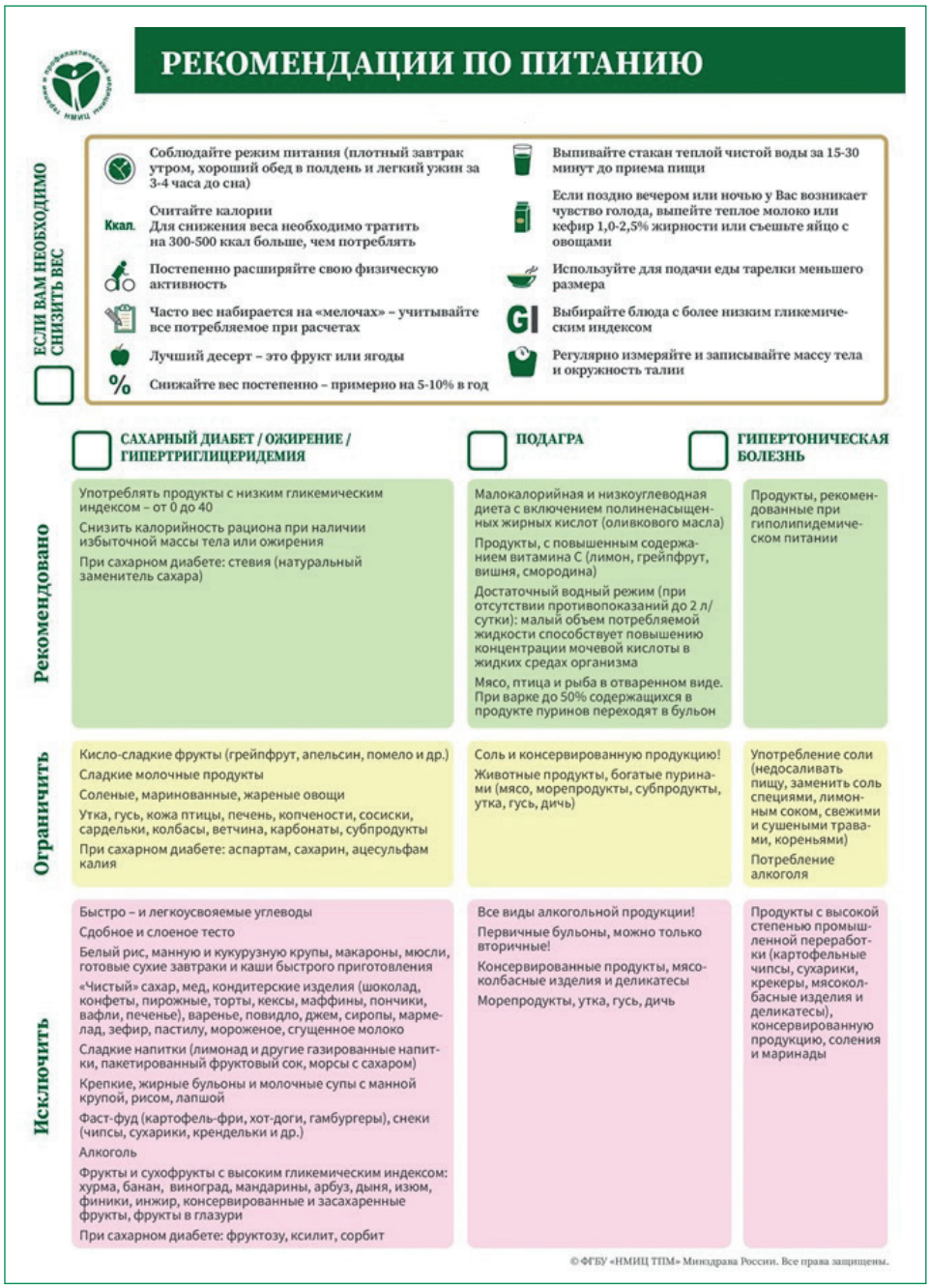
не более 30% – жиры

> 55% углеводы, преимущественно медленноусвояемые

+7 (495) 212-07-13
gnicpm.ru
Москва, Петроверигский пер., д. 10, стр. 3

© ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России. Все права защищены.

	Рекомендовано	Ограничить	Исключить
	Цельнозерновые крупы (ячмень, овес и геркулес, пшено, гречка, киноа, булгур, коричневый рис), хлеб ржаной, хлеб с отрубями и/или семенами (кунжута, подсолнечника, тыквы и др.)	Белый пшеничный хлеб, рис белый, макаронные изделия, сухие готовые завтраки (в том числе кукурузные хлопья) и каши быстрого приготовления	Сладкая сдоба (булочка, рогалик, пирожки и др.), кондитерские изделия, кекс, торт, печенье, пирожное Изделия, приготовленные во фритюре: пончик, сладкий хворост, чак-чак
	Свежие овощи, приготовленные овощи, грибы, салатная зелень и листовые овощи, свежеприготовленный сок с мякотью	Картофель, осветленный овощной сок	Овощи, приготовленные со сливочным маслом, сливками или майонезом
	Чечевица, фасоль, бобы, горох, нут, соя		
	Свежие, сушеные и замороженные фрукты, ягоды, сухофрукты, свежеприготовленный сок с мякотью	Желе, варенье, консервированные фрукты, осветленный фруктовый сок	
	Рыба, мясо птицы без кожи, кролик, яйца, морепродукты (моллюски, осьминоги, кальмары)	Телятина, постная говядина, свинина или баранина без видимого жира Морепродукты (креветки и ракообразные)	Мясоколбасные изделия и деликатесы: колбаса, бекон, буженина, шейка, карбонад, окорок, корейка, свиные ребрышки Субпродукты: печень, язык, почки и др. Мясной фаст-фуд: хот-дог, гамбургер и др.
	Молоко и молочнокислые продукты (1-2,5%), творог (1-5%), сметана (10-15%), сыр (до 18%), растительные молочные напитки (соевое молоко)	Сливочное масло – не более 2 ч.л. в день (10г)	Сливки, цельное молоко, сгущенное молоко, майонез, плавленые сырки, молочные продукты с добавленным сахаром (творожная масса, сырки, сладкие йогурты, молочные десерты)
	Миндаль, фундук, грецкие орехи, семена подсолнечника, тыквы – 2 ст.л. ежедневно	Кешью, бразильский орех, арахис	Кокос, орехи в глазури, с солью или сахаром
	Фруктовые и овощные чипсы, смоква, яблочная хрустила, сорбеты	Мед, горький шоколад, шоколад без сахара, зефир и пастила без сахара, мармелад из сиропа фруктов без сахара, фруктовое мороженое	Шоколад с сахаром, конфеты, шоколадное масло, сливочное мороженое, сладкие газированные напитки
	Горчица, лимонный сок, растительное масло, травы свежие и сухие, специи, томатная паста без сахара, уксус, хрен, корень сельдерея, ткемали и т.п.	Кетчуп	Твердые маргарины, пальмоядровое масло в готовых изделиях (конфеты, кексы, печенье, торты), заменители животного жира (гидрогенизированные растительные масла)
	Отваривание, тушение, гриль, приготовление на пару, запекание, вторичные бульоны	Обжаривание	Жарка, фритюр, первичные мясные и костные бульоны


РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПИТАНИЮ
ЕСЛИ ВАМ НЕОБХОДИМО СНИЗИТЬ ВЕС
Соблюдайте режим питания (плотный завтрак утром, хороший обед в полдень и легкий ужин за 3-4 часа до сна)
Ккал. Считайте калории. Для снижения веса необходимо тратить на 300-500 ккал больше, чем потреблять
Постепенно расширяйте свою физическую активность
Часто вес набирается на «мелочах» – учитывайте все потребляемое при расчетах
Лучший десерт – это фрукт или ягоды
% Снижайте вес постепенно – примерно на 5-10% в год
Выпивайте стакан теплой чистой воды за 15-30 минут до приема пищи
Если поздно вечером или ночью у Вас возникает чувство голода, выпейте теплое молоко или кефир 1,0-2,5% жирности или съешьте яйцо с овощами
Используйте для подачи еды тарелки меньшего размера
GI Выбирайте блюда с более низким гликемическим индексом
Регулярно измеряйте и записывайте массу тела и окружность талии
САХАРНЫЙ ДИАБЕТ / ОЖИРЕНИЕ / ГИПЕРТРИГЛИЦЕРИДЕМИЯ
ПОДАГРА
ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ
Рекомендовано
Употреблять продукты с низким гликемическим индексом – от 0 до 40
Снизить калорийность рациона при наличии избыточной массы тела или ожирения
При сахарном диабете: стевия (натуральный заменитель сахара)
Малокалорийная и низкоуглеводная диета с включением полиненасыщенных жирных кислот (оливкового масла)
Продукты, с повышенным содержанием витамина С (лимон, грейпфрут, вишня, смородина)
Достаточный водный режим (при отсутствии противопоказаний до 2 л/сутки): малый объем потребляемой жидкости способствует повышению концентрации мочевой кислоты в жидких средах организма
Мясо, птица и рыба в отваренном виде. При варке до 50% содержащихся в продукте пуринов переходят в бульон
Продукты, рекомендованные при гиполипидемическом питании
Ограничить
Кисло-сладкие фрукты (грейпфрут, апельсин, помело и др.)
Сладкие молочные продукты
Соленые, маринованные, жареные овощи
Утка, гусь, кожа птицы, печень, копчености, сосиски, сардельки, колбасы, ветчина, карбонаты, субпродукты
При сахарном диабете: аспартам, сахарин, ацесульфам калия
Соль и консервированную продукцию!
Животные продукты, богатые пуринами (мясо, морепродукты, субпродукты, утка, гусь, дичь)
Употребление соли (недосаливать пищу, заменить соль специями, лимонным соком, свежими и сушеными травами, кореньями)
Потребление алкоголя
Исключить
Быстро – и легкоусвояемые углеводы
Сдобное и слоеное тесто
Белый рис, манную и кукурузную крупы, макароны, мюсли, готовые сухие завтраки и каши быстрого приготовления
«Чистый» сахар, мед, кондитерские изделия (шоколад, конфеты, пирожные, торты, кексы, маффины, пончики, вафли, печенье), варенье, повидло, джем, сиропы, мармелад, зефир, пастилу, мороженое, сгущенное молоко
Сладкие напитки (лимонад и другие газированные напитки, пакетированный фруктовый сок, морсы с сахаром)
Крепкие, жирные бульоны и молочные супы с манной крупой, рисом, лапшой
Фаст-фуд (картофель-фри, хот-доги, гамбургеры), снеки (чипсы, сухарики, крендельки и др.)
Алкоголь
Фрукты и сухофрукты с высоким гликемическим индексом: хурма, банан, виноград, мандарины, арбуз, дыня, изюм, финики, инжир, консервированные и засахаренные фрукты, фрукты в глазури
При сахарном диабете: фруктозу, ксилит, сорбит
Все виды алкогольной продукции!
Первичные бульоны, можно только вторичные!
Консервированные продукты, мясо-колбасные изделия и деликатесы
Морепродукты, утка, гусь, дичь
Продукты с высокой степенью промышленной переработки (картофельные чипсы, сухарики, крекеры, мясокол-басные изделия и деликатесы), консервированную продукцию, соления и маринады
© ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России. Все права защищены.

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-154

Приложение 8
Медикаментозная терапия пациентов высокого, очень высокого и экстремального ССР

Коррекция дислипидемии [2, 3]

Основные классы препаратов для лечения дислипидемии

Для достижения целевого уровня (ЦУ) липидных показателей необходимо назначение гиполипидемической терапии. В настоящее время в арсенале врачей имеется высокоэффективная и безопасная гиполипидемическая терапия.

К средствам, корректирующим уровень липидов плазмы крови и зарегистрированным в Российской Федерации, относят:

- статины,
- эзетимиб,
- ингибиторы аденозинтрифосфат (АТФ) цитратлиазы (бемпедоевая кислота),
- ингибиторы пропротеиновой конвертазы субтилизин-кексина типа 9 (PCSK9),
- фибраты,
- омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты.

Статины

Статины — один из наиболее изученных классов препаратов в профилактике ССЗ. Статины уменьшают синтез холестерина в печени за счет конкурентного угнетения фермента 3-гидрокси-3-метилглутарилкофермент А редуктазы (ГМГ-КоА-редуктазы), ограничивающий скорость этап биосинтеза холестерина. Уменьшение внутриклеточного холестерина способствует увеличению экспрессии рецепторов липопротеинов (ЛНП) на поверхности гепатоцитов, что, в свою очередь, приводит к повышению захвата ЛНП из крови и уменьшению концентрации в плазме ЛНП и других аполипопротеин В-содержащих (апоВ-содержащих) липопротеидов, включая частицы, богатые ТГ.

Хотя уменьшение уровня ХС ЛНП является основным эффектом статинов, они обладают рядом других потенциально важных свойств (плейотропные эффекты статинов):

- коррекция эндотелиальной дисфункции,
- противовоспалительный эффект,
- противотромботическое действие,
- уменьшение пролиферации гладкомышечных клеток,
- снижение оксидативного стресса.

В Российской Федерации представлены следующие статины (дозы в порядке возрастания гиполипидемического эффекта):

- розувастатин — 5, 10, 15, 20 и 40 мг;
- аторвастатин — 10, 20, 30, 40 и 80 мг;
- питавастатин — 1, 2 и 4 мг;
- симвастатин — 10, 20 и 40 мг.

Максимальное снижение ХС ЛНП на 50-55% возможно при применении высоких доз розувастатина (20-40 мг) и аторвастатина (40-80 мг). Для достижения ЦУ ХС ЛНП и снижения ССР наиболее эффективны розувастатин и аторвастатин.

Эзетимиб

Эзетимиб — селективный ингибитор абсорбции холестерина и некоторых растительных стеролов в кишечнике. Эзетимиб ингибирует всасывание в кишечнике холестерина, поступающего с пищей и из желчи, не влияя на всасывание других жирорастворимых пищевых веществ. Ингибируя всасывание холестерина на уровне ворсинок слизистой тонкого кишечника (путем взаимодействия с белком NPC1L1), эзетимиб снижает количество холестерина, поступающего в печень. В ответ на снижение поступления холестерина печень активирует на своей поверхности рецепторы ЛНП, что ведет к увеличению клиренса ХС ЛНП из крови. Эзетимиб может быть использован в качестве средства второй линии в комбинации со статинами, когда монотерапия статинами не позволяет достичь ЦУ ХС ЛНП даже при их назначении в максимальных дозах, а также при непереносимости статинов или наличии противопоказаний к их применению.

Эзетимиб доступен в единственной дозе — 10 мг (принимают 1 раз в сутки).

Бемпедоевая кислота

Бемпедоевая кислота — первый ингибитор АТФ-цитратлиазы, ключевого фермента, обеспечивающего образование цитозольного ацетил-коэнзима А из цитрата и расположенного выше в каскаде синтеза холестерина, чем мишень статинов — гидрокси-метил-глютарил-коэнзим А редуктаза. Ингибирование АТФ-цитратлиазы снижает образование ацетил-коэнзима А, что приводит к снижению внутрипеченочного синтеза холестерина и компенсаторному увеличению количества рецепторов ЛНП на гепатоцитах, снижению уровня ХС ЛНП в крови.

Бемпедоевая кислота может быть использована в составе комбинированной гиполипидемической терапии, если целевой уровень ХС ЛНП не достигнут на фоне максимально переносимых доз статина в комбинации с эзетимибом и/или ингибитором PCSK9, а также у лиц, имеющих доказанную непереносимость статинов и/или эзетимиба и/или ингибитора PCSK9. Прием бемпедоевой кислоты в качестве монотерапии снижает уровень ХС ЛНП на 15-25%, а в комбинации с эзетимибом — до 38%.

Бемпедоевая кислота доступна в дозе 180 мг (принимают 1 раз в сутки).

Комбинированные гиполипидемические средства

Комбинированную гиполипидемическую терапию можно рассматривать как терапию первой линии у пациентов с очень высоким ССР.

В случае повышения уровня ХС ЛНП >4,0 ммоль/л у больных очень высокого риска рекомендуется рассмотреть возможность инициального назначения статина и эзетимиба, предпочтительно в одной таблетке или капсуле.

Комбинация эзетимиба со статинами обеспечивает дополнительное снижение уровня ХС ЛНП на 15-20%. Комбинированное лечение продемонстрировало значимое снижение суммарного количества смертельных исходов вследствие сердечно-сосудистых причин, инфаркт миокарда, госпитализации по поводу нестабильной стенокардии, коронарной реваскуляризации и инсульта на 6,4% по сравнению с монотерапией статином. Фиксированная комбинация статина с эзетимибом более эффективна в достижении целевых уровней ХС ЛНП по сравнению с монотерапией статином и терапией свободной комбинацией статина с эзетимибом, и также значимо снижает смертность [22].

В Российской Федерации представлены следующие зарегистрированные фиксированные комбинации статина с эзетимибом:

- аторвастатин + эзетимиб (10 мг+10 мг, 20 мг+10 мг, 40 мг+10 мг);
- розувастатин + эзетимиб (5 мг+10 мг, 10 мг+10 мг, 20 мг+10 мг, 40 мг+10 мг).

Также в Российской Федерации доступны такие фиксированные комбинации, как:

- эзетимиб + бемпедоевая кислота (10 мг+180 мг);
- розувастатин + фенофибрат (5 мг+145 мг, 10 мг+145 мг). Для лиц минимум высокого ССР назначение данной комбинации может рассматриваться при непереносимости статинов высокой интенсивности и сопутствующей гипертриглицеридемии, требующей медикаментозной коррекции.

PCSK9-таргетная терапия

- алирокумаб — 75 мг и 150 мг подкожно с частотой введения 1 раз в 2 нед. или 300 мг 1 раз в месяц;
- эволокумаб — 140 мг подкожно с частотой введения 1 раз в 2 нед.;
- инклисиран — 284 мг (соответствует 300 мг инклисирана натрия) подкожно (после первой подкожной инъекции препарат вводят повторно через 3 мес., а затем каждые 6 мес.).

Алирокумаб и *эволокумаб* являются моноклональными антителами к PCSK9-белку, контролирующему экспрессию рецепторов к ХС ЛНП гепатоцитов. Повышенные уровень/функция PCSK9 снижают экспрессию рецепторов ЛНП и увеличивают концентрацию ХС ЛНП в плазме, в то время как снижение уровня/функции PCSK9 вызывает снижение ХС ЛНП в плазме крови.

Инклисиран — химически модифицированная двухцепочечная малая интерферирующая рибонуклеиновая кислота (миРНК). В гепатоцитах инклисиран использует механизм РНК-интерференции, чтобы нацелиться на матричную РНК PCSK9 и запустить процесс ее деградации, тем самым увеличивая рециркуляцию и экспрессию рецепторов ЛНП, с последующим увеличением его захвата и уменьшением уровня ХС ЛНП в крови.

Фибраты

Механизм действия фибратов заключается в активации альфа-рецепторов, активируемых активатором пероксисом (PPARα), расположенных в печени, мышцах, жировой ткани, сердце, почках, макрофагах и тромбоцитах. Основная роль PPARα рецепторов заключается в регуляции метаболизма липидов

и липопротеидов, воспаления, функции эндотелия. Активированные PPARα-рецепторы связываются со специфическими участками дезоксирибонуклеиновой кислоты, стимулируя или угнетая основные гены, кодирующие метаболические процессы. При этом необходимо отметить, что из класса фибратов только фенофибрат может использоваться в комбинации со статинами.

В Российской Федерации доступен фенофибрат 145 мг (принимают 1 раз в сутки).

Омега-3 ПНЖК

Омега-3-ПНЖК в Российской Федерации доступны в виде комбинации этиловых эфиров эйкозапентаеновой и докозагексаеновой кислот в дозе 2-4 г/сут. Омега-3-ПНЖК влияют на сывороточный уровень липидов и липопротеинов, особенно на концентрацию липопротеинов очень низкой плотности. Используются для снижения уровня ТГ.

Таблица 9

Интенсивность гиполипидемической терапии [3]

Лечение	Среднее снижение ХС ЛНП, %
Терапия статинами умеренной интенсивности	≈ 30
Высокоинтенсивная терапия статинами	≈ 50
Высокоинтенсивная терапия статинами + эзетимиб	≈ 65
Бемпедоевая кислота + статин	≈ 60
Бемпедоевая кислота + эзетимиб	≈ 40
Бемпедоевая кислота + статин + эзетимиб	≈ 70
Алирокумаб/эволокумаб/инклисиран	≈ 60
Алирокумаб/эволокумаб/инклисиран + высокоинтенсивная терапия статинами	≈ 75
Алирокумаб/эволокумаб/инклисиран + высокоинтенсивная терапия статинами + эзетимиб	≈ 85

Сокращение: ХС ЛНП — холестерин липопротеидов низкой плотности.

Алгоритм медикаментозной гиполипидемической терапии для достижения целевого уровня ХС ЛНП у пациентов высокого, очень высокого и экстремального ССР (Рисунок 5)

- В качестве первой линии рекомендована терапия статином в дозах, необходимых для достижения ЦУ ХС ЛНП;
- При непереносимости высокоинтенсивной терапии статинами следует рассмотреть снижение дозы препарата с последующей переоценкой переносимости;
- При недостижении ЦУ ХС ЛНП на фоне максимально переносимой дозы статина рекомендуется добавление эзетимиба. Предпочтительно использовать статин с эзетимибом в виде фиксированной комбинации;
- Если на фоне максимально переносимой дозы статина и эзетимиба ЦУ ХС ЛНП не достигнут, добавить бемпедоевую кислоту;
- При недостижении ЦУ ХС ЛНП на фоне максимально переносимой дозы статина в комбинации с эзетимибом и/или бемпедоевой кислотой рекомендуется добавление алирокумаба, эволокумаба или инклисирана;
- В случае значительного повышения уровня ХС ЛНП у больных очень высокого риска (>4,0 ммоль/л) рекомендуется рассмотреть возможность инициального назначения статина и эзетимиба, предпочтительно в одной таблетке или капсуле;
- В случае значительного повышения уровня ХС ЛНП у больных экстремального или очень высокого риска (>5,0 ммоль/л) рекомендуется рассмотреть возможность инициального назначения статина в максимально переносимой дозе + эзетимиб + ингибитора PCSK9. Возможно добавление бемпедоевой кислоты в качестве четвертого компонента терапии.
- Пациентам с непереносимостью статинов для достижения ЦУ ХС ЛНП рекомендуется назначение эзетимиба, и/или бемпедоевой кислоты, и/или ингибитора PCSK9. Выбор конкретного препарата или их сочетания должен определяться, в первую очередь, требуемой степенью дополнительного снижения уровня ХС ЛНП [10].

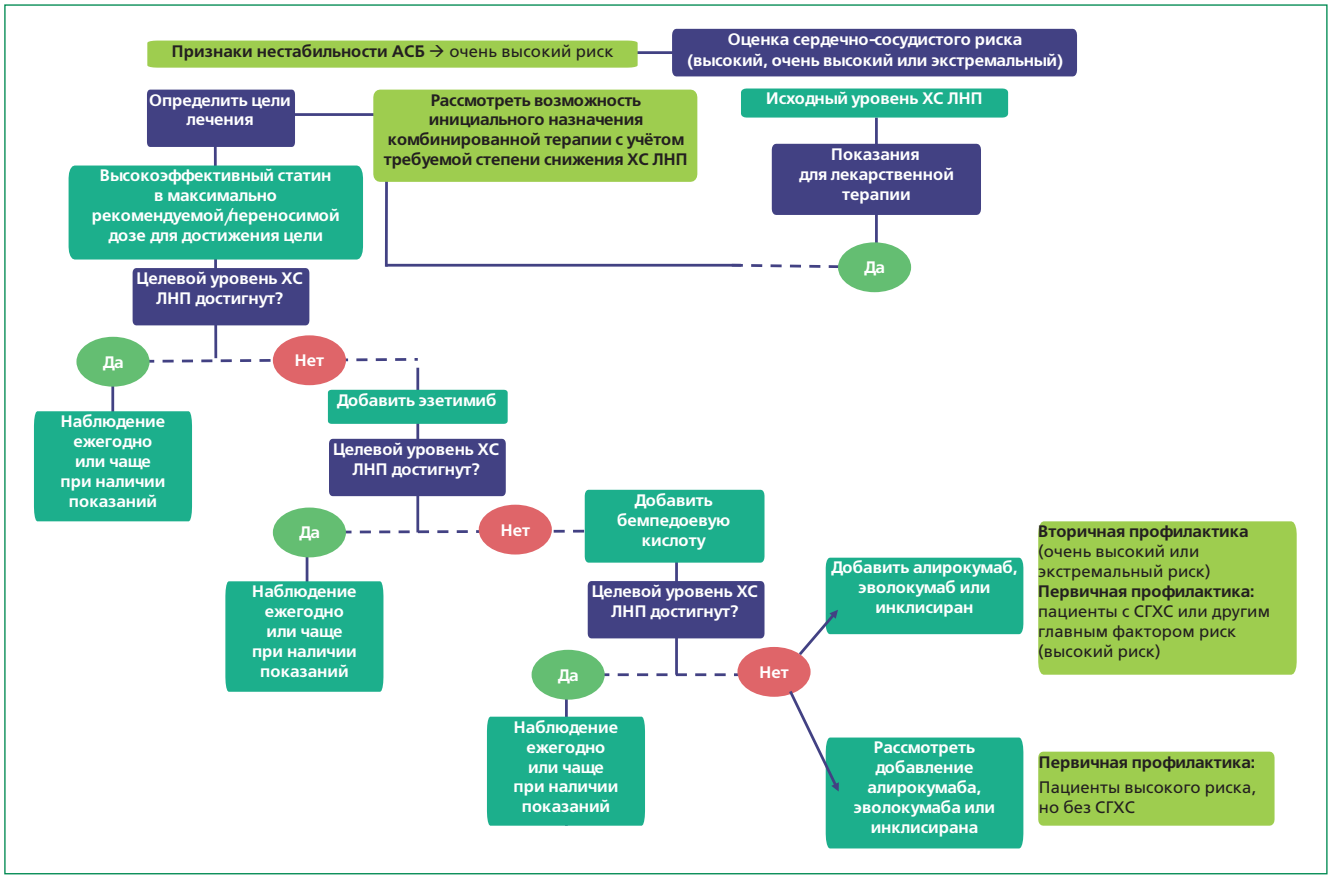


Рис. 5. Алгоритм медикаментозной терапии для достижения ЦУ ХС ЛНП у пациентов высокого, очень высокого и экстремального ССР.
Сокращения: СГХС — семейная гиперхолестеринемия, ХС ЛНП — холестерин липопротеинов низкой плотности.

Антитромботическая терапия

У пациентов с бессимптомным стенозом сонных артерий <50% рутинное назначение антитромботической терапии в отсутствие сопутствующих показаний не рекомендуется, поскольку на текущий момент отсутствуют убедительные доказательства клинической пользы антитромботической терапии у данной категории больных [6].

Единственное рандомизированное исследование, включавшее 372 пациентов с бессимптомным стенозом сонных артерий ≥50%, не продемонстрировало преимуществ ацетилсалициловой кислоты 325 мг/сут. по сравнению с плацебо в снижении частоты ТИА, острого нарушения мозгового кровообращения, инфаркта миокарда, нестабильной стенокардии или смерти от всех причин. Небольшой размер выборки и короткий период наблюдения (медиана 2,3 года) ограничивают статистическую мощность исследования [23]. Для уточнения эффекта антитромботической терапии у данной категории пациентов необходимы крупные рандомизированные контролируемые исследования.

В соответствии с европейскими рекомендациями по ведению пациентов с заболеваниями периферических артерий и аорты 2024 г., у пациентов с бессимптомным стенозом >50%, в отсутствие сопутствующих показаний, длительная антиагрегантная терапия (чаще низкими дозами ацетилсалициловой кислоты) **может быть рассмотрена** при повышенном риске сердечно-сосудистых событий (наличии заболеваний, влияющих на риск атеросклеротических ССЗ) и низком риске кровотечений (класс рекомендаций IIa, уровень достоверности доказательств C) [6].

Антигипертензивная терапия

Пациентам с бессимптомным стенозом сонных артерий и артериальной гипертензией необходимо назначение антигипертензивной терапии согласно клиническим рекомендациям "Артериальная гипертензия у взрослых", 2024 [7], Приложению 6.

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-154

Приложение 9

Шкала приверженности фармакотерапии Национального общества доказательной фармакотерапии (НОДФ) [24]

Модуль I. "Общая фактическая приверженность фармакотерапии"					
1	**Назначал ли Вам лечащий врач лекарственную терапию?**				
А) Да Б) Нет В) Другое _____					
2	**Укажите, как Вы поступаете в отношении приема лекарственных препаратов (выберите подходящий ответ для каждого пункта):**				
А) Прекращаю прием лекарственных препаратов:					
	всегда	часто	иногда	редко	никогда
Б) Делаю перерывы в приеме лекарственных препаратов:					
	всегда	часто	иногда	редко	никогда
В) Самостоятельно меняю терапию (меняю дозу, кратность, время приема) или принимаю препараты без согласования с врачом:					
	всегда	часто	иногда	редко	никогда
Г) Забываю принимать лекарственные препараты:					
	всегда	часто	иногда	редко	никогда
Д) Воздерживаюсь от приема назначенных лекарственных препаратов					
	всегда	часто	иногда	редко	никогда
3	**Если Вы не стали принимать или изменили прием лекарственных препаратов, укажите причину:**				
А) Опасаюсь побочных эффектов от приема лекарственных препаратов					
Б) Возникли побочные эффекты на фоне приема лекарственных препаратов					
В) Отсутствие ощутимого эффекта/улучшения от лечения					
Г) Высокая цена лекарственных препаратов					
Д) Сомневаюсь в правильности назначенной мне терапии					
Е) Не хочу принимать лекарственные препараты длительно					
Ж) Принимаю очень много разных лекарственных препаратов					
З) Сложная/неудобная схема приема лекарственных препаратов					
И) Другое (укажите)					
Модуль II. "Препарат-специфичная фактическая приверженность фармакотерапии"					
1	**Укажите, как Вы поступаете в отношении приема лекарственных препаратов**				
А) Прекращаю прием лекарственных препаратов. Укажите препараты: _____					
Б) Делаю перерывы в приеме лекарственных препаратов. Укажите препараты: _____					
В) Самостоятельно меняю терапию (меняю дозу, кратность, время приема препаратов) или принимаю препараты без согласования с врачом. Укажите препараты:_____					
Г) Забываю принимать лекарственные препараты. Укажите препараты: _____					
Д) Воздерживаюсь от приема назначенных лекарственных препаратов. Укажите препараты: _____					
2	**Если Вы не стали принимать или изменили лекарственную терапию, укажите причину:**				
А) Опасаюсь побочных эффектов от приема лекарственных препаратов. Укажите препараты: _____					
Б) Возникли побочные эффекты на фоне приема лекарственных препаратов. Укажите препараты: _____					
В) Отсутствие ощутимого эффекта /улучшения от лечения. Укажите препараты: _____					
Г) Высокая цена лекарственных препаратов. Укажите препараты: _____					
Д) Сомневаюсь в правильности назначенной мне терапии. Укажите препараты: _____					
Е) Не хочу принимать лекарственные препараты длительно. Укажите препараты: _____					
Ж) Принимаю очень много разных лекарственных препаратов					
З) Сложная/неудобная схема приема лекарственных препаратов					
И) Другая причина (укажите) _____					
Модуль III. "Потенциальная приверженность фармакотерапии"					
1	**Собираетесь ли Вы принимать лекарственные препараты, рекомендованные Вам врачом?**				
	1) Нет 2) Скорее нет, чем да 3) Скорее да, чем нет 4) Да				

Инструкция:

- Определение балла проводится по ответу на вопрос 2 из модуля I.
- При выявлении неприверженности по модулю I, следует перейти к модулю II для оценки приверженности к каждому лекарственному препарату индивидуально.
- По модулю III оценивается потенциальная приверженность (намерения пациента выполнять врачебные рекомендации) к фармакотерапии.

Ключ к модулю I по вопросу 2

Вопрос	Варианты ответа "всегда", "часто", "иногда", "редко" приравниваются к одному результату	Вариант ответа: "никогда"	Результат **NB! Баллы не суммируются! Для определения уровня приверженности отбирается балл с максимальным значением по полученным ответам**
А	3 балла	0 баллов	0 баллов — полная приверженность
Б	2 балла		1 балл — частичная (неполная), вторичная неприверженность, ненамеренные нарушения врачебных рекомендаций
В	2 балла		2 балла — частичная (неполная), вторичная неприверженность, намеренные нарушения врачебных рекомендаций (в т. ч. самолечение)
Г	1 балл		3 балла — полная, вторичная неприверженность
Д	4 балла		4 балла — полная, первичная неприверженность

Ключ к модулю III Номер вопроса:

1 — потенциально не привержен
2 — потенциально частично не привержен
3 — потенциально частично привержен
4 — потенциально привержен

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-154

Приложение 10
Рекомендации по проведению вакцинации

Острые респираторные и иные острые инфекции (грипп, респираторно-синцитиальная, метапневмовирусная инфекции, другие), особенно тяжелого течения, могут спровоцировать дебют или ухудшение течения ССЗ, развитие осложнений — острого инфаркта миокарда, острого нарушения мозгового кровообращения, других, в том числе фатальных. Мультиморбидность еще более повышает риск неблагоприятного исхода при острой инфекции: риск тяжелого течения острой респираторной инфекции повышается с трехкратного при наличии одного хронического неинфекционного заболевания до 9-кратного при четырех заболеваниях, а риск пневмонии — с 4-кратного до 16-кратного (!), соответственно. Широко известно, что подъемы заболеваемости гриппом ассоциированы с ростом смертности от ССЗ, а регулярная иммунизация против гриппа и пневмококковой инфекции — снижают и респираторную, и сердечно-сосудистую смертность [25-31].

Вакцинация осуществляется в соответствии с календарем профилактических прививок и прививок по эпидемическим показаниям[13], другими нормативными правовыми актами, а также соответствующими клиническими и методическими рекомендациями, с учетом иммунного статуса и иных индивидуальных характеристик пациента [32-35]. Основные рекомендации по проведению вакцинации пациентов с окклюзией и стенозом сонной артерии в рамках ДН представлены в Таблице 10.

У пациентов с тяжелыми иммунодефицитами, аллергическими реакциями подходы к иммунизации рассматриваются совместно с врачом-аллергологом-иммунологом и иными врачами-специалистами.

На каждом визите в ходе ДН следует уточнять соблюдение индивидуального плана вакцинопрофилактики инфекций, показания, противопоказания, регистрировать нежелательные явления, связанные с введением конкретных вакцин для определения возможности выбора в последующем иных вакцинных препаратов.

Таблица 10

Основные рекомендации по проведению вакцинации пациентов с окклюзией и стенозом сонной артерии в рамках ДН

№ п/п	Наименование профилактической прививки	Примечание
1.	Вакцинация против гриппа	Рекомендована всем пациентам ежегодно (оптимальный период проведения — август-сентябрь, до начала сезонного подъема заболеваемости)
2.	Против пневмококковой инфекции	Рекомендована всем пациентам однократная вакцинация пневмококковой конъюгированной вакциной (ПКВ13 или ПКВ20), пневмококковой полисахаридной вакциной (ППВ23). При наличии показаний рассматривается применение ППВ23 1 раз в 5 лет. Для иммунокомпрометированных рекомендована схема: ПКВ13, затем ППВ23 через 8 недель [32, 33]
3.	Вакцинация/ревакцинация против дифтерии, столбняка	Каждые 10 лет от момента последней ревакцинации
4.	Вакцинация/ревакцинация против коклюша	Иммунокомпрометированные пациенты, которые не были полностью привиты против коклюша, дифтерии и столбняка, могут получить одну дозу комбинированной бесклеточной коклюшной вакцины с уменьшенным содержанием антигенов в комплексе с дифтерийным и столбнячным анатоксином (АаКДС) [32, 34]
5.	Против респираторносинцитиальной инфекции, коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2	При наличии эпидемических показаний
6.	Вакцинация против краснухи, ревакцинация против краснухи; вакцинация против кори, ревакцинация против кори; вакцинация против ветряной оспы, вирусного гепатита В, клещевого вирусного энцефалита, туляремии, чумы, бруцеллеза, сибирской язвы, бешенства, лептоспироза, лихорадки Ку, желтой лихорадки, холеры, брюшного тифа, вирусного гепатита А, шигеллезов, менингококковой инфекции, эпидемического паротита, полиомиелита	В соответствии с календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям

[13] Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06 декабря 2021 г. № 1122н "Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 декабря 2021 г., регистрационный № 66435). СПС Консультант Плюс.

Литература/References

1. Arakelyan VS, Shchanitsyn IN, Andreychuk KA, et al. Carotid artery occlusion and stenosis (Russian experts' guidelines). Angiologiya i Sosudistaya Khirurgiya. 2025;31(2):57-158. (In Russ.) Аракелян В.С., Щаницын И.Н., Андрейчук К.А. и др. Окклюзия и стеноз сонной артерии (рекомендации российских экспертов). Ангиология и сосудистая хирургия. Журнал имени академика А.В. Покровского. 2025;31(2):57-158.
2. Ezhov MV, Kukharchuk VV, Sergienko IV, et al. Disorders of lipid metabolism. Clinical Guidelines 2023. Russian Journal of Cardiology. 2023;28(5):5471. (In Russ.) Ежов М.В., Кухарчук В.В., Сергиенко И.В. и др. Нарушения липидного обмена. Клинические рекомендации 2023. Российский кардиологический журнал. 2023;28(5):5471. doi:10.15829/1560-4071-2023-5471.
3. Ezhov MV, Kukharchuk VV, Balakhonova TV, et al. Eurasian Association of Cardiology (EAC)/ Russian National Atherosclerosis Society (RNAS) Guidelines for the diagnosis and correction of dyslipidemia for the prevention and treatment of atherosclerosis (2025). Eurasian heart journal. 2025;(2):6-34. (In Russ.) Ежов М.В., Кухарчук В.В., Балахонова Т.В. и др. Клинические рекомендации Евразийской ассоциации кардиологов (ЕАК)/Национального общества по изучению атеросклероза (НОА) по диагностике и коррекции нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза (2025). Евразийский Кардиологический Журнал. 2025;(2):6-34. doi:10.38109/2225-1685-2025-2-6-34.
4. Mach F, Baigent C, Catapano AL, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: Lipid modification to reduce cardiovascular risk: The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS). Eur Heart J. 2020;41: 111-88. doi:10.1093/eurheartj/ehz455.
5. Chernyavsky MA, Irtyuga OB, Yanishevsky SN, et al. Russian consensus statement on the diagnosis and treatment of patients with carotid stenosis. Russian Journal of Cardiology. 2022;27(11):5284. (In Russ.) Чернявский М.А., Иртюга О.Б., Янишевский С.Н. и др. Российский консенсус по диагностике и лечению пациентов со стенозом сонных артерий. Российский кардиологический журнал. 2022;27(11):5284. doi:10.15829/1560-4071-2022-5284.
6. Mazzolai L, Teixido-Tura G, Lanzi S, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of peripheral arterial and aortic diseases. Eur Heart J. 2024;45(36):3538-700. doi:10.1093/eurheartj/ehae179.
7. Kobalava ZhD, Konradi AO, Nedogoda SV, et al. 2024 Clinical practice guidelines for Hypertension in adults. Russian Journal of Cardiology. 2024;29(9):6117. (In Russ.) Кобалава Ж.Д., Конради А.О., Недогода С.В. и др. Артериальная гипертензия у взрослых. Клинические рекомендации 2024. Российский кардиологический журнал. 2024;29(9):6117. doi:10.15829/1560-4071-2024-6117
8. Dedov II, Shestakova MV, Sukhareva OYu, et al. Standards of Specialized Diabetes Care / Edited by Dedov II, Shestakova MV, Sukhareva OYu. 12th Edition. Diabetes mellitus. 2025;28(5S):1-175. (In Russ.) Дедов И.И., Шестакова М.В., Сухарева О.Ю. и др. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, О.Ю. Сухаревой. 12-й выпуск. Сахарный диабет. 2025;28(5S):1-175. doi:10.14341/DM20255S.
9. Drapkina OM, Boytsov SA, Ershova AI, et al. Outpatient monitoring of patients with lipoprotein metabolism disorders and other lipidemias by a general practitioner in primary care. Guidelines. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2024;23(12):4285. (In Russ.) Драпкина О.М., Бойцов С.А., Ершова А.И. и др. Диспансерное наблюдение больных с нарушениями обмена липопротеидов и другими липидемиями врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2024;23(12):4285. doi:10.15829/1728-8800-2024-4285.
10. Mach F, Koskinas KC, Roeters van Lennep JE, et al. 2025 Focused Update of the 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. Atherosclerosis. 2025;409:120479. doi:10.1016/j.atherosclerosis.2025.120479.
11. Balakhonova TV, Ershova AI, Ezhov MV, et al. Focused vascular ultrasound. Consensus of Russian experts. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2022; 21(7):3333. (In Russ.) Балахонова Т.В., Ершова А.И., Ежов М.В. и др. Фокусированное ультразвуковое исследование сосудов. Консенсус российских экспертов. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2022;21(7):3333. doi:10.15829/1728-8800-2022-3333.
12. Astanina SYu, Kalinina AM, Shepel RN, et al. Methodological recommendations for preparing doctors for brief preventive counseling: a textbook. Moscow: Silicea-Polygraph LLC, 2023. 52 p. (In Russ.) Астанина С.Ю., Калинина А.М., Шепель Р.Н. и др. Методические рекомендации по подготовке врачей к проведению краткого профилактического консультирования: учебное пособие. Москва: ООО "Силицея-Полиграф", 2023. 52 с. ISBN: 978-5-605-00615-2. doi:10.15829/ROPNIZ-a2-2023. EDN: NBSIVZ.
13. Boitsov SA, Pogosova NV, Ansheles AA, et al. Cardiovascular prevention 2022. Russian national guidelines. Russian Journal of Cardiology. 2023;28(5):5452. (In Russ.) Бойцов С.А., Погосова Н.В., Аншелес А.А. и др. Кардиоваскулярная профилактика 2022. Российские национальные рекомендации. Российский кардиологический журнал. 2023;28(5):5452. doi:10.15829/1560-4071-2023-5452.
14. Drapkina OM, Drozdova Liu, Kalinina AM, et al. Organization of preventive medical examination and clinical examination of certain groups of the adult population. Methodological recommendations. 2nd ed. Moscow: National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine, 2020. 232 p. (In Russ.) Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю., Калинина А.М. и др. Организация проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации. Изд. 2-е. М.: ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России, 2020. 232 с.
15. North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial Collaborators, Barnett HJM, Taylor DW, et al. Beneficial effect of carotid endarterectomy in symptomatic patients with high-grade carotid stenosis. N Engl J Med. 1991;325(7):445-53. doi:10.1056/NEJM199108153250701.
16. Warlow C. MRC European Carotid Surgery Trial: interim results for symptomatic patients with severe (70-99%) or with mild (0-29%) carotid stenosis. European Carotid Surgery Trialists' Collaborative Group. Lancet. 1991;337(8752):1235-43.
17. Drapkina OM, Kontsevaya AV, Kalinina AM, et al. Prevention of chronic non-communicable diseases in the Russian Federation. National guidelines. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2022;21(4):3235. (In Russ.) Драпкина О.М., Концевая А.В., Калинина А.М. и др. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. Национальное руководство 2022. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2022;21(4):3235. doi:10.15829/1728-8800-2022-3235.
18. Svinin GE, Kutsenko VA, Shalnova SA, et al. Validation of SCORE2 on a sample from the Russian population and adaptation for the very high cardiovascular disease risk region. PLoS One. 2024;19(4):e0300974. doi:10.1371/journal.pone.0300974.
19. Drapkina OM, Balanova YuA, Shalnova SA, et al. From SCORE2 to SCORE2-RF: development of a Russian model for cardiovascular risk stratification. Rational Pharmacotherapy in Cardiology. 2025;21(6):502-12. (In Russ.) Драпкина О.М., Баланова Ю.А., Шальнова С.А. и др. От SCORE2 к SCORE2-РФ: разработка российской модели стратификации сердечно-сосудистого риска. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2025;21(6):502-12. doi:10.20996/1819-6446-2025-3253.
20. Saba L, Cau R, Murgia A, et al. Carotid Plaque-RADS: A Novel Stroke Risk Classification System. JACC Cardiovasc Imaging. 2024;17(1):62-75. doi:10.1016/j.jcmg.2023.09.005.
21. Blokhina AV, Ershova AI, Meshkov AN, et al. Lipid Clinic is an Efficacious Model of Preventive Medicine. Rational Pharmacotherapy in Cardiology. 2021;17(1):4-10. (In Russ.) Блохина А.В., Ершова А.И., Мешков А.Н. и др. Липидная клиника как эффективная модель профилактической медицины. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2021;17(1):4-10. doi:10.20996/1819-6446-2021-01-02.
22. Farnier M, Santos RD, Cosin-Sales J, et al. Projected impact of treatment intensification with statin, ezetimibe, and statin plus ezetimibe fixed-dose combination on MACE across six countries. Eur J Prev Cardiol. 2022;29(17):2264-71. doi:10.1093/eurjpc/zwac214.
23. Côté R, Battista RN, Abrahamowicz M, et al. Lack of effect of aspirin in asymptomatic patients with carotid bruits and substantial carotid narrowing. The Asymptomatic Cervical Bruit Study Group. Ann Intern Med. 1995;123(9):649-55. doi:10.7326/0003-4819-123-9-199511010-00002.
24. Kalaydzhyan E. P., Lukina Yu. V., Kutishenko N.P., et al. Adherence to previously prescribed pharmacotherapy in patients undergoing planned inpatient treatment: first results of the PRIMULA study. Rational Pharmacotherapy in Cardiology. 2026;22(2):213-20. (In Russ.) Калайджян Е.П., Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П. и др. Проблема приверженности назначенной фармакотерапии у пациентов, поступающих на плановое стационарное лечение: первые результаты исследования ПРИМУЛА. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2026;22(2):213-20. doi:10.20996/1819-6446-2026-3354.
25. Kang SH, Cheong HJ, Song JY, et al. Analysis of Risk Factors for Severe Acute Respiratory Infection and Pneumonia and among Adult Patients with Acute Respiratory Illness during 2011-2014 Influenza Seasons in Korea. Infect Chemother. 2016; 48(4):294-301. doi:10.3947/ic.2016.48.4.294.
26. Pearce DC, McCaw JM, McVernon J, Mathews JD. Influenza as a trigger for cardiovascular disease: An investigation of serotype, subtype and geographic location. Environ Res. 2017;156:688-96. doi:10.1016/j.envres.2017.04.024.
27. Han J, Mou Y, Yan D, et al. Transient cardiac injury during H7N9 infection. Eur J Clin Invest. 2015;45(2):117-25. doi:10.1111/eci.12386.
28. Platonova EV, Deev AD, Lukyanov MM, et al. The risk of cardiovascular disease after acute respiratory infection or annual influenza vaccination for 5 years. Preventive medicine. 2018;21(2-2):19. (In Russ.) Платонова Е.В., Деев А.Д., Лукьянов М.М. и др. Риск сердечно-сосудистых заболеваний после острой респираторной инфекции или ежегодной противогриппозной вакцинации в течение 5 лет. Профилактическая медицина. 2018;21(2-2):19.
29. Nguyen JL, Yang W, Ito K, et al. Seasonal Influenza Infections and Cardiovascular Disease Mortality. JAMA Cardiol. 2016;1(3):274-81. doi:10.1001/jamacardio.2016.0433.

30. Lee N, Lui GC, Wong KT, et al. High morbidity and mortality in adults hospitalized for respiratory syncytial virus infections. Clin Infect Dis. 2013;57(8):1069-77. doi:10.1093/cid/cit471.
31. Widmer K, Zhu Y, Williams JV, et al. Rates of hospitalizations for respiratory syncytial virus, human metapneumovirus, and influenza virus in older adults. J Infect Dis. 2012;206(1):56-62. doi:10.1093/infdis/jis309.
32. Drapkina OM, Briko NI, Kostinov MP, et al. Immunization of adults. Methodological recommendations. Moscow: National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine, 2020. 248 p. (In Russ.) Драпкина О.М., Брико Н.И., Костинов М.П. и др. Иммунизация взрослых. Методические рекомендации. М.: ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России, 2020. 248 с. ISBN: 978-5-6043991-3-2.
33. Avdeev SN, Alyeva MKh, Baranov AA, et al. Vaccinal prevention of pneumococcal infection in children and adults. Methodological recommendations. Profilakticheskaya Meditsina. 2023;26(9-2):3-23. (In Russ.) Авдеев С.Н., Алыева М.Х., Баранов А.А. и др. Вакцинопрофилактика пневмококковой инфекции у детей и взрослых. Методические рекомендации. Профилактическая медицина. 2023;26(9-2):3-23. doi:10.17116/profmed2023260923.
34. Ridda I, Yin JK, King C, et al. The importance of pertussis in older adults: a growing case for reviewing vaccination strategy in the elderly. Vaccine. 2012;30(48):6745-52. doi:10.1016/j.vaccine.2012.08.079.
35. Kostinov MP, ed. Vaccination of adults — from strategy to tactics. A guide for physicians. Moscow: Gruppa MDV, 2020. 248 p. (In Russ.) Костинов М.П., ред. Вакцинация взрослых — от стратегии к тактике. Руководство для врачей. М.: Группа МДВ, 2020. 248 с. EDN: RFGMWZ.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Драпкина Оксана Михайловна (Oksana M. Drapkina) — д.м.н., профессор, академик РАН, директор; главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава России; зав. кафедрой терапии и профилактической медицины, ORCID: 0000-0002-4453-8430;

Бойцов Сергей Анатольевич (Sergey A. Boytsov) — д.м.н., профессор, академик РАН, генеральный директор; профессор кафедры поликлинической терапии, ORCID: 0000-0001-6998-8406;

Шамалов Николай Анатольевич (Nikolay A. Shamalov) — д.м.н., профессор, директор института цереброваскулярной патологии и инсульта, ORCID: 0000-0001-6250-0762;

Ершова Александра Игоревна (Aleksandra I. Ershova) — д.м.н., зам. директора по фундаментальной науке, ORCID: 0000-0001-7989-0760;

Шепель Руслан Николаевич (Ruslan N. Shepel) — к.м.н., доцент, зам. директора по перспективному развитию медицинской деятельности, руководитель отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, доцент кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения ORCID: 0000-0002-8984-9056;

Балахонова Татьяна Валентиновна (Tatiana V. Balakhonova) — д.м.н., профессор, главный научный сотрудник, руководитель лаборатории ультразвуковых методов исследования сосудов, ORCID: 0000-0002-7273-6979;

Блохина Анастасия Викторовна (Anastasia V. Blokhina) — к.м.н., н.с. лаборатории клиномики, ORCID: 0000-0002-3019-3961;

Гарбузова Елизавета Владимировна (Elizaveta V. Garbuzova) — м.н.с. лаборатории клиномики, ORCID: 0009-0002-3184-7573;

Смирнова Марина Игоревна (Marina I. Smirnova) — к.м.н, руководитель лаборатории профилактики хронических болезней органов дыхания отдела первичной профилактики ХНИЗ в системе здравоохранения, эксперт отдела мониторинга качества медицинской помощи Центра организационно-методического управления и анализа качества оказания медицинской помощи в регионах, ORCID: 0000-0002-6208-3038;

Дроздова Любовь Юрьевна (Liubov Yu. Drozdova) — к.м.н., доцент, руководитель отдела стратегического планирования и внедрения профилактических технологий, ORCID: 0000-0002-4529-3308;

Ипатов Пётр Васильевич (Petr V. Ipatov) — д.м.н., профессор, главный научный сотрудник, ORCID: 0000-0001-7724-6429;

Шурупова Елена Геннадьевна (Elena G. Shurupova) — врач-методист отдела организации медицинской помощи Центра организационно-методического управления и анализа качества оказания медицинской помощи в регионах, ORCID: 0009-0005-0772-5965.

Адреса организаций авторов: ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Петроверигский пер., 10, стр. 3, Москва, 101990, Россия; ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России, ул. Долгоруковская, д. 4, Москва, 127006, Россия; ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии им. акад. Е.И. Чазова Минздрава России, ул. Академика Чазова, д. 15А, Москва, 121552, Россия; ФГБУ "Федеральный центр мозга и нейротехнологий" ФМБА России, ул. Островитянова, 1, стр. 10, Москва, 117513, Россия.

Addresses of the authors' institutions: National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine of the Ministry of Health of the Russian Federation, Petroverigsky Lane, 10, bld. 3, Moscow, 101990, Russia; Russian University of Medicine of the Ministry of Health of the Russian Federation, Dolgorukovskaya str., 4, Moscow, 127006, Russia; Chazov National Medical Research Center of Cardiology, Akademika Chazova str., 15A, Moscow, 121552, Russia; Federal Center of Brain Research and Neurotechnologies" of the Federal Medical and Biological Agency, Ostrovityanova str., 1, bld. 10, Moscow, 117513, Russia.

Первичная медико-санитарная помощь. 2026;3(2S):89-130.
doi: 10.15829/3034-4123-2026-145
ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

Первичная медико-санитарная помощь
Primary Health Care (Russian Federation)

Оказание медицинской помощи различным группам населения *Редакционная статья*

Диспансерное наблюдение пациентов с хронической болезнью почек врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации

Драпкина О. М.[1],
Шилов Е. М.[2],
Кобалава Ж. Д.[3],
Дроздова Л. Ю.[1],
Ипатов П. В.[1],
Калинина А. М.[1],
Марцевич С. Ю.[1],
Савченко Е. Д.[1*],
Смирнова М. И.[1],
Фатенков О. В.[4],
Шеметова Г. Н.[5],
Шепель Р. Н.[1],
Шурупова Е. Г.[1],
Шилова М. М.[6]

[1]ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Москва, Российская Федерация
[2]ФГАОУ ВО "Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова" Минздрава России (Сеченовский Университет). Москва, Российская Федерация
[3]ФГАОУ ВО "Российский университет дружбы народов", Москва, Российская Федерация
[4]ФГБОУ ВО "Самарский государственный медицинский университет", Самара, Российская Федерация
[5]ФГБОУ ВО "Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского" Минздрава России, Саратов, Российская Федерация
[6]ФГАОУ ВО "Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова" Минздрава России, Москва, Российская Федерация

*Corresponding author
(Автор, ответственный за переписку):
esavchenko@gnicpm.ru

Поступила: 14.05.2026
Принята: 01.06.2026

CC BY 4.0

Высокая и неуклонно увеличивающаяся распространенность хронической болезни почек (ХБП) является значимой медико-социальной проблемой. Осложнения ХБП существенно снижают качество жизни, повышают риск инвалидизации, госпитализаций и смерти. Своевременное выявление и коррекция модифицируемых факторов риска прогрессирования ХБП лежит в основе осуществления мер вторичной профилактики данной нозологии.

Методические рекомендации содержат описание организации диспансерного наблюдения пациентов с ХБП врачом-терапевтом и включают современные подходы к диагностике тяжести течения и осложнений — клинические, лабораторные и инструментальные методы, а также лечению заболевания и профилактике осложнений. Применение методических рекомендаций позволит врачу принимать обоснованные клинические решения на основе представленного алгоритма проведения диспансерного приема (осмотра, консультации).

Методические рекомендации предназначены для врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей), врачей-терапевтов участковых цехового врачебного участка, для среднего медицинского персонала, работающего с указанными врачами, для фельдшеров фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского здравпункта) в случае возложения на них руководителями медицинских организаций функций лечащего врача по организации и проведению диспансерного наблюдения, а также для организаторов здравоохранения, руководителей медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, и их подразделений.

Ключевые слова: хроническая болезнь почек, методические рекомендации, диспансерное наблюдение, вторичная профилактика.

Отношения и деятельность: нет.

Рецензенты:
Корягина Н. А. — д.м.н., профессор кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО "Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е. А. Вагнера" Минздрава России, вице-президент Ассоциации врачей терапевтического профиля Пермского края, председатель Пермского регионального отделения РНМОТ, главный внештатный терапевт Минздрава Пермского края (Пермь, Россия)
Чеботарева Н. В. — д.м.н., профессор, зав. центром совершенствования оказания медицинской помощи по профилю "нефрология", заведующий нефрологическим отделением ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр трансплантологии и искусственных органов им. акад. В. И. Шумакова" Минздрава России (Москва, Россия).

Методические рекомендации утверждены на заседании Ученого совета ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России (протокол № 4 от 28 апреля 2026 г.).

Для цитирования: Драпкина О. М., Шилов Е. М., Кобалава Ж. Д., Дроздова Л. Ю., Ипатов П. В., Калинина А. М., Марцевич С. Ю., Савченко Е. Д., Смирнова М. И., Фатенков О. В., Шеметова Г. Н., Шепель Р. Н., Шурупова Е. Г., Шилова М. М. Диспансерное наблюдение пациентов с хронической болезнью почек врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации. *Первичная медико-санитарная помощь.* 2026; 3(2S):89-130. doi: 10.15829/3034-4123-2026-145. EDN: FCHQIC

Primary Health Care (Russian Federation). 2026;3(2S):89-130.
doi: 10.15829/3034-4123-2026-145
ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

Первичная медико-санитарная помощь
Primary Health Care (Russian Federation)

Follow-up monitoring of patients with chronic kidney disease by primary care physicians. Guidelines

Drapkina O. M.[1],
Shilov E. M.[2],
Kobalava Zh. D.[3],
Drozdova L. Yu.[1],
Ipatov P. V.[1],
Kalinina A. M.[1],
Martsevich S. Yu.[1],
Savchenko E. D.[1*],
Smirnova M. I.[1],
Fatenkov O. V.[4],
Shemetova G. N.[5],
Shepel R. N.[1],
Shurupova E. G.[1],
Shilova M. M.[6]

[1]National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine, Moscow, Russian Federation
[2]I. M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). Moscow, Russian Federation
[3]RUDN university, Moscow, Russian Federation
[4]Samara State Medical University, Samara, Russian Federation
[5]V. I. Razumovsky Russia Saratov State Medical University, Saratov, Russian Federation
[6]Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russian Federation

*Corresponding author:
esavchenko@gnicpm.ru

Received: 14.05.2026
Accepted: 01.06.2026

The high and steadily increasing prevalence of chronic kidney disease (CKD) is a significant medical and social problem. CKD complications significantly reduce quality of life and increase the risk of disability, hospitalization, and death. Timely identification and correction of modifiable risk factors for CKD progression underpins secondary prevention measures.

These guidelines describe the management of follow-up monitoring for CKD patients by a general practitioner and incorporate modern approaches to diagnosing disease severity and complications (clinical and paraclinical methods), as well as disease treatment and complication prevention. Application of these guidelines will enable physicians to make informed clinical decisions based on the presented diagnostic algorithm (examinations, consultations). These guidelines are intended for general practitioners, family doctors, and for nursing staff working with these physicians, for paramedics performing the doctor functions of managing follow-up monitoring. These guidelines are also intended for healthcare executives, heads of primary care facilities, and their departments.

Keywords: chronic kidney disease, guidelines, follow-up care, secondary prevention.

Relationships and Activities: none.

For citation: Drapkina O. M., Shilov E. M., Kobalava Zh. D., Drozdova L. Yu., Ipatov P. V., Kalinina A. M., Martsevich S. Yu., Savchenko E. D., Smirnova M. I., Fatenkov O. V., Shemetova G. N., Shepel R. N., Shurupova E. G., Shilova M. M. Follow-up monitoring of patients with chronic kidney disease by primary care physicians. Guidelines. *Primary Health Care (Russian Federation).* 2026;3(2S):89-130. doi: 10.15829/3034-4123-2026-145. EDN: FCHQIC

АГ — артериальная гипертензия, ААП — антиаритмические препараты, БРА — блокаторы рецепторов ангиотензина-II, ДН — диспансерное наблюдение, иАПФ — ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, иНГЛТ-2 — ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2 типа, КР — клинические рекомендации, ЛЖ — левый желудочек, МКБ-10 — Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра, ОПП — острое повреждение почек, РААС — ренин-ангиотензиновая система, рСКФ — расчетная скорость клубочковой фильтрации, СД — сахарный диабет, СКФ — скорость клубочковой фильтрации, ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания, ССО — сердечно-сосудистые осложнения, ТЭО — тромбоэмболические осложнения, ФП — фибрилляция предсердий, ХБП — хроническая болезнь почек, ХСН — хроническая сердечная недостаточность, ХНИЗ — хронические неинфекционные заболевания.

Хроническая болезнь почек (ХБП) — это персистирующее в течение трех месяцев или более поражение органа вследствие действия различных этиологических факторов, анатомической основой которого является процесс замещения нормальных анатомических структур фиброзом, приводящий к его дисфункции[1]. Фиброз является необратимым, хроническим заболеванием. Прогрессирование заместительного фиброза и степень его выраженности определяет степень нарушения функций почек.

ХБП — наднозологическое понятие, позволяющее определить степень прогрессирования дисфункции при заболеваниях почек различной этиологии и своевременно назначить необходимую терапию [1]. ХБП объединяет всех пациентов с сохраняющимися в течение трех и более месяцев признаками повреждения почек и/или снижением их функции. Таким образом, ХБП определяется как нарушение структуры и/или функции почек, которое сохраняется более трёх месяцев. Для постановки диагноза ХБП требуется учитывать два параметра: скорость клубочковой фильтрации (СКФ) и экскрецию альбумина с мочой [2, 3].

В настоящее время распространенность ХБП сопоставима с такими социально значимыми заболеваниями, как артериальная гипертензия (АГ) и сахарный диабет (СД), а также ожирение и метаболический синдром. По рекомендациям ведущих российских нефрологов-исследователей показатель распространенности ХБП составляет 13% со следующим распределением стадий: С1 — 21%, С2 — 24%, С3 — 48%, С4 — 6%, С5 — 1% [4].

ХБП общепризнана существенным фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и смертности, рассматривается как эквивалент ишемической болезни сердца по риску сердечно-сосудистых осложнений (ССО). Даже незначительное снижение функции почек ассоциировано с увеличением риска ССЗ и смерти независимо от других факторов риска [2]. В связи с нарушением выработки эритропоэтина в почках течение ХБП часто осложняется анемией, которая обычно наблюдается при снижении клиренса креатинина до 40-60 мл/мин, но может возникать и на более ранних стадиях заболевания [3]. Анемия является предиктором развития гипертрофии левого желудочка (ЛЖ), ассоциируется с ухудшением качества жизни, ростом частоты кардиоваскулярных осложнений и госпитализаций[2].

Роль врачей первичного звена в управлении ХБП является ключевой и многогранной, охватывая весь спектр — от раннего выявления до постоянного управления и координации ухода. Врачи-терапевты находятся на передовой, сталкиваясь с пациентами с серьёзными факторами риска ХБП, такими как диабет, гипертония, сердечно-сосудистые заболевания и семейный анамнез. Они играют ключевую роль в проактивной идентификации этих пациентов для ранней диагностики с помощью СКФ и альбуминурии, контроля сопутствующих заболеваний, обеспечивают своевременное направление к врачам-нефрологам при возникновении осложнений, определенных настоящими методическими рекомендациями (таблица 1). Все это помогает замедлить прогрессирование заболевания и улучшить общие результаты лечения [5].

Классификация и стратификация стадий ХБП по уровню СКФ, соответствие стадий ХБП кодировке Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра (МКБ-10), и градация по уровню альбуминурии/протеинурии приведены в Приложении 1.

Нормативно-правовым актом, регламентирующим Порядок проведения диспансерного наблюдения (ДН) за взрослыми, является приказ Минздрава России от 15 марта 2022 г. № 168н[3]. Однако раздел этого Порядка (строка 22 в таблице приложения № 1 к Порядку), посвященный ДН пациентов с ХБП в значительной степени пересмотрен в Клинических рекомендациях (КР) "Хроническая болезнь почек"[2], разработанных Национальной Ассоциацией нефрологов и одобренных Научно-практическим Советом Минздрава России в 2024 г.[4]

В частности, в действующих КР проведена замена устаревшего термина "хроническая почечная недостаточность" на термин "хроническая болезнь почек", применено кодирование ХБП с использованием пяти кодов МКБ-10, а именно N18.1-N18.5 для обозначения пяти стадий ХБП (Приложение 1). Изменена периодичность диспансерных осмотров в зависимости от стадии заболевания и индекса альбуминурии, установлена пожизненная длительность ДН вне зависимости от стадии ХБП (таблицы 1, 5). Кроме того, проведено четкое разделе-

[1] Клинические рекомендации "Хроническая болезнь почек", https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/469_3.

[2] Клинические рекомендации "Анемия при хронической болезни почек" https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/623_5.

[3] Приказ Минздрава России от 15 марта 2022 г. № 168н (ред. от 28.02.2024) "Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми" (зарегистрировано в Минюсте России 21.04.2022, № 68288). СПС Консультант Плюс.

[4] "Медицинская помощь, за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации, организуется и оказывается: 1) в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти; 2) в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми уполномоченным федеральным органом исполнительной власти и обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями; 3) на основе клинических рекомендаций; 4) с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых уполномоченным федеральным органом исполнительной власти" — ст. 37 Федерального закона от 21.11.2011 № 323ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" СПС Консультант Плюс.

doi: 10.15829/3034-4123-2026-145

ние ответственности за осуществление ДН между врачами-нефрологами и врачами-терапевтами: первые обеспечивают регулярное ДН наиболее тяжелых больных с ХБП 3б-5 стадией (ХБП С3б-5), вторые — больных с ХБП 1-3а стадией (ХБП С1-3а). Отдельный раздел 5 КР прямо посвящен ДН, медицинским показаниям и противопоказаниям к применению основных методов первичной и вторичной профилактики ХБП.

Настоящие методические рекомендации разработаны преимущественно на основе, указанных КР. Ориентировочный алгоритм ДН представлен в таблице 1.

Лица, страдающие АГ, СД, дислипопротеидемией, ожирением, неалкогольной жировой болезнью печени, гиперурикемией, аутоиммунными болезнями, хроническими инфекционными заболеваниями, обструкцией нижних мочевых путей и мочекаменной болезнью должны находиться под ДН врачей-специалистов по основному заболеванию с обязательным учетом настоящих методических рекомендаций.

Таблица 1

Алгоритм диспансерного приема (осмотра, консультации) пациента с ХБП врачом-терапевтом

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом
1	2	3
N18.1 — ХБП С1 Повреждение почек с нормальной или повышенной СКФ (≥90 мл/мин); **N18.2** — ХБП С2 Повреждение почек с незначительным уменьшением СКФ (60-89 мл/мин); **N18.3** — ХБП С3 Повреждение почек с умеренным уменьшением СКФ (30-59 мл/мин)	**Не реже 4 раз в год**[4] **Особые указания в соответствии с клиническими рекомендациями:** пациенты при наличии • ХБП (С1-С2)+(А2-А3) — не реже 1 раза в год; • ХБП (С1-С2)+А4 — не реже 2 раз в год; • ХБП С3а+А2-А3 — не реже 2 раз в год; • ХБП С3а+А4 — не реже 4 раз в год (Приложение 1, табл. 5). **Контролируемые показатели**[2,4]**:** — АД; — ХС ЛНП; — СКФ; — уровень креатинина крови; — уровень и индекс альбуминурии. **Длительность наблюдения**[4]**:** — пациентов осле перенесенной острой почечной недостаточности срок диспансерного наблюдения определяется лечащим врачом индивидуально с учетом рекомендаций врача-нефролога; — пациентов, страдающих ХБП — пожизненно.	**Расспрос пациента (сбор жалоб с оценкой динамики):** На ранних стадиях ХБП патогномоничные симптомы и синдромы могут отсутствовать. Пациенты с ХБП С1-С3а могут не иметь жалоб, могут предъявлять жалобы по поводу основного заболевания, приведшего к ХБП. Необходимо провести расспрос пациента о наличии/отсутствии: • изменения цвета мочи (бесцветная; потеря прозрачности; появление примеси); • изменения объема диуреза (олигурия — уменьшение объема диуреза (<500 мл/сут.), полиурия — увеличение объема диуреза (>2000 мл/сут.); • никтурии (преобладание ночного диуреза над дневным); • повышения АД, нередко сопровождающегося головными болями, головокружениями; • сердцебиения, одышки, усиливающихся при физической нагрузке; • слабости, повышенной утомляемости; • периферических отеков (стоп, голеней, лица). **Сбор анамнеза:** • наличие любого заболевания, которое привело к ХБП (Приложение 2); • наличие острого почечного повреждения, в т.ч. ожоговой болезни, синдрома длительного сдавления тканей, отравлений в анамнезе; • перенесенные острые и имеющиеся хронические инфекционные заболевания, их осложнения; • наличие отягощенной наследственности по заболеваниям почек (в т.ч. семейный анамнез по заболеваниям почек и мочевыводящих путей); • уточнение общего аллергологического анамнеза и сведений о непереносимости лекарственных веществ (в т.ч. вакцин), процедур; • уточнение наличия сопутствующих заболеваний и их контроля, приема нефротоксичных препаратов. **Физикальное обследование:** Результаты физикального обследования неоднородны и зависят от основного заболевания. Пациенты с ХБП С1-С3а могут не иметь физикальных проявлений, могут иметь физикальные проявления основного заболевания, приведшего к ХБП. Необходимо провести: • общий осмотр с оценкой общего состояния пациента; • осмотр кожных покровов лица, головы, шеи, туловища, конечностей; • измерение окружности талии, роста, веса, расчет индекса массы тела; • перкуссию и аускультацию сердца, легких; • перкуссию и пальпацию живота, почек, аускультацию почечных артерий с целью выявления (исключения) систолического шума в проекции почечных артерий, являющегося признаком стеноза почечных артерий (например, в связи с атеросклерозом, фибромускулярной дисплазией), ведущего к реноваскулярной гипертензии;

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом
1	2	3
		• подсчет частоты сердечных сокращений и частоты пульса; • пальпацию пульса на лучевых артериях и артериях тыльной поверхности стоп; • измерение АД по Короткову; • пальпацию живота, печени; • определение наличия и распространенности периферических отеков. **Оценка модифицируемых факторов прогрессирования ХБП, анализ их динамики и тактика врача:** • Персистирующая активность патологического процесса, являющегося причиной развития ХБП: ◦ *разъяснить всем пациентам необходимость высокой приверженности к назначенной терапии с целью замедления темпов прогрессирования ХБП;* • Недостаточный метаболический контроль СД (уровень гликированного гемоглобина >7,0%): ◦ *разъяснить всем пациентам значимость поддержания оптимального уровня глюкозы для торможения развития и прогрессирования диабетического поражения почек и снижения риска смерти; рекомендовать соблюдение диеты, физической активности, подсчет углеводов по системе "хлебных единиц" пациентам, получающим инсулинотерапию, для определения дозы инсулина; разъяснить всем пациентам необходимость высокой приверженности к индивидуально подобранной сахароснижающей терапии;* • АГ (клиническое АД ≥140/90 мм рт. ст. или среднесуточное по данным суточного мониторирования АД ≥130/80 мм рт.ст., домашнее мониторирование АД ≥135/85 мм рт.ст.) [6]: ◦ *разъяснить всем пациентам значимость профилактики повышения уровня АД и его контроля на целевом уровне для снижения риска основных сердечно-сосудистых событий и прогрессирования дисфункции почек;* ◦ *разъяснить всем пациентам необходимость высокой приверженности к индивидуально подобранной антигипертензивной терапии;* • Альбуминурия/протеинурия (>30 мг/сут. и >150 мг/сут., соответственно): ◦ *разъяснить всем пациентам необходимость высокой приверженности к назначенной кардио- и нефропротективной терапии.* • Гломерулярная гиперфильтрация (предельно высокое значение СКФ для конкретного пациента; повышение СКФ от 125 до 145 мл/мин/1,73 м^2): ◦ *разъяснить всем пациентам необходимость высокой приверженности к назначенной кардио- и нефропротективной терапии;* • Метаболический синдром: (абдоминальный тип ожирения — окружность талии >80 см у женщин и >94 см у мужчин, АГ (АД ≥140/90 мм рт.ст.), повышение уровня триглицеридов (>1,7 ммоль/л), снижение уровня холестерина липопротеинов высокой плотности: у мужчин <1,0 ммоль/л, у женщин <1,2 ммоль/л; повышение уровня ХС ЛНП >3,0 ммоль/л; глюкоза натощак (венозная плазма) ≥6,1 ммоль/л, через 2 ч после нагрузки в рамках перорального глюкозотолерантного теста ≥7,8 и ≤11,1 ммоль/л): ◦ *рекомендовать изменение образа жизни, в т.ч. соблюдение принципов здорового и сбалансированного по составу питания;* ◦ *разъяснить значимость необходимости снижения массы тела, поддержания оптимального уровня глюкозы крови, профилактики повышения уровня АД и его контроля для снижения риска основных сердечно-сосудистых событий и прогрессирования дисфункции почек;* • Острое поражение почек, использование нефротоксичных препаратов, обструкция мочевыводящих путей: ◦ *своевременное выявление, экстренная госпитализация;* ◦ *при необходимости применения нефротоксичных препаратов следует взвесить соотношение потенциального риска нефротоксичности и пользы от применения, регулярно (не реже 1 р/мес.) контролировать уровень креатинина и СКФ при использовании нефротоксичных препаратов;* ◦ *междисциплинарный подход к лечению;*

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-145

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом
1	2	3
		• Осложнения дисфункции почек (минеральные и костные нарушения, дисэлектролитемия, метаболический ацидоз, гиперурикемия, дислипопротеидемия): ◦ *разъяснить всем пациентам необходимость соответствующих пищевых ограничений и высокой приверженности к назначенному лечению в соответствии с выявленными нарушениями;* • Белковый состав пищи: ◦ *рекомендуется нормальное (не повышенное) количество белка в пище при ХБП С1, С2 и С3а;* ◦ *применение диеты с ограничением потребления белка рекомендуется при ХБП С3б и выше;* • Потребление натрия с пищей: ◦ *при ХБП С1, С2 и С3а рекомендовано умеренное потребление соли — до 5 г в сут. для повышения эффективности лечения АГ и ренопротекции;* • Неалкогольная жировая болезнь печени (ее наличие ассоциировано с увеличением частоты развития протеинурии, более значительным снижением СКФ, а также развитием и прогрессированием ХБП[5]): ◦ *рекомендовать изменение образа жизни — регулярная физическая активность; исключение потребления алкоголя; диета с соблюдением принципов средиземноморского типа питания (в качестве основного источника жира предполагается использование масла, употребление в пищу большого количества овощей, фруктов и орехов, бобовых культур, цельного зерна, рыбы и морепродуктов, низкое потребление молочных продуктов, мяса и мясных продуктов), учет необходимых ограничений потребления бобовых, мяса, других продуктов в случае гиперурикемии);* ◦ *разъяснить всем пациентам необходимость высокой приверженности к назначенной терапии.* • Алкоголь: ◦ *рекомендовать полное исключение потребления любых алкогольных напитков для снижения риска прогрессирования ХБП* • Курение: ◦ *рекомендовать полное исключение курения любого вида изделий для снижения риска ССЗ, рака, улучшения контроля ССЗ, снижения риска прогрессирования ХБП* • Респираторные инфекции: ◦ *рекомендовать профилактику острых респираторных инфекций (ОРИ) с помощью вакцинации (Приложение 11), контактной (ношение масок, респираторов, мытье рук в период повышенного риска острых респираторных инфекций) и медикаментозной профилактики (рекомендовать прием приемлемого для конкретного пациента противовирусного препарата для профилактики в случае контакта с больным ОРИ или при первых признаках ОРИ у самого пациента, в последнем случае противовирусный препарат рекомендуется начать прием в ближайшие 24-48 ч от появления первых признаков ОРИ)* • Соблюдение правил личной гигиены и профилактики мочеполовых инфекций **Лабораторные исследования (сравнение показателей с нормой и/или целевым уровнем, анализ динамики):** • определение уровня креатинина крови[2] — не реже 1 раза в год (Приложение 3); • расчет СКФ[4] — *не реже 1 раза в год* (Приложение 4); • определение уровня ХС ЛНП[4] — не реже 1 раза в год; • определение альбуминурии[2] — не реже 1 раза в год; **Проводятся при снижении СКФ и/или увеличении альбуминурии, а также по назначению врача-нефролога:** • исследование уровня общего кальция в крови[2] — не реже 1 раза в год[6]; • исследование уровня неорганического фосфора в крови[2] — не реже 1 раза в год[6];

[5] Клинические рекомендации "Неалкогольная жировая болезнь печени", https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/748_2.

[6] Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1270н "Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при хронической болезни почек 4 стадии" (зарегистрировано в Минюсте России 01.03.2013, № 27424). СПС Консультант Плюс.

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом
1	2	3
		• общий (клинический) анализ крови развернутый[2] — не реже 1 раза в год[6]; • анализ крови биохимический, включая мочевую кислоту, калий, натрий, хлор — не реже 1 раза в год[6]; • анализ мочи общий — не реже 1 раза в год[6]; • определение соотношения креатинина и альбумина в моче[2]; • лабораторная диагностика системных осложнений ХБП[2] (выполняется при наличии показаний и по согласованию с врачом-нефрологом) (Приложение 5). **Инструментальные обследования (сравнение показателей с нормой и/или целевым уровнем, анализ динамики), (проводятся при снижении СКФ и/или увеличении альбуминурии, а также по назначению врача-нефролога):** • ультразвуковое исследование почек (всем пациентам с известной ХБП С1-С3а для выявления и оценки макроскопических изменений органа и их динамики)[2] — не реже 1 раза в год; • суточное мониторирование АД (пациентам с ХБП С1-С3а с предполагаемой или установленной АГ для уточнения диагноза, контроля эффективности и безопасности антигипертензивной терапии и оценки прогноза) — при наличии медицинских показаний; **Инструментальные данные, получаемые при самоконтроле пациентом параметров здоровья:** • уровень АД по результатам домашнего мониторирования; • уровень гликемии натощак (для пациентов с СД); • динамика веса (для пациентов с отечным синдромом, хронической сердечной недостаточности, ожирением). **Уточнение факта приема лекарственных препаратов с оценкой их совместимости:** • показаний и противопоказаний к применению; • наименований, доз и длительности приема; • возможной нефротоксичности, взаимодействия препарата(-ов), влияния на уровень мочевой кислоты, калия и натрия сыворотки крови, экскрецию мочевой кислоты **Определение приверженности к проводимому лечению** и его эффективности, выяснение причин невыполнения ранее назначенного лечения (Приложение 6). **Консультации врачей-специалистов (в том числе с применением телемедицинских технологий)[7]:** • консультация врача-нефролога по медицинским показаниям[8]: • изменение СКФ с определением уровня креатинина в крови; • нарастание протеинурии и/или развитие нефротического или нефритического синдромов; • признаки синдрома канальцевых дисфункций — гипокалиемия (при исключении других причин); • полиурия; • стойкий метаболический ацидоз или алкалоз; • консультация врача-офтальмолога пациентов с ХБП С1-С3а и АГ для оценки наличия, выраженности ретинопатии и ассоциированных рисков (проведение биомикрофотографии глазного дна с использованием фундус-камеры; • других врачей-специалистов при наличии показаний.

[7] Приказ Минздрава России от 30 ноября 2017 г. № 965н "Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий" (зарегистрировано в Минюсте России 9 января 2018 г. № 49577), https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=287515&dst=10000.

[8] Снижение СКФ >20% от исходного уровня требует привлечения врача-нефролога для анализа причины снижения и коррекции лечения. Комментарии: заболевание почек является прогрессирующим, если снижение СКФ составляет >5 мл/мин/год или >10 мл/мин/5 лет [2, 5]. Физиологическое снижение СКФ с возрастом составляет около 1 мл/мин/1,73 м^2/год [2].

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-145

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом
1	2	3
		Оценка достижения целевых показателей здоровья: • стойкая ремиссия или выздоровление от заболевания, приведшего к ХБП; • отсутствие прогрессирующего снижения функции почек (отсутствие перехода в более низкую категорию СКФ, снижение уровня альбуминурии/протеинурии); • у пациентов с ожирением — снижение массы тела (нормальный индекс массы тела 18,5-24,9 кг/м^2); • достижение метаболического контроля СД (уровень гликированного гемоглобина <7,0%); • уровень клинического АД <140/90 мм рт. ст. для всех пациентов с ХБП и АГ для снижения риска смерти, но не <120 мм рт.ст. для САД; уровень клинического АД <130/80 мм рт.ст. при наличии альбуминурии/протеинурии с целью ренопротекции; • целевой уровень ХС ЛНП <1,4 ммоль/л и снижение по меньшей мере на 50% от исходного через 8±4 недель терапии, уровень триглицеридов <1,7 ммоль/л; • стойкий отказ от курения и употребления никотинсодержащей продукции с целью снижения риска смерти, кардиоваскулярных событий и злокачественных новообразований; • другие целевые показатели в соответствии с индивидуальным планом лечения по сопутствующим заболеваниям (целевой уровень гемоглобина при наличии анемии — 100-120 г/л). **Краткое профилактическое консультирование (при наличии факторов риска (ФР)** включает обсуждение всех индивидуальных ФР (см. выше), рекомендации по немедикаментозной и медикаментозной профилактике модифицируемых ФР, психоэмоционального стресса, что важно для всех пациентов, особенно с отягощенным наследственным анамнезом прогностически неблагоприятных заболеваний[9] [5, 7, 8]. **Вторичная профилактика и медикаментозная терапия** (Приложение 7)**:** • назначение /коррекция терапии при наличии показаний; • лечение сопутствующих заболеваний; • учет совместимости, взаимодействий, побочных эффектов лекарственных препаратов. **Коррекция осложнений ХБП** (Приложение 8). **Определение показаний для направления на госпитализацию. Острое повреждение почек** (Приложение 9). **Определение показаний для направления в отделение (кабинет) медицинской реабилитации/ на консультацию к врачу по физической и реабилитационной медицине (врачу по медицинской реабилитации)** для определения индивидуальной маршрутизации пациента при реализации мероприятий по медицинской реабилитации[10]: пациенты с ХБП С1-С3а могут быть направлены врачом-терапевтом участковым на консультацию в отделение (кабинет) медицинской реабилитации для разработки индивидуального плана физической реабилитации. **Определение показаний и противопоказаний для направления на санаторно-курортное лечение.** Направление пациентов с ХБП на санаторно-курортное лечение не предусмотрено[11].

[9] Обучающий видеофильм "Краткое консультирование курящего пациента 5С", https://ropniz.ru/doctor-pm/doctor/instruction/education.

[10] Приказ Минздрава России от 31.07.2020 № 788н "Об утверждении порядка организации медицинской реабилитации взрослых" (зарегистрировано в Минюсте России 25.09.2020, № 60039). СПС Консультант плюс.

[11] Приказ Минздрава России от 27.03.2024 №143н "Об утверждении классификации природных лечебных ресурсов, указанных в пункте 2 статьи 2.1 Федерального закона от 23.02.1995 №26-ФЗ "О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах", их характеристик и перечня медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации с применением таких природных лечебных ресурсов" (зарегистрирован Минюстом России 01.04.2024, №77708). СПС Консультант Плюс.

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом
1	2	3
		Направление на вакцинацию (Приложение 10): • против гриппа ежегодно в сентябре-октябре; • против пневмококковой инфекции в соответствии с иммунным статусом пациента; • против других инфекционных заболеваний; • составление/коррекция индивидуального плана вакцинопрофилактики. **Направление пациента с наличием ФР хронических неинфекционных заболеваний** в отделение/кабинет медицинской профилактики или центр здоровья для проведения углубленного профилактического консультирования с целью коррекции ФР. **Направление пациента для прохождения обучения в "Школе для пациентов с хронической болезнью почек"** [9]. **Информирование пациента о результатах проведенного диспансерного приема (осмотра, консультации):** • информирование о течении болезни по данным объективной оценки; • выдача рекомендаций, письменного плана действий и самопомощи, информирование о целевых уровнях показателей здоровья; • информирование о необходимости регулярного диспансерного наблюдения; • информирование о необходимости прохождения диспансеризации и ежегодного профилактического медицинского осмотра, а также углубленной диспансеризации[12], а также соблюдения плана вакцинопрофилактики инфекционных заболеваний (Приложение 11); • назначение даты следующего диспансерного осмотра. **Оформление медицинской документации**, в том числе: • формы № 025/у "Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях"; • формы № 030/у "Контрольная карта диспансерного наблюдения"[13]; • формы № 057/у-04 "Направление для оказания медицинской помощи" (при необходимости); • оформление и выдача рецептурных бланков

Сокращения: АГ — артериальная гипертония, АД — артериальное давление, МКБ-10 — Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра, ОРИ — острая респираторная инфекция, СД — сахарный диабет, СКФ — скорость клубочковой фильтрации, ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания, ФР — факторы риска, ХБП — хроническая болезнь почек, ХС ЛНП — холестерин липопротеинов низкой плотности.

[12] Приказ Минздрава России от 27 апреля 2021 г. № 404н "Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения" (зарегистрировано в Минюсте России 30.06.2021, № 64042), СПС Консультант Плюс.

[13] Приказ Минздрава России от 13 мая 2025 г. № 274н "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков их ведения" (зарегистрировано в Минюсте России 30.05.2025, № 82433).СПС Консультант Плюс.

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-145

Приложение 1

Классификация и стратификация стадий ХБП по уровню СКФ. Соответствие стадий ХБП кодировке МКБ-10. Градация по уровню альбуминурии/протеинурии. Ориентировочная частота обследований пациентов с ХБП в зависимости от ее стадии и индекса альбуминурии

Таблица 2

Соответствие стадий ХБП кодировке МКБ-10[2*]

Код МКБ-10**	Название	Обозначение стадий ХБП
N18.1	ХБП, стадия 1	С1
N18.2	ХБП, стадия 2	С2
N18.3	ХБП, стадия 3	С3а
		С3б
N18.4	ХБП, стадия 4	С4
N18.5	ХБП, стадия 5	С5

Примечание: * — для обозначения этиологии ХБП следует использовать соответствующие коды заболеваний; ** — кодом N18.9 обозначаются случаи ХБП с неуточненной стадией. Код N18.9 употребляется для случаев ХБП с неуточненной стадией. Несоответствие кодов МКБ-10 и рекомендованных для использования в практике стадий ХБП заключается в отсутствии специальных кодов для стадий С3а и С3б, поэтому до внесения поправок для обеих стадий следует применять код N18.3.
Сокращение: ХБП — хроническая болезнь почек.

Таблица 3

Классификация стадий ХБП и их стратификация по уровню СКФ[2]

Обозначение стадий ХБП	Характеристика глобальной функции почек	Уровень СКФ, мл/мин/1,73 м^2
С1	Высокая или оптимальная	>90
С2	Незначительно сниженная	60-89
С3а	Умеренно сниженная	45-59
С3б	Существенно сниженная	30-44
С4	Резко сниженная	15-29
С5	Терминальная почечная недостаточность	<15

Сокращения: СКФ — скорость клубочковой фильтрации, ХБП — хроническая болезнь почек.

Таблица 4

Градация по уровню альбуминурии/протеинурии[2] [2]

	Норма/ незначительно повышен (А1)	Высокая (А2)	Очень высокая (А3)*	Нефротическая (А4)**
Альбумин в моче				
Суточная экскреции альбумина (мг/сут.)	<30	30-299	300-1999	≥2000
Отношение альбумин/креатинин мочи (мг/г)	<30	30-299	300-999	>2000
Отношение альбумин/креатинин мочи (мг/ммоль)	<3	3-29	30-99,9	>200
Общий белок в моче				
Суточная экскреция белка (мг/сут.)	<150	150-500	>500	>3500
Отношение общий белок/креатинин мочи (мг/г)	<150	150-500	>500	>3500

Примечание: * — соответствует суточной протеинурии >0,5 г; ** — соответствует суточной протеинурии >3,5 г. При альбуминурии уровня А3-4 можно использовать определение суточной протеинурии или отношение общий белок/креатинин в утренней порции мочи.

Таблица 5

Ориентировочная частота обследований пациентов с ХБП в зависимости от ее стадии и индекса альбуминурии[2]

Стадия ХБП	Индекс альбуминурии			
	А0, А1	А2	А3	А4
1-2	ежегодно	ежегодно	каждые 6 мес.	каждые 3 мес.
3а-3б	каждые 6 мес.	каждые 6 мес.	каждые 3 мес.	каждые 3 мес.
4	каждые 3 мес.	каждые 3 мес.	каждые 6 нед.	каждые 6 нед.
5	каждые 2-4 нед.	каждые 2-4 нед.	каждые 2-4 нед.	каждые 2-4 нед.

Сокращение: ХБП — хроническая болезнь почек.

Приложение 2
Основные факторы риска и прогноз ХБП

Таблица 6

Основные факторы риска развития ХБП[2]

Немодифицируемые	Модифицируемые
Пожилой возраст Исходно низкое число нефронов (низкая масса тела при рождении) Наследственные факторы (в том числе семейный анамнез по ХБП) Перенесенное ОПП	СД АГ Дислипопротеидемия Табакокурение Потребление алкоголя Ожирение/метаболический синдром НАЖБП Гиперурикемия Системные иммуновоспалительные ревматические заболевания Хроническое воспаление/системные инфекции Инфекции и конкременты мочевых путей Обструкция нижних мочевых путей Лекарственная токсичность Высокое потребление белка Беременность

Сокращения: АГ — артериальная гипертония, НАЖБП — неалкогольная жировая болезнь печени, ОПП — острое повреждение почек, СД — сахарный диабет, ХБП — хроническая болезнь почек.

Таблица 7

Стадии, индексы и прогноз ХБП — KDIGO 2012 (пулированные риски смерти от всех причин, сердечно-сосудистой смерти, прогрессирования ХБП, терминальная почечная недостаточность, острое повреждение почек)[2]

Категории ХБП по СКФ Характеристика и уровень СКФ (мл/мин/1,73 м²)			Категории персистирующей альбуминурии Характеристика и уровень		
			A1	A2	A3*-A4**
			Нормальная или незначительно повышена	Умеренно повышена	Резко повышена
			<30 мг/г <3 мг/ммоль	30-300 мг/г 3-30 мг/ммоль	>300 мг/г >30 мг/ммоль
C1	Нормальная или высокая	>90	Низкий риск	Умеренно повышенный риск	Высокий риск
C2	Незначительно снижена	60-89	Низкий риск	Умеренно повышенный риск	Высокий риск
C3a	Умеренно снижена	45-59	Умеренно повышенный риск	Высокий риск	Очень высокий риск
C3б	Существенно снижена	30-44	Высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск
C4	Резко снижена	15-29	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск
C5	Терминальная почечная недостаточность	<15	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск

Примечание: * — приблизительно соответствует суточной протеинурии ≥0,5 г; ** — приблизительно соответствует суточной протеинурии ≥3,5 г
Сокращения: СКФ — скорость клубочковой фильтрации, ХБП — хроническая болезнь почек.

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-145

Приложение 3
Факторы, прямо не связанные с патологией почек и способные влиять на концентрацию креатинина в сыворотке крови[2]

Факторы, ассоциированные с повышением/завышением концентрации сывороточного креатинина	Факторы, ассоциированные со снижением концентрации сывороточного креатинина
Африканская раса и афроамериканский этнос	Азиатская раса и латиноамериканский этнос
Высокая мышечная масса, анаболические стероиды	Низкая мышечная масса, мышечная атрофия, иммобилизация, геми- и тетрапарез, ампутации конечностей
Диета: высокое потребление мяса, сапплементация креатином	Диета: вегетарианская, низкобелковая, голодание
Лекарства: а) повышают продукцию креатинина: фенофибрат, альфакальцидол, кальцитриол, парикальцитол, преднизолон; б) подавляют тубулярную секрецию креатинина: сульфаметоксазол+триметоприм; в) способны вступать в реакцию Яффе: диуретики (в высоких дозах), цефалоспорины первого поколения и цефалоспорин второго поколения (цефокситин)	Лекарства, снижающие концентрацию креатинина за счет неустановленных механизмов, прямо не связанных с влиянием на деятельность почек: ацетилцистеин
Прочие метаболиты, способные вступать в реакцию Яффе ("некреатининовые хромогены"): кетоны, кетокислоты, мочевая кислота, некоторые протеины, билирубин	Заболевания и патологические состояния: сахарный диабет, воспаление, критические состояния
Усиление тубулярной реабсорбции креатинина: дегидратация, сердечная недостаточность, сахарный диабет	Усиление экстраренальной элиминации креатинина

Приложение 4
Расчет СКФ по формуле CKD-EPI (2021) по креатинину и по креатинину/цистатину С

Формула CKD-EPI (2021) по креатинину и по креатинину/цистатину С — самая точная для определения СКФ, не учитывает рассовую принадлежность, расчет СКФ проводится с поправкой на стандартную площадь поверхности тела (1,73 м^2) [10-12].

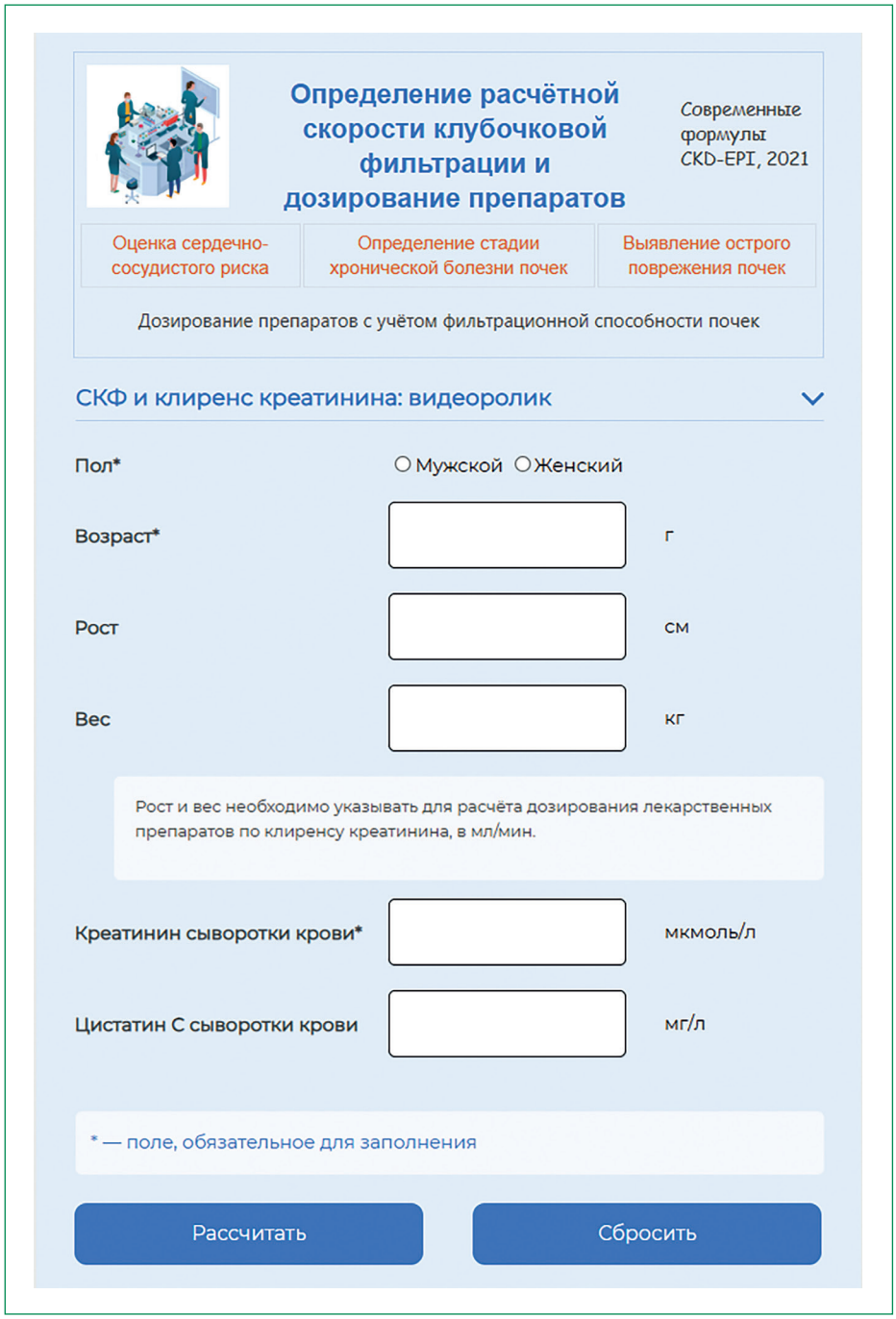


Рис. 1. Калькулятор "Определение расчётной скорости клубочковой фильтрации и дозирование препаратов"[14].

[14] On-line калькулятор СКФ доступен по ссылке: https://medoz.ru/doc/telergam/calculator/ckd_epi_2021.php

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-145

Приложение 5
Минимальный объем лабораторной диагностики системных осложнений ХБП[2]

Осложнение	Наименование услуги в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (Приказ Минздрава России от 13.10.2017 № 804н)
Анемия	• общий (клинический) анализ крови; • общий (клинический) анализ крови развернутый; • исследование уровня общего гемоглобина в крови; • определение среднего содержания и средней концентрации гемоглобина в эритроцитах; • определение размеров эритроцитов; исследование уровня ретикулоцитов в крови; исследование уровня лейкоцитов в крови; • дифференцированный подсчет лейкоцитов (лейкоцитарная формула); • определение уровня железа сыворотки крови; • определение уровня ферритина в крови; исследование насыщения трансферрина железом; • исследование кала на скрытую кровь. Рекомендуемый объем диагностики необходим для определения степени и типа анемии, активности эритропоэза, запасов железа, количества железа, доступного для эритропоэза. Тест на скрытую кровь в кале необходим для исключения кровотечения. В случае недостаточной информативности данных, полученных на начальном этапе, следует провести развернутое клиническое обследование, объем которого определяется индивидуально[2].
Дизэлектролитемия	• определение уровня натрия в крови; • определение уровня калия в крови; • определение уровня хлоридов в крови; • определение уровня общего кальция в крови; • определение уровня неорганического фосфора в крови
Ацидоз	• исследование кислотно-основного состояния и газов крови
Нарушение питания	• определение уровня альбумина в крови
Дислипидемия	• определение уровня холестерина в крови; • определение уровня холестерина липопротеинов низкой плотности; • определение уровня холестерина липопротеинов высокой плотности в крови; • определение уровня триглицеридов в крови
Гиперурикемия	• определение уровня мочевой кислоты в крови
МКН-ХБП	• определение уровня неорганического фосфора в крови; • определение уровня общего кальция в крови; • определение уровня паратиреоидного гормона в крови; • определение активности щелочной фосфатазы в крови; • определение уровня 25-ОН витамина Д в крови

Сокращение: МКН-ХБП — минеральные и костные нарушения-хроническая болезнь почек.

Приложение 6
Шкала приверженности фармакотерапии Национального общества доказательной фармакотерапии[15] [13]

Модуль I. "Общая фактическая приверженность фармакотерапии"					
1	**Назначал ли Вам лечащий врач лекарственную терапию?**				
А) Да Б) Нет В) Другое _____					
2	**Укажите, как Вы поступаете в отношении приема лекарственных препаратов (выберите подходящий ответ для каждого пункта):**				
А) Прекращаю прием лекарственных препаратов:					
	всегда	часто	иногда	редко	никогда
Б) Делаю перерывы в приеме лекарственных препаратов:					
	всегда	часто	иногда	редко	никогда
В) Самостоятельно меняю терапию (меняю дозу, кратность, время приема) или принимаю препараты без согласования с врачом:					
	всегда	часто	иногда	редко	никогда
Г) Забываю принимать лекарственные препараты:					
	всегда	часто	иногда	редко	никогда
Д) Воздерживаюсь от приема назначенных лекарственных препаратов					
	всегда	часто	иногда	редко	никогда
3	**Если Вы не стали принимать или изменили прием лекарственных препаратов, укажите причину:**				
А) Опасаюсь побочных эффектов от приема лекарственных препаратов					
Б) Возникли побочные эффекты на фоне приема лекарственных препаратов					
В) Отсутствие ощутимого эффекта/улучшения от лечения					
Г) Высокая цена лекарственных препаратов					
Д) Сомневаюсь в правильности назначенной мне терапии					
Е) Не хочу принимать лекарственные препараты длительно					
Ж) Принимаю очень много разных лекарственных препаратов					
З) Сложная/неудобная схема приема лекарственных препаратов					
И) Другое (укажите)					
Модуль II. "Препарат-специфичная фактическая приверженность фармакотерапии"					
1	**Укажите, как Вы поступаете в отношении приема лекарственных препаратов**				
А) Прекращаю прием лекарственных препаратов. Укажите препараты: _____					
Б) Делаю перерывы в приеме лекарственных препаратов. Укажите препараты: _____					
В) Самостоятельно меняю терапию (меняю дозу, кратность, время приема препаратов) или принимаю препараты без согласования с врачом. Укажите препараты: _____					
Г) Забываю принимать лекарственные препараты. Укажите препараты: _____					
Д) Воздерживаюсь от приема назначенных лекарственных препаратов. Укажите препараты: _____					
2	**Если Вы не стали принимать или изменили лекарственную терапию, укажите причину:**				
А) Опасаюсь побочных эффектов от приема лекарственных препаратов. Укажите препараты: _____					
Б) Возникли побочные эффекты на фоне приема лекарственных препаратов. Укажите препараты: _____					
В) Отсутствие ощутимого эффекта /улучшения от лечения. Укажите препараты: _____					
Г) Высокая цена лекарственных препаратов. Укажите препараты: _____					
Д) Сомневаюсь в правильности назначенной мне терапии. Укажите препараты: _____					
Е) Не хочу принимать лекарственные препараты длительно. Укажите препараты: _____					
Ж) Принимаю очень много разных лекарственных препаратов					
З) Сложная/неудобная схема приема лекарственных препаратов					
И) Другая причина (укажите) _____					
Модуль III. "Потенциальная приверженность фармакотерапии"					
1	**Собираетесь ли Вы принимать лекарственные препараты, рекомендованные Вам врачом?**				
	1) Нет 2) Скорее нет, чем да 3) Скорее да, чем нет 4) Да				

[15] Бланк опросника размещен на сайте Российского общества профилактики неинфекционных заболеваний и доступен к скачиванию по ссылке https://ropniz.ru/doctors/data/scales-questionnaires.

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-145

Инструкция:

- Определение балла проводится по ответу на вопрос 2 из модуля I.
- При выявлении неприверженности по модулю I, следует перейти к модулю II для оценки приверженности к каждому лекарственному препарату индивидуально.
- По модулю III оценивается потенциальная приверженность (намерения пациента выполнять врачебные рекомендации) к фармакотерапии.

Ключ к модулю I по вопросу 2

Вопрос	Варианты ответа "всегда", "часто", "иногда", "редко" приравниваются к одному результату	Вариант ответа: "никогда"	Результат **NB! Баллы не суммируются! Для определения уровня приверженности отбирается балл с максимальным значением по полученным ответам**
А	3 балла	0 баллов	0 баллов — полная приверженность
Б	2 балла		1 балл — частичная (неполная), вторичная неприверженность, ненамеренные нарушения врачебных рекомендаций
В	2 балла		2 балла — частичная (неполная), вторичная неприверженность, намеренные нарушения врачебных рекомендаций (в т. ч. самолечение)
Г	1 балл		3 балла — полная, вторичная неприверженность
Д	4 балла		4 балла — полная, первичная неприверженность

Ключ к модулю III Номер вопроса:

1 — потенциально не привержен
2 — потенциально частично не привержен
3 — потенциально частично привержен
4 — потенциально привержен

Приложение 7
Вторичная профилактика и медикаментозная терапия ХБП

Общие подходы к лечению ХБП (адаптировано: клинические рекомендации "Хроническая болезнь почек"[2] [2, 14]).

- Рекомендуется адекватная этиотропная и патогенетическая терапия с учетом причин ХБП с целью торможения прогрессирования дисфункции почек и улучшения прогноза.
- Терапевтическое изменение стиля жизни.
- Нефропротективная стратегия (назначение ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) или блокаторов рецепторов ангиотензина-II (БРА) и ингибиторов натрий-глюкозного котранспортёра 2 типа (иНГЛТ-2), являющаяся одновременно кардиопротективной, играет ключевую роль, особенно на ранних стадиях ХБП.
- Тактика ведения пациентов с ХБП зависит от выраженности снижения СКФ (стадии ХБП).

Таблица 8

Направленность практических мероприятий по ведению ХБП в зависимости от ее стадии

Стадия	Рекомендуемые мероприятия
С1	Диагностика и этиотропное лечение основного заболевания почек Коррекция общих патогенетических факторов риска хронической болезни почек с целью замедления темпов ее прогрессирования Диагностика состояния сердечно-сосудистой системы и коррекция терапии Контроль факторов риска развития и прогрессирования сердечно-сосудистых осложнений
С2	Мероприятия по стадии 1 + Оценка скорости прогрессирования и коррекция терапии
С3	Мероприятия по стадии 2 + Выявление, профилактика и лечение системных осложнений дисфункции почек (АГ, изменения сердечно-сосудистой системы, анемия, нарушения водно-электролитного баланса, дислипопротеидемия, ацидоз, МКН-ХБП, БЭН
С4	Мероприятия по стадии 3 + Подготовка к ЗПТ
С5	Мероприятия по стадии 4* + ЗПТ + Профилактика, выявление и лечение системных осложнений терминальной почечной недостаточности (изменений сердечно-сосудистой системы, АГ, анемии, нарушений водно-электролитного баланса, МКН-ХБП, ацидоза, БЭН и др.)

Примечание: * — за исключением этиотропного лечения основного заболевания почек.
Сокращения: АГ — артериальная гипертония, БЭН — белково-энергетическая недостаточность, ЗПТ — заместительная почечная терапия, МКН-ХБП — минеральные и костные нарушения-хроническая болезнь почек.

Вторичная профилактика, немедикаментозная терапия:

- Регулярная физическая активность (как минимум по 30 мин 5 раз в неделю);
- Отказ от табакокурения и употребления алкоголя;
- Соблюдение основных правил питания, в т.ч. умеренное снижение пищевого потребления соли до 5 г/сут. и ограничение потребления животного белка со стадии ХБП 3б (таблица 9);
- Снижение массы тела у пациентов, страдающих ожирением;
- Гигиена сна;
- Управление стрессом.

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-145

Таблица 9

Основные правила питания при ХБП в зависимости от стадии

Стадия ХБП		
С1–С2	**С3–С5 (до диализа)**	**С5 (диализ)**
Ограничение соли до 5 г/сут.	Ограничение соли (2-5 г/сут.)	Ограничение соли (в соответствии с индивидуальным планом лечения)
Прием достаточного количества жидкости (не менее 1,5 л/сут.)	Ограничение жидкости (в соответствии с индивидуальным планом лечения)	Ограничение жидкости (в соответствии с индивидуальным планом лечения)
Прием витаминов согласно популяционным нормам	Возможен прием витаминов для поддержания их целевых уровней (в соответствии с индивидуальным планом лечения)	Возможен прием витаминов для поддержания их целевых уровней (в соответствии с индивидуальным планом лечения)
Употребление достаточного количества калорий	Употребление достаточного количества калорий	Употребление достаточного количества калорий
–	Ограничение белка* (не б>0,3-0,4 г/кг массы тела/сут. — при ХБП С3б и выше)	Ограничение белка (в соответствии с индивидуальным планом лечения)
1,0-1,2	Ограничение фосфора** (0,8-1 г/сут. при ХБП С3а, не >0,8 при ХБП С3б и выше)	Ограничение фосфора** (не >0,8 г/сут.)
Потребление калия 4-5 г/сут.	Ограничение калия (2,0-3,0 г/сут.)	Ограничение калия (2,0-3,0 г/сут.)

Примечание: * — рекомендовано пациентам с ХБП С3б-С5, не имеющим проявлений белково-энергетической недостаточности или тяжелых сопутствующих заболеваний с гиперкатаболизмом с целью дополнительного контроля метаболических нарушений и удлинения додиализного периода течения ХБП; ** — целевой уровень фосфора в крови <1,48 ммоль/л. Ограничение потребления фосфора с пищей за счет снижения потребления продуктов, содержащих фосфор в виде пищевых добавок и с высоким естественным содержанием фосфора (консервы, субпродукты (печень, почки, потроха), копчености (мясо, рыба), колбасные изделия, газированные напитки, полуфабрикаты, сгущенное и концентрированное молоко, шоколадные бисквиты, пирожные, шоколадные пасты).
Сокращение: ХБП — хроническая болезнь почек.

Анемия при ХБП

Развитие анемии при ХБП обусловлено нарушением выработки эритропоэтина в почках. Тяжесть анемии коррелирует со степенью нарушения функции почек. В патогенезе анемии играют роль дефицит железа и повышенный уровень воспалительных цитокинов. Объем необходимых лабораторных исследований для первичной диагностики причин анемии у пациентов с ХБП указан в Приложении 6.

Кардионефропротективная стратегия

Дозирование лекарственных препаратов у пациентов с ХБП следует осуществлять с учетом уровня СКФ и избегать, по возможности, назначения нефротоксичных препаратов. Всем пациентам, принимающим потенциально нефротоксичные препараты, независимо от уровня СКФ и наличия ХБП, необходимо проводить регулярный контроль уровня креатинина, СКФ, электролитов и, при возможности, сывороточной концентрации препарата. Недопустим прием каких-либо препаратов, в т.ч. биологических добавок и трав, без предварительной консультации с врачом. При необходимости точного дозирования препарата из-за его высокой токсичности или узкого терапевтического окна, рекомендуется использовать клиренсовые методы оценки функции почек.

Основной целью терапии больных с ХБП является воздействие на модифицируемые факторы риска (гипергликемия, АГ, дислипидемия, ожирение, анемия, гиперурикемия и др.) для предотвращения развития повреждения почек или замедления прогрессирования ХБП, предупреждения развития ССО, а также управление факторами риска (рисунок 2). Основные направления нефропротективной терапии ХБП представлены в таблице 10.

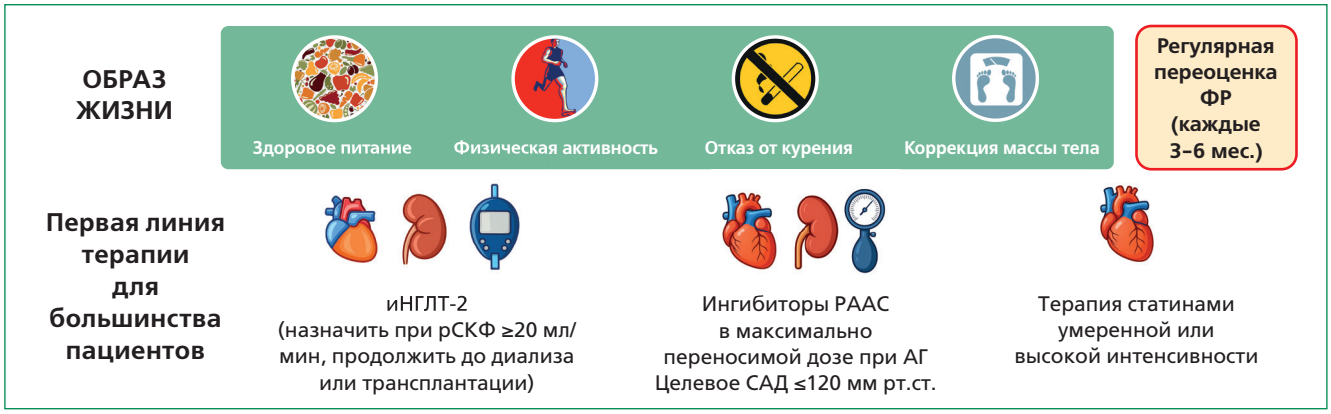


Рис. 2. Терапия ХБП и управление факторами риска [2].
Сокращение: иНГЛТ-2 — ингибитор натрий-глюкозного котранспортера 2 типа, РААС — ренин-ангиотензин-альдостероновая система, САД — систолическое артериальное давление, ФР — фактор риска.

Назначение иАПФ или БРА в отсутствие противопоказаний у пациентов с ХБП С1-С5 рекомендовано для снижения протеинурии и рисков прогрессирования дисфункции почек (ренопротекции), сердечно-сосудистые события.

Лечение иАПФ или БРА должно сопровождаться мониторированием, профилактикой, оценкой и своевременной коррекцией вероятных побочных эффектов фармакотерапии — гиперкалиемии, снижения СКФ, развития острого повреждения почек.

Лечение пациентов с ХБП С3-С5 и явной протеинурией (>500 мг/24 ч или 500 мг/г) проводится по согласованию с врачом-нефрологом.

Таблица 10

Терапевтические подходы к воздействию на традиционные факторы риска при ХБП [2]

Фактор риска	Терапевтические подходы
Модификация образа жизни	Отказ от курения Снижение массы тела Физические нагрузки ≥30 мин × 5 раз в нед. Питание DASH
Артериальная гипертония	Целевые значения САД <120 мм рт.ст. при отсутствии противопоказаний (KDIGO) Целевые значения САД <130 мм рт.ст., ДАД <80 мм рт.ст. (ESH) Целевые значения САД до 130-139 мм рт.ст. при АУ А1-А2, до 120-130 мм рт.ст. при АУ А3-А4 при отсутствии противопоказаний (КР ХБП) Блокада РААС (максимально переносимая доза) + диуретик и/или блокатор кальциевых каналов Не комбинировать препараты из группы блокаторов РААС
Гликемия	Целевой HbA_{1c} 7,0-8,0% Целевой HbA_{1c} <6,5% у молодых пациентов при отсутствии тяжелой сопутствующей патологии Модификация образа жизни Терапия первой линии: ингибиторы НГЛТ-2
Дислипидемия	Ингибиторы ГМГ-КоА (статины) Эзетимиб Ингибиторы PCSK-9 (рСКФ >20 мл/мин/1,73 м^2) Целевые значения ХС ЛНП: — Пациенты с АССЗ и пациенты с очень высоким риском: уровень ХС ЛНП <1,4 ммоль/л (55 мг/дл) и снижение уровня ХС ЛНП на ≥50% по сравнению с исходным уровнем — Высокий сердечно-сосудистый риск: уровень ХС ЛНП <1,8 ммоль/л (70 мг/дл) и снижение на ≥50% по сравнению с исходным уровнем — Умеренный/низкий сердечно-сосудистый риск: уровень ХС ЛНП <3,0 ммоль/л (116 мг/дл)

Сокращения: АССЗ — атеросклеротические сердечно-сосудистые заболевания, АУ — альбуминурия, ГМГ-КоА — 3-гидрокси-3-метилглютарил-кофермент А редуктаза, ДАД — диастолическое артериальное давление, НГЛТ-2 — натрий-глюкозный котранспортер 2 типа, РААС — ренин-ангиотензин-альдостероновая система, рСКФ — расчетная скорость клубочковой фильтрации, САД — систолическое артериальное давление, ХБП — хроническая болезнь почек, ХС ЛНП — холестерин липопротеидов низкой плотности, DASH — Dietary Approaches to Stop Hypertension/диетические подходы к борьбе с гипертонией, HbA_{1c} — гликированный гемоглобин, PCSK-9 — пропротеиновая конвертаза субтилизин-кексинового типа 9, КР ХБП — клинические рекомендации Хроническая болезнь почек, ESH — рекомендации European Society of Hypertension/Европейское общество по артериальной гипертонии, KDIGO — рекомендации Kidney Disease: Improving Global Outcomes/Инициатива по улучшению глобальных исходов заболеваний почек.

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-145

Антигипертензивная терапия

- Блокаторы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) более эффективны в снижении альбуминурии/протеинурии, чем другие антигипертензивные препараты, и показаны пациентам с АГ при наличии повышенной альбуминурии или явной протеинурии.
- Блокаторы РААС должны титроваться до максимально возможных дозировок при хорошей переносимости.
- Достижение целевого АД обычно требует комбинированной терапии, рекомендуется комбинировать блокаторы РААС с другими антигипертензивными препаратами: блокаторы РААС (максимально переносимая доза) +диуретик и/или блокатор кальциевых каналов.
- Для достижения необходимой эффективности лечения АГ и ренопротекции пациентам с ХБП С1-С5 рекомендовано использовать в комбинированной антигипертензивной терапии: гидрохлоротиазид или индапамид при расчетной СКФ (рСКФ) >30 мл/мин/1,73 м^2; "петлевые" диуретики или их комбинацию с тиазидными диуретиками (тиазиды) при рСКФ <30 мл/мин/1,73 м^2.
- Не комбинировать препараты из группы блокаторов РААС.
- Антагонисты минералокортикоидных рецепторов не могут быть рекомендованы при СКФ <30 мл/мин/1,73 м^2, особенно в комбинации с блокатором РААС, учитывая риск ухудшения функции почек и гиперкалиемии.

Правила назначения иАПФ/БРА

- Применение препаратов с двойным путем выведения или преимущественным выведением печенью (таблица 11);
- Начало терапии с низких доз при СКФ <45 мл/мин/1,73 м^2;
- Продолжение терапии при СКФ <30 мл/мин/1,73 м^2;
- Отказ от применения при двухстороннем стенозе почечной артерии (абсолютное противопоказание); симптоматической гипотензии; неконтролируемой гиперкалиемии, несмотря на медикаментозное лечение; снижении рСКФ <15 мл/мин/1,73 м^2 до начала диализа;
- Временная отмена при интеркуррентных заболеваниях, плановом внутривенном введении рентгенконтрастных препаратов, перед большими оперативными вмешательствами.

Комментарии. *Транзиторное снижение СКФ и задержка К являются прямыми следствиями фармакологической блокады компонентов РААС, частота которых зависит от степени снижения СКФ.*

Антигипертензивная терапия должна быть индивидуализирована, а ее вероятные негативные последствия должны подвергаться клиническому мониторингу. Индивидуализация и мониторинг касаются: оценки возможных и связанных со снижением АД нарушений кровообращения, главным образом, почек, мозга и сердца; постепенному снижению АД с оценкой клинического состояния пациента; контроля СКФ до и после начала антигипертензивной терапии.

Таблица 11

Пути выведения блокаторов РААС

Международное непатентованое название препарата	Пути выведения	
	Печень	Почки
иАПФ		
Рамиприл	40%	60%
Моэксиприл	60%	40%
Спираприл	55%	45%
Трандолаприл	67%	33%
Фозиноприл	50%	50%
Квинаприл	50%	50%
Периндоприл	10%	90%
Цилазаприл	-	100%
Лизиноприл	-	100%
Беназеприл	10%	90%
Эналаприл	10%	90%
Каптоприл	10%	90%
БРА		
Телмисартан	99%	1%
Ирбесартан	75%	20%

Таблица 11. Продолжение

Международное непатентованое название препарата	Пути выведения	
	Печень	Почки
Лозартан	65%	15-30%
Валсартан	72%	28%
Эпросартан	70%	30%
Кандесартан	40%	60%

Сокращения: иАПФ — ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, БРА –блокаторы рецепторов ангиотензина-II.

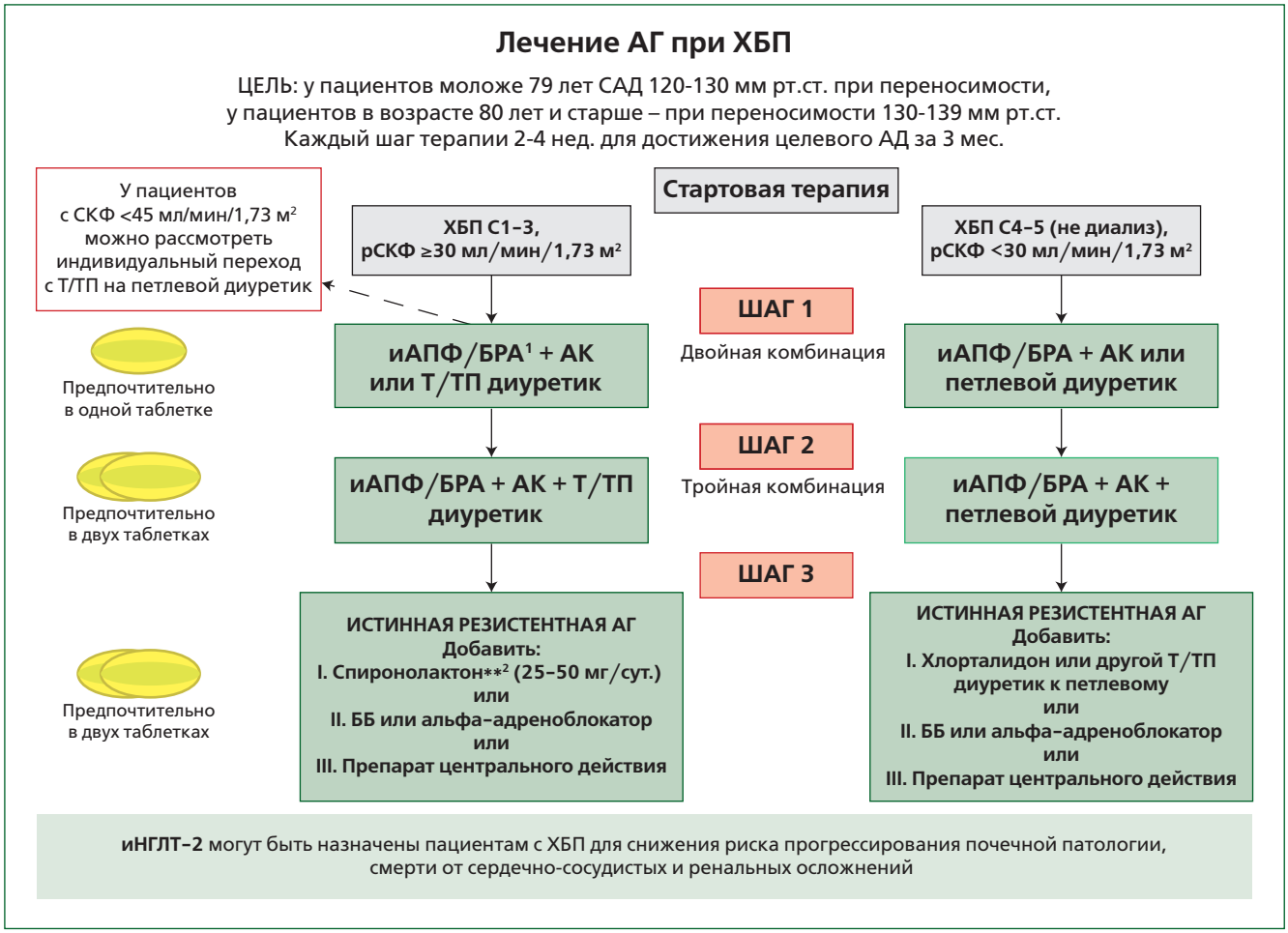


Рис. 3. Стратегия лекарственной терапии при сочетании ХБП и АГ [2, 15].
Примечание: [1] — у пациентов с ХБП, получающих антигипертензивную терапию, особенно иАПФ или БРА, можно ожидать повышения уровня креатинина. Значительное повышение уровня креатинина на фоне назначения иРААС требует обследования пациента для исключения реноваскулярного заболевания; [2] — риск гиперкалиемии при назначении спиронолактона, особенно при исходной СКФ <45 мл/мин/1,73 м² и уровне калия 4,5 ммоль/л. Во всех случаях титровать до полной дозировки при переносимости.
Сокращения: АГ — артериальная гипертензия, АД — артериальное давление, АК — антагонисты кальция, ББ — бета-адреноблокаторы, БРА — блокаторы рецепторов ангиотензина, иАПФ — ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, иНГЛТ-2 — ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2 типа, рСКФ — расчетная скорость клубочковой фильтрации, САД — систолическое артериальное давление, СКФ — скорость клубочковой фильтрации, Т/ТП — тиазидный/тиазидоподобный, ХБП — хроническая болезнь почек.

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-145

Лечение ХБП при СД

- У пациентов с ХБП и СД контроль гликемии является частью нефро- и кардиопротективной стратегии, наравне с антигипертензивной и гиполипидемической терапией, с целью предупреждения сердечно-сосудистых осложнений и замедления прогрессирования ХБП.
- Для контроля гликемии у пациентов с СД 2 типа и ХБП С1-3 (СКФ >30 мл/мин/1,73 м^2) в качестве терапии первой линии следует использовать метформин и иНГЛТ-2 с доказанными свойствами замедлять прогрессирование ХБП (канаглифлозин, дапаглифлозин, эмпаглифлозин).
- Финеренон (селективный антагонист минералокортикоидных рецепторов) — пациентам с нормальной концентрацией калия в сыворотке для снижения риска прогрессирования ХБП и развития кардиоваскулярных событий у пациентов с СД и ХБП и уровнем альбуминурии А2 и выше и рСКФ >25 мл/мин/1,73 м^2.
- При недостижении индивидуального целевого контроля гликемии при применении иНГЛТ-2, рассмотреть возможность применения агонистов рецепторов глюкагоноподобного пептида-1, показавших снижение риска прогрессирования ХБП и развития кардиоваскулярных событий [16].

Таблица 12

Сахароснижающие препараты, допустимые к применению на различных стадиях ХБП [2]

Препараты	Стадия ХБП
Метформин	С1-3*
Глибенкламид (в т.ч. микронизированный)	С1-2
Гликлазид и гликлазид МВ	С1-4*
Глимепирид	С1-4*
Гликвидон	С1-5
Глипизид и глипизид ретард	С1-4*
Репаглинид	С1-5
Натеглинид	С1-3*
Пиоглитазон	С1-4
Росиглитазон	С1-4
Ситаглиптин	С1-5*
Вилдаглиптин	С1-5*
Саксаглиптин	С1-5*
Линаглиптин	С1-5
Алоглиптин	С1-5*
Гозоглиптин	С1-3а
Гемиглиптин	С1-5
Эвоглиптин	С1-4
Эксенатид	С1-3
Лираглутид	С1-4
Ликсисенатид	С1-3
Дулаглутид	С1-4
Семаглутид	С1-4
Дапаглифлозин	С1-4**
Эмпаглифлозин	С1-4***
Канаглифлозин	С1-4****
Ипраглифлозин	С1-3
Лусеоглифлозин	С1-3
Тирзепатид	Коррекция дозы при почечной недостаточности не требуется, однако следует соблюдать осторожность, т.к. опыт использования ограничен
Инсулины, включая аналоги	С1-5*

Примечание: * — при ХБП С3б-5 необходима коррекция дозы препарата. Необходимо помнить о повышении риска развития гипогликемии у больных на инсулинотерапии по мере прогрессирования заболевания почек от ХБП С1-2 до С3-5, что требует снижения дозы инсулина; ** — не инициировать при рСКФ <25 мл/мин/1,73 м^2 (можно продолжить у ранее получавших терапию), на диализе противопоказан; *** — не инициировать при рСКФ <20 мл/мин/1,73 м^2 (можно продолжить у ранее получавших терапию), на диализе противопоказан; **** — не инициировать при рСКФ <30 мл/мин/1,73 м^2 (можно продолжить при альбуминурии >300 мг/сут. у ранее получавших терапию), на диализе противопоказан.

Гиполипидемическая терапия

- Пациенты с ХБП 3-5-й стадии имеют высокий или очень высокий сердечно-сосудистый риск.
- Использование статинов или комбинации статин/эзетимиб рекомендуется у пациентов с ХБП 3-5 стадий, не находящихся на гемодиализе.
- Для повышения эффективности лечения дислипидемии, снижения риска ССО и смертности, при недостаточной эффективности терапии ингибиторами ГМГ-КоА-редуктазы или статином, непереносимости ингибиторов ГМГ-КоА-редуктазы (статинов) или противопоказаниях к их применению рекомендовано дополнительно назначение PCSK9-таргетной терапии.

Таблица 13

Дозирование липидснижающих препаратов при ХБП [2]

Препарат	Нет ХБП или ХБП 1–2 стадии	ХБП 3 стадии	ХБП 4–5 стадии	Почечный трансплантат
Статины (мг/сут.)				
Аторвастатин	10-80	10-80	10-80	10-20
Флувастатин	20-80	20-80	10-80	10-80
Ловастатин	10-80	10-80	10-40	10-40
Правастатин	10-40	10-40	10-20	10-20
Розувастатин	5-40	5-20	5-10	5
Симвастатин	5-40	5-40	5-20	5-20
Фибраты (мг/сут.)				
Безафибрат	400-600	200	противопоказан	неизвестно
Ципрофибрат	100-200	противопоказан		
Фенофибрат	200-400 микронизированная форма 145-200 мг	с осторожностью	противопоказан при рСКФ <20 мл/мин/1,73 м^2	
Ингибиторы PCSK-9 (мг)				
Эволокумаб	п/к 140 мг/2 нед. 420 мг/мес.		не показан при рСКФ <20 мл/мин/1,73 м^2	неизвестно
Алирокумаб	п/к 75-150 мг/2 нед.			
Инклисиран	п/к 284 мг/3 → 6 мес.			
Другие (мг/сут.)				
Эзетимиб	10	10	10	неизвестно
Никотиновая кислота	2000	2000	1000	неизвестно
Бемпедовая кислота	180	180	неизвестно	неизвестно

Сокращения: рСКФ — расчетная скорость клубочковой фильтрации, ХБП — хроническая болезнь почек, PCSK-9 — пропротеиновая конвертаза субтилизин-кексинового типа 9.

Лечение ССЗ при ХБП

- Пациентов с ХБП следует относить к группе высокого и очень высокого риска ССЗ.
- При лечении ишемической болезни сердца у пациентов с ХБП следует исходить из действующих клинических рекомендаций при отсутствии противопоказаний (необходима коррекция дозы препаратов с учетом СКФ).
- Антитромбоцитарная терапия может назначаться пациентам с ХБП с высоким и очень высоким риском ССО, если не повышен риск кровотечения (необходима коррекция дозы препаратов с учетом СКФ) (таблица 14).
- Лечение хронической сердечной недостаточности (ХСН) при ХБП следует проводить в том же объеме, что и у пациентов без ХБП (необходима коррекция дозы препаратов с учетом СКФ).
- При болях в грудной клетке пациенты с ХБП должны обследоваться также, как и пациенты без ХБП.
- При проведении терапии следует контролировать состояние пациентов, мониторировать СКФ и уровень калия в сыворотке крови.

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-145

Таблица 14

Дозирование антитромботических препаратов при ХБП [2]

Препарат	Сохраненная функция почек и ХБП С1–3 (рСКФ ≥30 мл/мин/1,73 м^2)	ХБП С4 (рСКФ 15–29 мл/мин/1,73 м^2)	ХБП С5 (рСКФ <15 мл/мин/1,73 м^2)
Ацетилсалициловая кислота	Нагрузочная доза 150-300 мг перорально с последующей поддерживающей дозой 75-100 мг/сут.	Без коррекции дозы	Без коррекции дозы
Клопидогрел	Нагрузочная доза 300-600 мг перорально с последующей дозой 75 мг/сут.	Без коррекции дозы	Неизвестно
Тикагрелор	Нагрузочная доза 180 мг перорально, затем по 90 мг 2 раза/сут.	Без коррекции дозы	Не рекомендуется
Прасугрел	Нагрузочная доза 60 мг перорально с последующей дозой 10 мг/сут.	Без коррекции дозы	Не рекомендуется
Эноксапарин	1 мг/кг п/к, 2 раза/сут. 0,75 мг/кг п/к, 2 раза/сут. у пациентов >75 лет	1 мг/кг п/к, 1 раз/сут.	Не рекомендуется
Нефракционированный гепарин	*Перед коронарографией:* болюсно 60-70 МЕ/кг в/в (максимум 5000 МЕ) и инфузионно (12-15 МЕ/кг/ч, максимум 1000 МЕ/ч), целевое активированное частичное тромбопластиновое время 1,5-2,5 × контроль *Во время ЧКВ:* по активированному времени свертывания крови или 70-100 МЕ/кг в/в у пациентов, не получающих антикоагулянты (50-70 МЕ/кг при одновременном применении ингибиторов гликопротеиновых рецепторов IIb/IIIa)	Без коррекции дозы	Без коррекции дозы
Фондапаринукс	2,5 мг п/к, 1 раз/сут.	Не рекомендуется при рСКФ <20 мл/мин/1,73 м^2 и для пациентов на диализе	Не рекомендуется
Бивалирудин	Болюсно 0,75 мг/кг в/в, инфузия 1,75 мг/кг/ч Если рСКФ ≥30 и ≤60 мл/мин/1,73 м2, снизить дозу инфузии до 1,4 мг/кг/ч	Не рекомендуется	Не рекомендуется
Эптифибатид	Болюс 180 мкг/кг в/в с последующей инфузией 2,0 мкг/кг/мин в течение до 18 ч Если рСКФ <50 мл/мин/1,73 м^2, снизить до 1,0 мкг/кг/мин	Не рекомендуется	Не рекомендуется
Тирофибан	Болюс 25 мкг/кг в/в, затем 0,15 мкг/кг/мин	Снизить скорость инфузии до 50%, если рСКФ <30 мл/мин/1,73 м^2	Не рекомендуется

Сокращения: в/в — внутривенно, п/к — подкожно, рСКФ — расчетная скорость клубочковой фильтрации, ХБП — хроническая болезнь почек, ЧКВ — чрескожное коронарное вмешательство.

ХБП и ХСН^2 [2, 17]

Сочетание ХСН и ХБП описывается термином "хронический кардиоренальный синдром 2-го типа". Нарушенная функция почек является важнейшим предиктором неблагоприятного прогноза у больных с ХСН наравне с тяжестью ХСН и фракцией выброса ЛЖ. При СКФ <60 мл/мин/1,73 м^2 риск смертности увеличивается в 2,1 раза, при сниженной систолической функции ЛЖ риск смерти пациентов при нали-

чии почечной недостаточности возрастает в 3,8 раза, при неизмененной систолической функции — в 2,9 раза. При выраженных нарушениях сократимости миокарда ЛЖ снижение СКФ, как правило, совпадает с появлением другого неблагоприятного маркера — увеличением плазменной концентрации натрийуретических пептидов [2].

При назначении препаратов для лечения ХСН важно учитывать как исходную СКФ, так и ее динамику на фоне назначенной медикаментозной терапии.

Бета-адреноблокаторы (разрешенные к использованию при сердечной недостаточности со сниженной фракцией выброса) допустимо использовать при любых значениях СКФ, при этом их назначение не должно влиять на динамику СКФ ни сразу после назначения, ни в дальнейшем. В российских инструкциях к применению карведилола, бисопролола и метопролола сукцината почечная недостаточность не является противопоказанием к назначению, но указано, что при выраженной почечной недостаточности эти препараты должны назначаться с осторожностью. В инструкции к небивололу указано, что препарат противопоказан при клиренсе креатинина <20 мл/мин/1,73 м^2. У пациентов с проведением диализа следует учитывать, что карведилол не выводится при диализе, а бисопролол и небиволол выводятся в ограниченной степени, в то время как более водорастворимый метопролол выводится при диализе, что может потребовать коррекции дозы у пациентов с проведением диализа.

Следует отметить, что, несмотря на возможное транзиторное снижение СКФ в начале лечения, иАПФ/БРА можно использовать у пациентов с ХБП, но с учетом слабой доказательной базы по их использованию у пациентов с ХСН и СКФ <15 мл/мин/1,73 м^2. При принятии решения об их назначении у пациентов с ХБП следует учитывать способ выведения конкретного препарата, рекомендации по коррекции дозы в случае наличия ХБП и проверять наличие противопоказаний и показаний в инструкции.

Применение сакубитрил+валсартан следует осуществлять в первую очередь у пациентов с СКФ ≥30 мл/мин/1,73 м^2. В российской инструкции указано, что назначение препарата может быть рассмотрено у пациентов с СКФ <30 мл/мин/1,73 м^2 с дополнением о том, что в таком случае начальная доза должна быть 50 мг два раза в день.

В дополнение к терапии иАПФ или БРА, для снижения кардиоваскулярной смертности и частоты госпитализаций, рисков прогрессирования ХБП и развития острого повреждения почек, пациентам с ХБП недиабетической этиологии с СКФ ≥20 мл/мин/1,73 м^2 рекомендуется применение иНГЛТ-2 с доказанной эффективностью (дапаглифлозина/эмпаглифлозина)[2].

Включение в терапию дапаглифлозина/эмпаглифлозина у пациентов с ХСН, ХБП и СД 2 типа способствует снижению риска кардиоваскулярных событий и прогрессирования ХБП[2].

Доказательная база антагонистов альдостерона имеется для значений СКФ ≥30 мл/мин/1,73 м^2. И спиронолактон, и эплеренон могут вызвать транзиторное снижение СКФ и не оказывают долгосрочного положительного эффекта на СКФ.

При назначении фармакотерапии пациентам с сочетанием ХСН и ХБП важно учитывать границу СКФ для каждого конкретного препарата. Инициация терапии требует контроля уровня калия, креатинина и СКФ, так как в начале приема этих лекарственных препаратов может отмечаться временное снижение СКФ и повышение уровня калия. При этом не всегда подобные изменения требуют коррекции дозы или отмены препаратов.

Особенности применения лекарственных препаратов в части влияния на функцию почек представлены таблицах 3-19 методических рекомендаций "Диспансерное наблюдение пациентов с хронической сердечной недостаточностью врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения" [17].

doi: 10.15829/3034-4123-2026-145

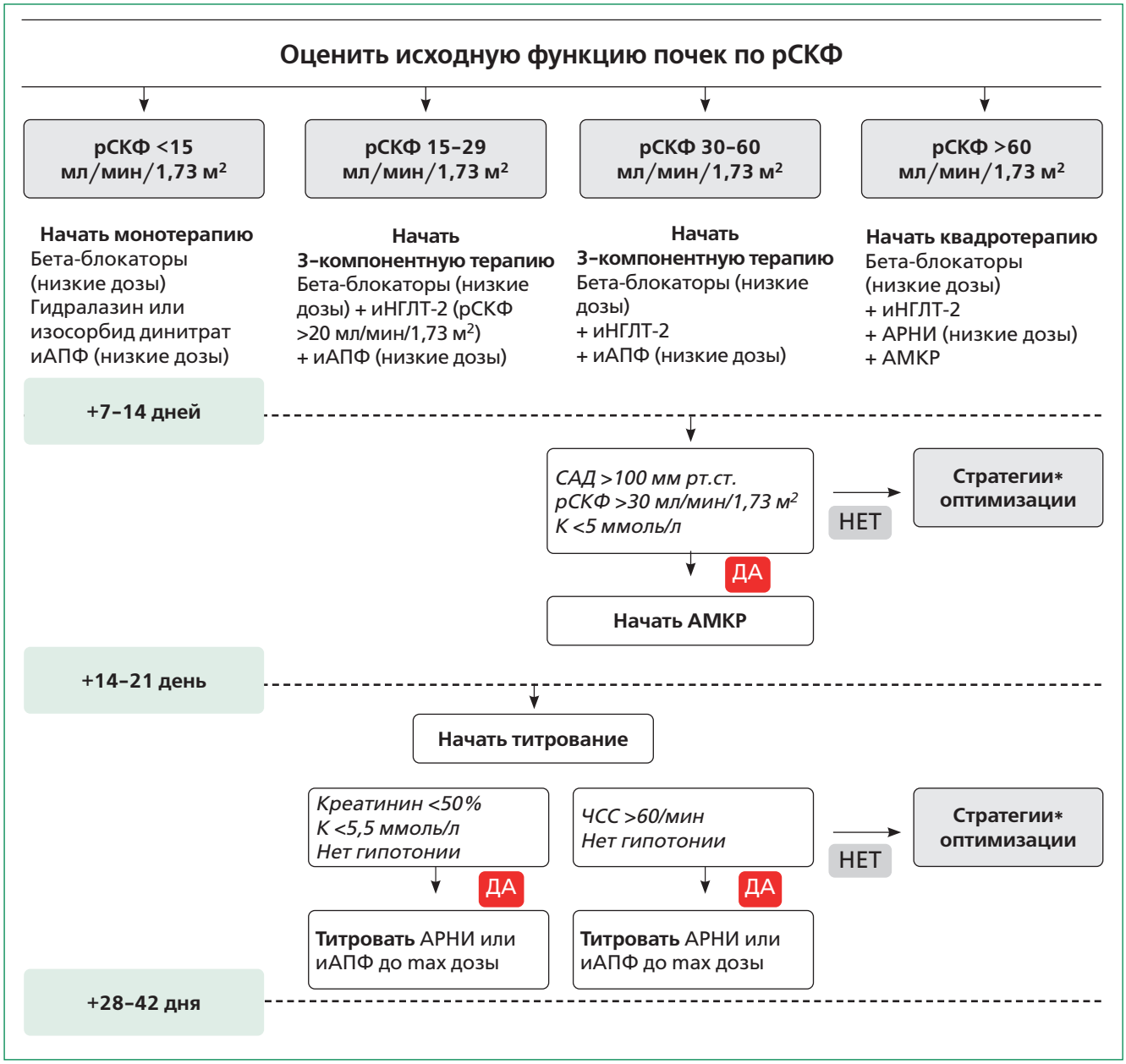


Рис. 4. Алгоритм подбора терапии для пациентов с сердечной недостаточностью со сниженной фракцией выброса и ХБП [2]

Примечания:

*Стратегии оптимизации:

• Низкое АД: отменить другие антигипертензивные препараты, оценить выраженность застоя. Оценить наличие синдрома низкого сердечного выброса, кардиомиопатии.

• Низкая рСКФ: отменить нефротоксичные препараты, провести обследование для исключения повреждения почек (стеноз почечной артерии?).

• Высокий уровень калия: выполнить электрокардиографию, отменить калий-содержащие препараты, исключить гиповолемию/гиперволемию, лабораторную ошибку. Рассмотреть назначение калий-связывающих препаратов.

• Низкая частота сердечных сокращений (<50 уд./мин): выполнить электрокардиографию (атриовентрикулярная блокада высокой степени?), отменить препараты, вызывающие брадикардию.

Сокращения: АМКР — антагонист минералокортикоидных рецепторов, АРНИ — ангиотензиновых рецепторов и неприлизина ингибитор, иАПФ — ингибитор ангиотензинпревращающего фермента, иНГЛТ-2 — ингибитор натрий-глюкозного котранспортера 2 типа, рСКФ — расчетная скорость клубочковой фильтрации, СНнФВ — сердечная недостаточность со сниженной фракцией выброса, ЧСС — частота сердечных сокращений.

Таблица 15

Дозирование прогнозмодифицирующих препаратов при ХСН с коррекцией по СКФ [2]

Препарат	Начальная доза (мг)	Целевая доза (мг)	Коррекция дозы (%) по СКФ (мл/мин/1,73 м²)		
			>50	10-50	<10
Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента					
Каптоприл	6,25 мг × 3 раза/сут.	50 мг × 3 раза/сут.	100	75	50
Эналаприл	2,5 мг × 2 раза/сут.	10-20 мг × 2 раза/сут.	100	75-100	50
Лизиноприл	2,5-5,0 мг/сут.	20-35 мг/сут.	100	50-75	25-50
Рамиприл	2,5 мг/сут.	5 мг/сут.	100	50-75	25-50
Трандолаприл	0,5 мг/сут.	4 мг/сут.	100	50-100	50
Блокаторы рецепторов ангиотензина II					
Кандесартан	4-8 мг/сут.	32 мг/сут.	коррекции дозы не требуется		
Валсартан	40 мг × 2 раза/сут.	160 мг × 2 раза/сут.			
Лозартан	50 мг/сут.	150 мг/сут.			
Ангиотензиновых рецепторов и неприлизина ингибитор Сакубитрил/ Валсартан	100 мг × 2 раза/сут.	200 мг × 2 раза/сут.	инициация с 50% начальной дозы при рСКФ <30 мл/мин/1,73 м²		
Бета-адреноблокаторы					
Бисопролол	1,25 мг/сут.	10 мг/сут.	100	75	50
Карведилол	3,125 мг × 2 раза/сут.	25-50 мг × 2 раза/сут.	коррекции дозы не требуется		
Метопролол (CR/XL)	12,5-25 мг/сут.	200 мг/сут.			
Небиволол	1,25 мг/сут.	10 мг/сут.	100	100	50
Антагонисты минералокортикоидных рецепторов					
Эплеренон	25 мг/сут.	50 мг/сут.	не показан при рСКФ <30 мл/мин/1,73 м² при додиализной ХБП		
			показан пациентам на диализе (ХБП С5Д) в дозе 50 мг/сут.		
Спиронолактон	25 мг/сут.	25-50 мг/сут.	не показан при рСКФ <30 мл/мин/1,73 м² при додиализной ХБП		
			показан пациентам на диализе (ХБП С5Д) в дозе 12,5-25 мг/сут.		
Финеренон	10 мг/сут.	20 мг/сут.	при рСКФ ≥25 — <60 мл/мин/1,73 м² — 10 мг		
			не показан при рСКФ <25 мл/мин/1,73 м²		
Ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2 типа					
Дапаглифлозин	10 мг/сут.	10 мг/сут.	не показан для инициации при рСКФ <20 мл/мин/1,73 м²		
Эмпаглифлозин	10 мг/сут.	10 мг/сут.	не показан для инициации при рСКФ <20 мл/мин/1,73 м²		

Сокращения: рСКФ — расчетная скорость клубочковой фильтрации, ХБП — хроническая болезнь почек.

ХБП и фибрилляция предсердий[2] [2, 18, 19]

ХБП, независимо от фибрилляции предсердий (ФП), является протромботическим и прогеморрагическим состоянием, а снижение клиренса креатинина расценивается как лучший независимый предиктор ишемического инсульта, системной эмболии и кровотечений.

ХБП является часто встречающейся сопутствующей патологией у пациентов с ФП. Существует двунаправленное взаимодействие между ФП и ХБП: ХБП предрасполагает к развитию ФП, а наличие ФП сопряжено с ухудшением внутрипочечной гемодинамики, риском дальнейшего снижения СКФ и нарастания альбуминурии. Примерно у одного из пяти пациентов с ХБП имеется впервые диагностированная ФП, а у 50% пациентов с ФП имеются разной степени выраженности нарушения фильтрационной функции почек. По сравнению с пациентами только с наличием ФП или ХБП, у пациентов с их сочетанием имеется повышенный риск инсульта и смертности из-за чрезмерного риска развития как тромбоэмболических осложнений, так и тяжелых кровотечений.

Снижение фильтрационной функции почек может иметь важное значение в отношении фармакокинетики используемых медикаментозных препаратов. Основные изменения фармакокинетики препарата у пациентов с ХБП включают биодоступность, объем распределения, связывания с белками, метаболизм препарата и его выведение. Эти изменения могут привести к снижению элиминации препаратов и/или их метаболитов, повышению чувствительности к препаратам, увеличению риска побочных эффек-

тов и даже к потере эффективности. Для антиаритмических препаратов (ААП), элиминируемых почками, наиболее опасные последствия накопления препарата включают токсический и аритмогенный эффекты с потенциальными жизнеугрожающими осложнениями.

При назначении ААП рекомендована коррекция дозы препарата исходя из уровня СКФ с учетом потенциального удлинения времени полувыведения вещества. Дозы препаратов при лечении ФП и ХБП должны соответствовать инструкциям. В таблицах 16 и 17 представлена характеристика ААП для поддержания синусового ритма и контроля частоты желудочковых сокращений при ФП и ХБП.

Пациенты без четких показаний к контролю ритма по умолчанию должны придерживаться стратегии контроля частоты. При этом следует учитывать вариативность симптоматики и потенциально повышенную склонность к развитию тахииндуцированной кардиомиопатии, фармакокинетику и диализуемость препаратов, применяемых для контроля частоты.

Таблица 16

Характеристика ААП для поддержания синусового ритма при ФП/трепетании предсердий и ХБП [18]

Препарат	Элиминация	Диализируемость	Дозирование при ХБП	Примечания
Пропафенон	38-50% выводится с мочой в виде активных метаболитов (1% без изменений)	Нет	Рекомендуется тщательный мониторинг (госпитализация при прогрессирующей ХБП)	Не использовать при наличии значимого структурного заболевания сердца
Амиодарон	нет почечной элиминации	Нет	Нет требований к дозировке; взаимодействие со многими препаратами	
Соталол	70% из организма без изменений в моче	Назначить поддерживающую дозу после гемодиализа или добавить 80 мг после гемодиализа	Относительное противопоказание с учетом риска проаритмических эффектов. В редких и отдельных случаях доза должна быть уменьшена вдвое или до четверти при ХБП	Относительное противопоказание ввиду риска проаритмических эффектов

Сокращение: ХБП — хроническая болезнь почек.

Таблица 17

Характеристики ААП для контроля частоты ритма сердца при ХБП [18]

Препарат	Элиминация	Диализируемость	Дозирование при ХБП
Атенолол	Без изменений в моче	Да	Может потребоваться уменьшить дозу
Пропранолол	Печеночный метаболизм	Нет	Креатинин сыворотки может увеличиваться, но не требуется корректировка дозы
Бисопролол	50% из организма без изменений в моче	Нет	Доза должна быть уменьшена при тяжелой ХБП
Метопролол	Печеночный метаболизм	Да	Снижение дозы не требуется
Карведилол	16% почечным путем	Нет	Конкретные рекомендации по корректировке дозы при почечной недостаточности отсутствуют
Верапамил	70% выводится с мочой	Нет	Снижение дозы на 20-25%, если клиренс креатинина <10 мл/мин, не очищается гемодиализом
Дилтиазем	2-4% неизмененного препарата выводится с мочой	Нет	Использовать с осторожностью
Дигоксин	Основной путь элиминации — почечный (тесно коррелирующий с СКФ)	Нет	Требуется адаптация дозировки, мониторинг уровня дигоксина сыворотки крови

Сокращения: СКФ — скорость клубочковой фильтрации, ХБП — хроническая болезнь почек.

Рекомендуемая частота оценки уровня гемоглобина, почечной и печеночной функции у пациентов с ХБП (клиренс креатинина <60 мл/мин), длительно получающих прямые оральные антикоагулянты — 1 раз в N месяцев (где N=величина клиренса креатинина/10).

Выбор антитромботической терапии основывается на абсолютных рисках инсульта/ТЭО и кровотечения, а также совокупного клинического преимущества для пациента с ХБП (таблицы 18, 19).

Постоянный прием пероральных антикоагулянтов с целью профилактики ТЭО необходим пациентам с умеренным или тяжелым митральным стенозом, механическими протезами клапанов сердца, а при отсутствии этой патологии — пациентам мужского пола с суммой баллов по шкале CHA_2DS_2-VASc ≥2 и пациентам женского пола с суммой баллов по шкале CHA_2DS_2-VASc ≥3.

При отсутствии умеренного или тяжелого митрального стеноза, механических протезов клапанов сердца, мужчинам с суммой баллов по шкале CHA_2DS_2-VASc =1 и женщинам с суммой баллов = 2, имеющим невысокий риск инсульта/тромбоэмболии, назначение пероральных антикоагулянтов осуществляется с учетом индивидуальных особенностей (включая наличие дополнительных факторов риска, не входящих с состав шкалы CHA_2DS_2-VASc).

У пациентов с ФП и первоначально низким риском инсульта по шкале CHA_2DS_2-VASc переоценка риска инсульта должна быть проведена через 4-6 мес. после первичной оценки.

Таблица 18

Факторы риска инсульта и системных эмболий у пациентов с ФП и их значимость в баллах (шкала CHA_2DS_2-VASc)[16]

Факторы риска тромбоэмболических осложнений	Оценка в баллах
"C" Хроническая сердечная недостаточность/дисфункция левого желудочка	1
"H" Артериальная гипертония	1
"A" Возраст ≥75 лет	2
"D" Диабет	1
"S" Ишемический инсульт/транзиторная ишемическая атака/системные эмболии в анамнезе	2
"VASc" Сосудистое заболевание (инфаркт миокарда в анамнезе, атеросклеротическое поражение артерий нижних конечностей, атеросклеротическое поражение аорты)	1
Возраст 65-74 года	1
Женский пол	1

Таблица 19

Индекс риска кровотечений HAS-BLEED16

Клиническая характеристика	Баллы
Гипертония — систолическое АД >160 мм рт.ст.	1
Нарушение функции почек или печени: диализ, трансплантация почки или сывороточный креатинин ≥200 ммоль/л; хроническое заболевание печени (например, цирроз); или биохимические признаки серьезного поражения печени (например, уровень билирубина в 2 раза выше верхней границы нормы в сочетании с повышением активности АСТ/АЛТ/щелочной фосфатазы более чем в 3 раза по сравнению с верхней границей нормы и т.д.)	1 или 2
Инсульт в анамнезе	1
Кровотечение в анамнезе и/или предрасположенность к кровотечению, например, геморрагический диатез, анемия и т.д.	1
Лабильное МНО — нестабильное/высокое МНО или <60% измерений МНО в пределах целевого диапазона	1
Возраст старше 65 лет	1
Сопутствующий прием антитромбоцитарных, нестероидных противовоспалительных препаратов или злоупотребление алкоголем	1 или 2
Максимально возможное количество баллов	*9*

Сокращения: АД — артериальное давление, АЛТ — аланинаминотрансфераза, АСТ — аспартатаминотрансфераза, МНО — международное нормализованное отношение.

[16] Бланк опросника размещен на сайте Российского общества профилактики неинфекционных заболеваний и доступен к скачиванию по ссылке https://ropniz.ru/doctors/data/scales-questionnaires.

doi: 10.15829/3034-4123-2026-145

Таблица 20

Дозирование прямых оральных антикоагулянтов у пациентов с ХБП [2]

Препарат / Категория клиренса креатинина	Дабигатран	Ривароксабан	Апиксабан	Эдоксабан
>95 мл/мин	150 мг × 2 раза/сут.	20 мг/сут.	5 мг × 2 раза/сут./ 2,5 мг × 2 раза/сут.	60* мг/сут.
50-94 мл/мин				60 мг/сут. (снижение дозы смотри ниже)
30-49 мл/мин	150 мг × 2 раза/сут./110 × 2 раза/сут. (высокий риск кровотечений, сопутствующая терапия верапамилом)	15 мг/сут.		30 мг/сут. (снижение дозы смотри ниже)
15-29 мл/мин	не использовать	15 мг/сут. (использовать с осторожностью)	2,5 мг × 2 раза/сут. (использовать с осторожностью)	30 мг/сут. (использовать с осторожностью)
Диализ	не использовать	Не использовать	Не использовать	Не использовать

Примечание: * — эдоксабан назначается пациентам с высоким клиренсом креатинина только после индивидуальной оценки рисков тромбоэмболии и кровотечений.

Основные аспекты ДН пациентов с ФП изложены в методических рекомендациях "Диспансерное наблюдение пациентов с фибрилляцией и трепетанием предсердий врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения" [18].

Приложение 8
Коррекция осложнений ХБП

адаптировано из клинических рекомендаций "Хроническая болезнь почек"[2]

Коррекция гиперкалиемии

Гиперкалиемия — жизнеугрожающее метаболическое расстройство, осложняющее ХБП. Причинами гиперкалиемии в такой ситуации является ХБП сама по себе, коморбидная патология и лекарства, используемые для лечения данного состояния.

Факторами риска гиперкалиемии при ХБП являются: СД, декомпенсированная ХСН; добавки К, заменители соли, некоторые травы и обогащенные К продукты при нарушении почечной экскреции, а также некоторые лекарственные препараты (таблица 21).

Таблица 21

Медикаментозные факторы риска гиперкалиемии

Механизм действия	Лекарственные препараты
Ингибирование высвобождения ренина из юкстагломерулярных клеток	• Нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты • Бета-адреноблокаторы • Ингибиторы кальцинейрина: циклоспорин, такролимус
Блокада высвобождения альдостерона из надпочечников	• Гепарин натрия • Кетоконазол
Блокада минералокортикоидных рецепторов (Антагонисты альдостерона)	• Спиронолактон • Эплеренон
Блокада эпителиальных натриевых каналов в собирательных трубочках	• Гидрохлоротиазид+Триамтерен Сульфаметоксазол+Триметоприм

Комментарии. *Изменения на электрокардиограмме по мере увеличения выраженности гиперкалиемии обычно прогрессируют в такой последовательности: появление высоких, узких и заостренных положительных зубцов Т (К 6-7 ммоль/л), укорочение интервала QT; расширение или отсутствие зубца Р, расширение комплекса QRS (К 7-8 ммоль/л); слияние комплекса QRS с зубцом Т — синусоидальный QRST (К 8-9 ммоль/л); атриовентрикулярная блокада, желудочковая тахикардия/фибрилляция (К >9 ммоль/л).*

Важное место в профилактике гиперкалиемии на разных стадиях ХБП занимает ограничение поступления К с пищей.

На ранних стадиях ХБП потребление К стоит ограничивать уровнем, свойственным здоровым лицам — 4-5 г/сут., с рекомендациями более жесткого контроля диетарного К при выраженной дисфункции почек (таблица 22).

Таблица 22

Степень ограничения минеральных веществ в рационе в зависимости от стадии ХБП

Стадия ХБП	Расчетная СКФ, мл/мин/1,73 м^2	Суточная потребность в ингредиентах (г/сут.)
1	≥90	K 4,0-5,0 Na <2,4 P 1,0-1,2
2	60-89	K 4,0-5,0 Na <2,4 P 1,0-1,2
3а	45-59	K 2,0-3,0* Na <2,4 P 0,8-1,0
3б	30-44	K 2,0-3,0* Na <2,4 P 0,8-1,0
4	15-29	K 2,0-3,0* Na <2,4 P <0,8
5	<15 (диализ)	K 2,0-3,0 Na <2,4 P <0,8

Примечание: * — при наличии гиперкалиемии (концентрация К в сыворотке крови >5,5 ммоль/л).
Сокращение: СКФ — скорость клубочковой фильтрации.

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-145

Для предупреждения гиперкалиемии и ее жизнеугрожающих последствий у пациентов с ХБП С1-С5, получающих лечение препаратами, блокирующими РААС, при увеличении К >5,0 ммоль/л рекомендовано дополнять уменьшение потребления пищевого К до 2-3 г/сутки назначением петлевых диуретиков, коррекцией ацидоза, а также отменой (или снижением дозы) других лекарств, индуцирующих гиперкалиемию, а также исключение следующих продуктов: картофель, абрикосы, персики, бананы, курага, инжир, орехи, петрушка, шоколад.

Пациентам с ХБП С1-С5Д с гиперкалиемией >5,5 ммоль/л с характерными изменениями на электрокардиограмме или желудочковыми нарушениями ритма и проводимости рекомендуется незамедлительное проведение терапии: в виде комбинации ингаляций сальбутамола (небулайзер) и внутривенного болюсного введения препаратов из группы "инсулины и их аналоги короткого действия" (например, инсулин растворимый человеческий генно-инженерный) для оперативного снижения К крови и предупреждения/лечения жизнеугрожающих аритмий с последующим проведением сеанса гемодиализа, если гиперкалиемия не купирована и/или ее симптомы сохраняются.

Коррекция гиперурикемии

Рекомендовано проводить лечение для снижения уровня мочевой кислоты в крови для снижения темпов прогрессирования болезни, применяются ингибиторы фермента ксантиноксидазы, который участвует в превращении гипоксантина в ксантин и ксантина в мочевую кислоту: аллопуринол, фебуксостат.

Коррекция недостаточности или дефицита витамина Д:

— колекальциферол — препарат витамина Д.

Коррекция белкового обмена, минеральных и костных нарушений при ХБП (гиперфосфатемия, вторичный гиперпаратиреоз, недостаточность или дефицит витамина Д, гиперкальциемия, гипокальциемия), почечной анемии *осуществляется по согласованию с врачом-нефрологом.*

Приложение 9
Показания для госпитализации. Острое повреждение почек

адаптировано из клинических рекомендаций "Хроническая болезнь почек"[2]

Таблица 23

Показания для госпитализации пациентов с ХБП

Плановая госпитализация	• необходимость диагностики/дифференциальной диагностики этиологических факторов ХБП с применением биопсии почек или других диагностических исследований, требующих госпитализации; • ХБП С1-С5 на фоне беременности; • подготовка к проведению оперативного лечения у пациента с ХБП по разным показаниям; • выраженная анемия (гемоглобин <70-75 г/л, гематокрит <0,25-0,30 л/л), либо наличие симптомов и признаков анемической гипоксии даже при более высоких показателях концентрации Hb.
Экстренная госпитализация	• ХБП С1-С5 и развитие или подозрение на развитие острого повреждения почек; • быстропрогрессирующее снижение СКФ и/или повышение уровня креатинина крови (на >50% в течение 2-6 мес.); • острый нефритический синдром; • ХБП С1-С5 и водно-электролитные нарушения и ацидоз (потеря жидкости и гиповолемия, гиперкалиемия, гипокалиемия, гипонатриемия, метаболический ацидоз, декомпенсированный); • ХБП С1-С5 и резистентная к амбулаторному лечению артериальной гипертонии (включая гипертензивный криз); • впервые выявленное снижение СКФ <30 мл/мин/1,73 м^2.

Сокращения: СКФ — скорость клубочковой фильтрации, ХБП — хроническая болезнь почек.

Острое повреждение почек (ОПП)

ОПП — патологическое состояние, развивающееся в результате непосредственного острого воздействия ренальных и/или экстраренальных повреждающих факторов, продолжающееся до 7-ми суток и характеризующееся быстрым (часы-дни) развитием признаков повреждения или дисфункции почек различной степени выраженности.

ОПП определяется как:

- повышение креатинина крови >26 мкмоль/л на протяжении 48 ч;
- или повышение креатинина крови >50% от исходного за 7 дней;
- диурез <0,5 мл/кг/час в течение более 6 ч.

Риск развития ОПП повышается как в присутствии факторов риска ОПП (критическое состояние больного, сепсис, шок, травмы и ожоги, кардиохирургические и большие хирургические вмешательства, нефротоксичные и рентгенконтрастные препараты, отравления), так и при наличии состояний, повышающих восприимчивость пациента к факторам риска ОПП (дегидратация, пожилой возраст, женский пол, черная раса, ХБП, ССЗ, СД, рак, анемия, проводимая терапия).

При этом ХБП является основным фактором риска острого повреждения органа, что делает нередким внезапное снижение функции почек в случаях т.н. "ОПП на ХБП" с ускорением темпов прогрессирования последней. С другой стороны, перенесенное ОПП резко увеличивает риск развития ХБП и терминальной почечной недостаточности, что объясняется резидуальным дефектом почек. Пациенты с риском развития ОПП нуждаются в тщательном контроле уровня креатинина и диуреза.

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-145

Приложение 10
Рекомендации по проведению вакцинации пациентов с ХБП

Хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ), иммунодефициты, а также рецидивирующие инфекции дыхательных путей, увеличение возраста снижают возможности врожденного и адаптивного иммунитета. Это формирует когорту лиц, восприимчивых к инфекционным заболеваниям, персистирующей инфекции мочевыводящих путей и почек, в т.ч. контролируемым средствами специфической профилактики[17] [20]. Наличие хронических болезней, в частности ХБП, их сочетания сопряжены с более тяжелым течением любого инфекционного заболевания, быстрым прогрессированием острых и ХНИЗ до терминальной стадии и летальным исходом.

Вакцинация является наиболее эффективной мерой профилактики, обеспечивающей снижение заболеваемости и смертности, в том числе от ХБП и других ХНИЗ, увеличивает продолжительность активной жизни [20], однако не исключает применение других средств защиты от инфекций.

Вакцинация пациентов с ХБП осуществляется в соответствии с календарем профилактических прививок[18], другими нормативными правовыми актами, а также соответствующими клиническими и методическими рекомендациями, с учетом иммунного статуса пациента и иных индивидуальных характеристик пациента[17,19] [20-23]. У больных ХБП, в первую очередь, уделяют внимание профилактике гриппа, пневмококковой инфекции и гепатита В, особенно при быстром прогрессировании ХБП и вероятности скорой потребности в заместительной почечной терапии. Затем составляют план вакцинопрофилактики других инфекций. Любая вакцинация основывается на учете иммунного статуса. Иммунизация иммунокомпрометированных пациентов основывается на подходах, отраженных в отдельных клинических рекомендациях по нозологиям и методических рекомендациях "Иммунизация иммунокомпрометированных пациентов"[17]. Основные рекомендации по проведению вакцинации пациентов с ХБП в рамках ДН представлены в таблице 24.

У пациентов с тяжелыми иммунодефицитами, аллергическими реакциями подходы к иммунизации рассматриваются совместно с врачом-аллергологом-иммунологом и иными врачами-специалистами[17].

---

[17] Письмо Минздрава России от 13.06.2025 № 30-0/И/2-11677 о направлении методических рекомендаций "Иммунизация иммунокомпрометированных пациентов", https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2024/03/mr_immunizaciya_immunokomprometirovannyh_pacientov.pdf.

[18] Приказ Минздрава России от 06 декабря 2021 г. № 1122н "Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок" (зарегистрировано в Минюсте России 20.12.2021, № 66435). СПС Консультант Плюс.

[19] Письмо Минздрава России от 21.01.2022 № 15-2/И/2-806 "О методических рекомендациях по проведению иммунизации в соответствии с приказом Минздрава России от 06.12.2021 № 1122н". СПС "Консультант Плюс".

Таблица 24

Основные рекомендации по проведению вакцинации пациентов с ХБП С1–С3а в рамках ДН

№ п/п	Наименование профилактической прививки	Примечание
1	Вакцинация против гриппа	Рекомендована неживая вакцина всем пациентам ежегодно (оптимальный период проведения — август-сентябрь, до начала сезонного подъема заболеваемости)
2	Против пневмококковой инфекции	Рекомендована всем пациентам однократная вакцинация ПВК13 или ПКВ20 (пневмококковая конъюгированная вакцина); оценка необходимости вакцинации ППВ23 (пневмококковая полисахаридная вакцина) 1 раз в 5 лет. Для иммунокомпрометированных рекомендована схема: ПКВ13, затем ППВ23 через 8 нед., а также другие схемы[17] [21, 22]
3	Вакцинация против вирусного гепатита В	В соответствии с календарем прививок и учетом иммунного статуса и заболевания, приведшего к ХБП[17]
4	Вакцинация/ревакцинация против дифтерии, столбняка	Каждые 10 лет от момента последней ревакцинации
5	Вакцинация/ревакцинация против коклюша	Иммунокомпрометированные пациенты, которые не были полностью привиты против коклюша, дифтерии и столбняка, могут получить одну дозу комбинированной бесклеточной коклюшной вакцины с уменьшенным содержанием антигенов в комплексе с дифтерийным и столбнячным анатоксином [22, 23]
5	Против коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2	При наличии эпидемических показаний
6	Вакцинация против краснухи, ревакцинация против краснухи; вакцинация против кори, ревакцинация против кори; вакцинация против ветряной оспы, вирусного гепатита В, вирусного гепатита А, менингококковой инфекции, клещевого вирусного энцефалита, туляремии, чумы, бруцеллеза, сибирской язвы, бешенства, лептоспироза, лихорадки Ку, желтой лихорадки, холеры, брюшного тифа, шигеллезов, эпидемического паротита, полиомиелита	В соответствии с календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям и иммунным статусом[17-19]

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-145

Приложение 11
Информация и полезные материалы для пациента

подготовлено на основе клинических рекомендаций "Хроническая болезнь почек"[2] с использованием материалов сайта "Так здорово"[20].

Почки играют ключевую роль в обеспечении функционирования организма. Почки выполняют множество жизненно важных функций: они фильтруют кровь, удаляют токсичные продукты обмена, регулируют уровень воды и электролитов, синтезируют гормоны, такие как эритропоэтин, и участвуют в поддержании кислотно-щелочного баланса.

Хроническая болезнь почек (ХБП) — это современное понятие, включающее любые структурные или функциональные нарушения почек длительностью более 3 месяцев, тогда как хроническая почечная недостаточность (ХПН) — это поздняя, тяжелая стадия ХБП, характеризующаяся стойкой потерей функции почек. ХБП — это процесс, который может длиться годами, а ХПН — результат этого процесса, когда почки перестают справляться с очисткой крови.

Что такое почечная недостаточность?

Почечная недостаточность — это состояние, при котором почки не справляются со своими функциями: нарушается фильтрация крови, а токсичные вещества остаются в организме. В зависимости от тяжести выделяют тотальную недостаточность (полное прекращение работы почек) и парциальную (частичное нарушение функций). По течению заболевание бывает острым и хроническим.

Острое повреждение почек (острая почечная недостаточность) развивается быстро и потенциально обратима при своевременной помощи. Может возникнуть внезапно из-за резкого нарушения кровоснабжения почек, токсического поражения или механической обструкции:

- нарушение кровоснабжения почки, связанное с шоком, сильными кровотечениями, сердечной недостаточностью или обезвоживанием, которое часто встречается при обильной рвоте, диарее, ожогах или чрезмерной потере жидкости;
- токсическое повреждение почки может произойти из-за применения некоторых лекарственных препаратов, например, нестероидных противовоспалительных средств, антибиотиков, радиоконтрастных веществ, а также из-за воздействия токсинов при употреблении алкоголя или наркотической интоксикации;
- механическая обструкция: нарушение оттока мочи, вследствие мочекаменной болезни, перекрытия просвета опухолями или на фоне воспалительных процессов в мочевыводящих путях.

ХБП прогрессирует медленно и сопровождается постепенной гибелью нефронов. Среди основных причин ХБП выделяют:

- хронический гломерулонефрит, который приводит к постепенному разрушению почечных клубочков, амилоидоз, при котором патологические белки откладываются в почечной ткани, и поликистоз, характеризующийся образованием кист, нарушающих структуру и функцию почек;
- сахарный диабет, ожирение, артериальная гипертензия, злоупотребление алкоголем и курение также значительно увеличивают риск развития ХПН.

Основные симптомы болезни

ХБП может иметь различные темпы прогрессирования, от месяцев до нескольких лет. На ранних стадиях симптомы могут отсутствовать или выражены минимально. Постепенно появляются жалобы на усталость, сухость во рту, нарушения аппетита, повышение артериального давления. В более поздних стадиях начинаются серьезные осложнения, связанные с нарушением обмена веществ, дисбалансом электролитов и ухудшением работы других органов, могут появиться жалобы на увеличение количества мочи в течение дня и ночью, слабость, судороги. В терминальной стадии состояние становится угрожающим для жизни, требующим заместительной терапии.

Методы диагностики

Установление диагноза ХБП осуществляется врачом-нефрологом, врачом-терапевтом (подозрение на диагноз может установить врач-эндокринолог или врач-кардиолог). Диагностика должна быть комплексной.

Врач проводит сбор анамнеза, анализ жалоб и внешний осмотр пациента.

[20] Официальный портал Минздрава России о Вашем здоровье https://www.takzdorovo.ru/.

Назначаются лабораторные исследования: общий анализ мочи для оценки ее состава, биохимический анализ крови для определения уровня креатинина, мочевины, электролитов.

Инструментальная диагностика включает ультразвуковое исследование, рентгенографию, компьютерную или магнитно-резонансную томографию — данные методы помогают обнаружить структурные изменения почек, новообразования или причины обструкции мочевыводящих путей.

В сложных случаях может потребоваться биопсия почки.

Лечение

Лечение ХБП направлено на поддержание функций почек и предотвращение прогрессирования заболевания.

Независимо от степени нарушения функции почек пациентам показаны:

- объем потребляемой жидкости определяется лечащим врачом по результатам оценки водного баланса (количества выпитой жидкости и выделенной мочи, а также наличию/отсутствию отеков);
- ограничение применения или полный отказ от некоторых лекарственных препаратов;
- строгий контроль за употреблением соли, орехов, молочных продуктов, печени и мяса.

Профилактика развития ХБП включает в себя:

- контроль артериального давления;
- контроль уровня сахара в крови;
- соблюдение сбалансированной диеты;
- отказ от курения и употребления алкоголя;
- отказ от неконтролируемого приема нефротоксичных препаратов;
- регулярные аэробные физические нагрузки;
- регулярное прохождение профилактических осмотров, диспансерное наблюдение и медицинские обследования помогут сохранить здоровье почек и предотвратить развитие серьезных осложнений.

Забота о почках — это залог долголетия и высокого качества жизни. Берегите свое здоровье!

Содержание нутриентов в пищевых продуктах

Продукт (100 г)	Белок, г	Фосфор, мг	Соотношение фосфор/белок, мг/г	Калий, мг	Натрий, мг
Молочные продукты					
Соевое молоко	3,2	47	15	191	3
Коровье молоко 2%	3,2	85	27	166	46
Обезжиренное молоко	3,3	88	27	174	45
Цельное молоко	3,1	92	30	157	48
Козье молоко	3,4	103	30	185	45
Низкокалорийный мягкий сыр	14,2	150	11	190	480
Зернистый творог	12,3	150	12	88	230
Зрелый сыр	35,8	470	13	82	620
Сыр бри	17,2	303	18	119	593
Чеддер	26,0	470	18	100	700
Моцарелла	19,5	428	22	67	373
Эдам	20,7	462	22	—	—
Обезжиренный натуральный йогурт	4,3	109	25	187	57
Обезжиренный сладкий йогурт	4,5	123	27	191	66
Йогурт с фруктами	2,7	75	28	117	39
18% сливки	2,5	65	26	130	45
Яйцо					
Яичный белок	10,5	15	1	142	160
Яичный желток	16,5	520	32	197	50
Яйцо целиком	12,5	200	16	130	140
Ветчина					
Иберийский хамон	43,2	158	4	153	1110
Ветчина вареная	19,0	239	13	270	970

doi: 10.15829/3034-4123-2026-145

Говядина					
Вырезка	20,2	200	10	350	60
Телятина	17,0	200	12	350	60
Ливер	21,1	358	17	325	96
Свинина					
Шейка	18,0	151	9	212	63
Вырезка	21,0	230	11	420	53
Ливер	21,4	350	16	330	87
Птица					
Куриные крылышки с кожей	18,3	132	7	156	73
Куриные грудки с кожей	23,1	196	9	255	65
Грудка индейки с кожей	24,1	210	9	333	46
Утка	19,7	200	10	280	80
Бедро индейки с кожей	18,9	211	11	201	71
Кролик					
Кролик на свободном выгуле	20,7	259	13	404	57
Баранина					
Баранина	15,6	170	11	320	75
Рыба и морепродукты					
Краб	19,5	160	8	270	370
Креветки	22,4	215	10	221	305
Треска	18,2	180	10	340	68
Скумбрия	15,4	157	10	420	39
Килька	17,6	182	10	331	116
Тунец	22,0	230	11	400	47
Окунь	18,6	198	11	333	47
Морской окунь	19,4	210	11	255	80
Кальмар	14,0	159	11	316	137
Хек	12,0	142	12	294	101
Палтус	16,1	190	12	290	114
Ставрида	18,7	244	13	386	84
Радужная форель	15,7	208	13	250	58
Семга	18,4	250	14	310	98
Камбала	16,5	260	16	230	100
Хек серебристый	11,8	190	16	270	100
Мидия	10,8	236	22	92	210
Сардина	18,1	475	26	24	100
Колбаса					
Кровяная колбаса	19,5	80	4	210	1060
Сырокопченая колбаса	27,0	270	10	180	1060
Сосиски	12,7	173	14	170	900
Зерновые					
Манная крупа	12,6	143	11	193	3
Слоеное тесто	4,9	57	12	67	340
Пшеничная мука	10,0	120	12	135	3
Пшеничные шоколадные хлопья	8,0	100	13	400	400
Паста из муки высшего сорта	12,5	167	13	236	5
Белый рис	7,0	100	14	110	6
Паста из цельнозерновой муки	13,4	258	19	215	8
Мюсли	10,3	289	28	—	—
Корнфлекс + мюсли	6,0	170	28	0	600
Коричневый рис	7,5	303	40	223	6
Кукурузный крахмал	0,3	13	50	3	9
Бобовые					
Чечевица	24,8	256	10	463	227
Горох	21,6	33	15	900	40
Нут	19,3	310	16	1000	30
Фасоль пинто	23,6	407	17	1406	24
Соевые бобы	35,9	660	18	1730	5
Белая фасоль	21,1	426	20	1337	15
Лимская фасоль	26,1	590	23	1090	11

Хлеб					
Белый хлеб	8,3	90	11	120	650
Сдобная булка	7,5	150	20	110	550
Орехи					
Грецкий орех	14,0	304	22	690	3
Семечки подсолнуха	27,0	651	24	710	3
Миндаль	19,0	525	28	767	10
Лесной орех	12,0	333	28	636	6
Выпечка					
Слоеное печенье пальмера	5,0	50	10	76	431
Круассан	7,5	95	13	136	492
Печенье Мария	7,1	90	13	110	217
Обычная выпечка	7,0	91	13	78	178
Печенье с шоколадными чипсами	6,2	82	13	92	220
Пончик	6,1	81	13	102	443
Цельнозерновой крекер	10,0	133	13	200	300
Слойка	5,7	79	14	84	294
Круассан с шоколадом	5,6	87	16	170	110
Обычное печенье	6,8	124	18	170	410
Оладьи	4,6	108	24	146	2
Пончик с шоколадом	3,7	107	29	103	441
Печенье мадлен	6,1	231	38	88	211
Шоколад					
Темный шоколад с миндалем	8,2	219	27	460	106
Молочный шоколад	9,2	261	28	465	58
Молочный шоколад с миндалем	8,6	246	29	441	106
Белый шоколад	8,0	230	29	350	110
Темный шоколад	4,7	181	39	360	12
Соусы					
Низкокалорийный майонез	1,0	1	1	10	750
Соус Болоньез	8,0	79	10	310	430
Соус Барбекю	1,8	20	11	170	810
Кетчуп	3,4	40	12	480	910
Концентрированный суп в пакете	11,0	194	18	319	613
Соус Бешамель	4,1	110	27	160	400
Напитки					
Лимонад	0,5	11	22	82	2
Игристое вино	0,2	7	35	48	4
Безалкогольное пиво	0,4	20	53	40	3
Темное пиво 8-9°	0,6	34	56	92	12
Розовое вино	0,1	6	60	75	4
Красное вино	0,2	14	61	93	4
Пиво	0,5	55	110	37	4
Белое вино	0,1	15	150	82	2
Тоник	0	0	—	0	2
Коньяк	0	0	—	2	2
Джин	0	0	—	0	2
Сидр	0	3	—	72	7
Ром	0	5	—	2	1
Виски	0	5	—	3	—
Кока-кола лайт	0	12	—	4	7
Кока-кола	0	15	—	1	8
Другие продукты					
Консервированный тунец в масле	26,2	200	8	267	347
Лазанья	6,3	93	15	159	181
Готовая пицца	8,2	179	22	201	520
Консервированные тефтели	6,8	243	36	614	929

Пищевые добавки, содержащие фосфаты

Индекс	Название	Назначение	Продукты, содержащие фосфаты
E 338	Ортофосфорная кислота	Подкислитель, усилитель вкуса, стабилизатор, секвестрант	Напитки
E 339	Натрия фосфат	Подкислитель, эмульгатор, желирующий агент	Кола, желатин, мягкие сыры, растворимые порошковые напитки
E340	Калия фосфат	Эмульгатор, стабилизатор	Растворимые порошковые напитки, мягкие сыры. чипсы
E 341	Кальция фосфат	Разрыхлитель, секвестрант	Чипсы, напитки, детское питание, жевательная резинка
E 450	Дифосфаты и пирофосфаты. Дикальция фосфат	Восполнение кальция и фосфора, загуститель	В детском питании, порошки для приготовления напитков (растворимый кофе, растворимый сок, молоко и т.д.)
	Динатрия фосфат	Эмульгатор, стабилизатор кислотности, модификатор белка	Зерновые хлопья для завтраков, сыр, конденсированное молоко, питьевые сливки, крахмал, витамины, детское питание
451	Тринатрия фосфат	Загуститель, комплексообразователь, контроль кислотности, стабилизатор цвета	Рыбные полуфабрикаты, мягкие сыры и сыроподобные продукты, изотонические газированные напитки, хлопья для завтраков.
E 452	Полифосфаты	Эмульгатор, усилитель вкуса, формирующий агент, стабилизатор, антиоксидант	Мясные полуфабрикаты, морепродукты, замороженные десерты, мороженое, мягкие сыры, сиропы

Литература/References

1. Yarnoff BO, Hoerger TJ, Simpson SK, et al. The cost-effectiveness of using chronic kidney disease risk scores to screen for early-stage chronic kidney disease. BMC Nephrol. 2017;18(1):85. doi:10.1186/s12882-017-0497-6.
2. Drapkina OM, Kobalava ZhD, Shestakova MV, et al. Cardiovascular risk and chronic kidney disease: strategies for cardiac and renal protection. Interdisciplinary consensus. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2025;24(6):4466. (In Russ.) Драпкина О.М., Кобалава Ж.Д., Шестакова М.В. и др. Сердечно-сосудистый риск и хроническая болезнь почек: стратегии кардионефропротекции. Междисциплинарный консенсус. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2025;24(6):4466. doi:10.15829/1728-8800-2025-4466. EDN: MIARUF.
3. Milovanov YuS, Milovanova LYu, Kozlovskaya LV. Nephrogenic Anemia: Impact on the Cardiovascular System and Progression of Chronic Kidney Disease. Clinical Nephrology. 2010;6:7-18. (In Russ.) Милованов Ю.С., Милованова Л.Ю., Козловская Л.В. Нефрогенная анемия: влияние на сердечно-сосудистую систему и прогрессирование хронической болезни почек. Клиническая нефрология. 2010;6:7-18. EDN: NEFTSF.
4. Shilov EM, Yesayan AM, Shilova MM, Kotenko ON. Possible structure of stages of chronic kidney disease in the Russian Federation. Clinical nephrology. 2021;4. (In Russ.) Шилов Е.М., Есаян А.М., Шилова М.М., Котенко О.Н. Возможная структура стадий хронической болезни почек в Российской Федерации. Клиническая нефрология. 2021;4. doi: 10.18565/nephrology.2021.4.6-7. EDN: ZTSZJZ.
5. Astanina SYu, Kalinina AM, Shepel RN, Drapkina OM. Methodological recommendations for training doctors to conduct brief preventive counseling. Moscow: LLC "Silicea-Poligraf", 2023. (In Russ.) Астанина С.Ю., Калинина А.М., Шепель Р.Н., Драпкина О.М. Методические рекомендации по подготовке врачей к проведению краткого профилактического консультирования. Москва: ООО "Силицея-Полиграф", 2023. 52 с. ISBN: 978-5-605-00615-2. doi:10.15829/ROPNIZ-a2-2023. EDN: NBSIVZ.
6. Gorbunov VM, Smirnova MI, Kurekhyan AS, Drapkina OM Assessment of Clinical and Ambulatory Blood Pressure in the Practical Work of a Primary Health Care Physician. Methodological Recommendations. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2023;22(7):3666. (In Russ.) Горбунов В.М., Смирнова М.И., Курехян А.С., Драпкина О.М. Оценка клинического и амбулаторного артериального давления в практической работе врача первичного звена здравоохранения. Методические рекомендации. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2023;22(7):3666. doi:10.15829/1728-8800-2023-3666. EDN: YRHRNI.
7. Boytsov SA, Pogosova NV, Ansheles AA, et al. Cardiovascular prevention 2022. Russian national guidelines. Russian Journal of Cardiology. 2023;28(5):5452. (In Russ.) Бойцов С.А., Погосова Н.В., Аншелес А.А. и др. Кардиоваскулярная профилактика 2022. Российские национальные рекомендации. Российский кардиологический журнал. 2023;28(5):5452. doi:10.15829/1560-4071-2023-5452. EDN: EUDWYG.
8. Drapkina OM, Drozdova LYu, Kalinina AM, et al. Organization of Preventive Medical Examinations and Dispensary Examinations of Certain Groups of the Adult Population. Guidelines, 2nd Edition. Moscow: Federal State Budgetary Institution "National Medical Research Center for Preventive Medicine" of the Ministry of Health of the Russian Federation, 2020. 232 p. (In Russ.) Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю., Калинина А.М. и др. Организация проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации Издание 2-е. М.: ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России, 2020. 232 с. ISBN: 978-5-6043991-1-8.
9. Drapkina OM, Shilov EM, Kamkin EG, et al. "School" for patients with chronic kidney disease. Guidelines. Primary Health Care (Russian Federation). 2025;2(1S):79-92. (In Russ.) Драпкина О.М., Шилов Е.М., Камкин Е.Г. и др. Школа для пациентов с хронической болезнью почек. Методические рекомендации. Первичная медико-санитарная помощь. 2025;2(1S):79-92. doi: 10.15829/3034-4123-2025-109. EDN: ZKKSHO.
10. Shilov EM, Sigitova ON. Chronic Kidney Disease in the Practice of Primary Care Physicians. Therapy. 2023;3(65):106-13. (In Russ.) Шилов Е.М., Сигитова О.Н. Хроническая болезнь почек в практике врачей первичного звена. Терапия. 2023;3(65):106-13. doi:10.18565/therapy.2023.3.106-112. EDN: GOYBQB.
11. Delgado C, Baweja M, Crews DC, et. al. A Unifying Approach for GFR Estimation: Recommendations of the NKF-ASN Task Force on Reassessing the Inclusion of Race in Diagnosing Kidney Disease. Am J Kidney Dis. 2022;79(2):268-88. doi:10.1053/j.ajkd.2021.08.003.
12. Inker LA, Eneanya ND, Coresh J, et al. Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration. New Creatinine- and Cystatin C-Based Equations to Estimate GFR without Race. N Engl J Med. 2021;385(19):1737-49. doi:10.1056/NEJMoa2102953.
13. Lukina YV, Kutishenko NP, Martsevich SY, et al. The questionnaire survey method in medicine on the example of treatment adherence scales. Rational Pharmacotherapy in Cardiology. 2020;17(4):576-83. (In Russ.) Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П., Марцевич С.Ю. и др. Разработка и валидизация новых опросников в медицине на примере шкалы приверженности лекарственной терапии. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2021;17(4):576-83. doi:10.20996/1819-6446-2021-08-02.
14. Bogdanova AR, Khasanova MI. Chronic kidney disease: an educational and methodical manual. Kazan: Kazan Publishing House. University, 2024. 40 p. (In Russ.) Богданова А.Р., Хасанова М.И. Хроническая болезнь почек: учебно-методическое пособие. Казань: Изд-во Казан. ун-та, 2024. 40 с. URI: https://dspace.kpfu.ru/xmlui/handle/net/183114.
15. Kobalava ZhD, Konradi AO, Nedogoda SV, et al. 2024 Clinical practice guidelines for Hypertension in adults. Russian Journal of Cardiology. 2024;29(9):6117. (In Russ.) Кобалава Ж.Д., Конради А.О., Недогода С.В. и др. Артериальная гипертензия у взрослых. Клинические рекомендации 2024. Российский кардиологический журнал. 2024;29(9):6117. doi:10.15829/1560-4071-2024-6117. EDN: GUEWLU.
16. Dedov I, Shestakova M, Sukhareva O, et al. Standards of Specialized Diabetes Care. Edited by Dedov I.I., Shestakova M.V., Sukhareva O.Yu. 12th Edition. Diabetes mellitus. 2025;28(5S):1-175. (In Russ.) Дедов И.И., Шестакова М.В., Сухарева О.Ю. и др. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, О.Ю. Сухаревой. 12-й выпуск. Сахарный диабет. 2025;28(5S):1-175. doi:10.14341/DM20255S.
17. Drapkina OM, Boytsov SA, Ageev FT, et. al. Outpatient follow-up of patients with chronic heart failure by a general practitioner in primary health care.

В классе иНГЛТ-2

ФОРСИГА – ЕДИНСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ, ДОКАЗАВШИЙ СНИЖЕНИЕ РИСКА СМЕРТИ ОТ ЛЮБЫХ ПРИЧИН У ПАЦИЕНТОВ С ХБП*,[1-2]

Форсига (дапаглифлозин) таблетки 10 мг



↓39% Стойкое снижение рСКФ ≥ 50%, ТПН, почечная или сердечно-сосудистая смерть[2]

ОР 0,61 (95% ДИ 0,51-0,72)
p < 0,001

↓31% Смерть от любых причин[2]

ОР 0,69 (95% ДИ 0,53-0,88)
p = 0,004



1 таблетка 10 мг[1] | **1 раз в сутки[1]** | **без титрации[1]** | **включен в ЖНВЛП[3]**

* В широкой популяции пациентов с ХБП как с СД2 типа, так и без СД2.

ХБП – хроническая болезнь почек, СС – сердечно-сосудистый, СН – сердечная недостаточность, ТПН – терминальная почечная недостаточность, ЖНВЛП – жизненно важные и необходимые лекарственные препараты, СД2 типа – сахарный диабет 2 типа, ОР – отношение рисков, ДИ – доверительный интервал.

1.Общая характеристика лекарственного препарата Форсига (таблетки покрытые пленочной оболочкой, 5 мг, 10 мг). Регистрационное удостоверение ЛП-№(005264)-(РГ-RU) от 22.04.2024.
https://astrazeneca.ru/api/media/%D0%9E%D0%A5%D0%9B%D0%9F_%D0%A4%D0%BE%D1%80%D1%81%D0%B8%D0%B3%D0%B0_%D0%BE%D1%82_22.04.2024_fcwcjen.pdf
2. Heerspink HJL. et al. N Engl J Med. 2020;383:1436-1446.
3. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 12.10.2019 г. №2406-р.

Материал предназначен для специалистов здравоохранения. Имеются противопоказания. Перед назначением ознакомьтесь, пожалуйста, с общей характеристикой лекарственного препарата Форсига (дапаглифлозин).
RU-21723. Дата одобрения: 15.07.2024.
Дата истечения: 14.07.2026.
На правах рекламы.

AstraZeneca

Общая характеристика лекарственного препарата Форсига (дапаглифлозин)

Guidelines. Primary Health Care (Russian Federation). 2025;2(1):53-114. (In Russ.) Драпкина О.М., Бойцов С.А., Агеев Ф.Т. и др. Диспансерное наблюдение пациентов с хронической сердечной недостаточностью врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации. Первичная медико-санитарная помощь. 2025;2(1):53-114. doi:10.15829/3034-4123-2025-39. EDN: FBLCHN.

18. Drapkina OM, Boytsov SA, Golukhova EZ, et al. Outpatient follow-up of patients with atrial fibrillation and flutter by a primary care physician. Guidelines. Primary Health Care (Russian Federation). 2024;1(1):134-78. (In Russ.) Драпкина О.М., Бойцов С.А., Голухова Е.З. и др. Диспансерное наблюдение пациентов с фибрилляцией и трепетанием предсердий врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации. Первичная медико-санитарная помощь. 2024;1(1):134-78. doi:10.15829/3034-4123-2024-24.
19. Golukhova EZ, Golitsyn SP, Mikhailov EN, et al. 2025 Clinical practice guidelines for Atrial fibrillation and flutter. Russian Journal of Cardiology. 2025;30(11):6668. (In Russ.) Голухова Е.З., Голицын С.П., Михайлов Е.Н. и др. Фибрилляция и трепетание предсердий. Клинические рекомендации 2025. Российский кардиологический журнал. 2025;30(11):6668. doi:10.15829/1560-4071-2025-6668. EDN: MGXGON.
20. Drapkina OM, Briko NI, Namazova-Baranova LS, et al. Immunoprophylaxis. Guidelines (second edition). Primary Health Care (Russian Federation). 2025;2(3):135-262. (In Russ.). Драпкина О.М., Брико Н.И., Намазова-Баранова Л.С. и др. Иммунопрофилактика. Методические рекомендации (второе издание). Первичная медико-санитарная помощь. 2025;2(3): 135-262. doi: 10.15829/3034-4123-2025-76. EDN: DBKJIQ.
21. Avdeev SN, Alyeva MH, Baranov AA, et al. Federal Clinical Guidelines on Vaccination of pneumococcal infection in children and adults. Russian Journal of Preventive Medicine. 2023;26(9-2):3-23. (In Russ.) Авдеев С.Н., Алыева М.Х., Баранов А.А. и др. Вакцинопрофилактика пневмококковой инфекции у детей и взрослых. Методические рекомендации. Профилактическая медицина. 2023;26(9-2):3-23. doi:10.17116/profmed2023260923.
22. Ridda I, Yin JK, King C, et al. The importance of pertussis in older adults: a growing case for reviewing vaccination strategy in the elderly. Vaccine. 2012;30(48):6745-52. doi:10.1016/j.vaccine.2012.08.079.
23. Kostinov MP. Adult vaccination — from strategy to tactics. A guide for doctors. Moscow: MDV Group, 2020. 248 p. (In Russ.) Костинов М.П. Вакцинация взрослых — от стратегии к тактике. Руководство для врачей. М.: Группа МДВ, 2020. 248 с. ISBN: 978-5-9704-7962-9.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Драпкина Оксана Михайловна (Oksana M. Drapkina) — академик РАН, д.м.н., профессор, директор, ORCID: 0000-0002-4453-8430;

Шилов Евгений Михайлович (Eugene M. Shlov) — д.м.н., профессор, профессор кафедры терапии, профессиональных заболеваний и ревматологии, главный внештатный специалист нефролог Минздрава России, ORCID: 0000-0002-2111-191X;

Кобалава Жанна Давидовна (Zhanna D. Kobalava) — член-корреспондент Российской академии наук, д.м.н., профессор, зав. кафедрой внутренних болезней с курсом кардиологии и функциональной диагностики им. В.С. Моисеева Медицинского института, ORCID: 0000-0002-5873-1768;

Дроздова Любовь Юрьевна (Lyubov Yu. Drozdova) — к.м.н., руководитель отдела стратегического планирования и внедрения профилактических технологий, главный внештатный специалист по медицинской профилактике Минздрава России, ORCID: 0000-0002-4529-3308;

Ипатов Петр Васильевич (Petr V. Ipatov) — д.м.н., профессор, главный научный сотрудник, ORCID: 0000-0001-7724-6429;

Калинина Анна Михайловна (Anna M. Kalinina) — д.м.н., профессор, главный научный сотрудник, руководитель отдела первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний в системе здравоохранения, ORCID: 0000-0003-2458-3629;

Марцевич Сергей Юрьевич (Sergey Yu. Martsevich) — д.м.н., профессор, руководитель отдела профилактической фармакотерапии, главный научный сотрудник, ORCID: 0000-0002-7717-4362;

Савченко Екатерина Дмитриевна (Ekaterina D. Savchenko) — к.м.н., ведущий научный сотрудник отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, ORCID: 0000-0002-3540-3331;

Смирнова Марина Игоревна (Marina I. Smirnova) — к.м.н., руководитель лаборатории профилактики хронических болезней органов дыхания отдела первичной профилактики ХНИЗ в системе здравоохранения, эксперт отдела мониторинга качества медицинской помощи Центра организационно-методического управления и анализа качества оказания медицинской помощи в регионах, ORCID: 0000-0002-6208-3038;

Фатенков Олег Вениаминович (Oleg V. Fatenkov) — д.м.н., зав. кафедрой Факультетской терапии, главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Министерства здравоохранения Самарской области, ORCID: 0000-0002-4928-5989;

Шеметова Галина Николаевна (Galina N. Shemetova) — д.м.н., профессор, зав. кафедрой поликлинической терапии, общей врачебной практики и профилактической медицины, главный внештатный специалист по общей врачебной практике (семейной медицине) Министерства здравоохранения Саратовской области, ORCID: 0000-0001-9290-5330;

Шепель Руслан Николаевич (Ruslan N. Shepel) — к.м.н., зам. директора по перспективному развитию медицинской деятельности, ORCID: 0000-0002-8984-9056;

Шурупова Елена Геннадьевна (Elena G. Shurupova) — врач-методист группы по организации медицинской помощи отдела организационно-методического управления и анализа оказания медицинской помощи, ORCID: 0009-0005-0772-5965;

Шилова Марина Магомедовна (Marina M. Shilova) — к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней Института материнства и детства, ORCID: 0000-0002-6921-4483.

Адреса организаций авторов: ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Петроверигский пер., 10, стр. 3, Москва, 101990, Россия; ФГАОУ ВО "Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова" Минздрава России (Сеченовский Университет), ул. Большая Пироговская ул., 2, стр. 4, Москва, 119435, Россия; ФГАОУ ВО "Российский университет дружбы народов", Миклухо-Маклая ул., д. 6, Москва, 117198, Россия; ФГБОУ ВО "Самарский государственный медицинский университет", Чапаевская ул., д. 89, Самара, 443099, Россия; ФГБОУ ВО "Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского" Минздрава России, Большая Казачья ул., д. 112, Саратов, 410012, Россия; ФГАОУ ВО "Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова" Минздрава России, Островитянова ул., д. 1, Москва, 117513, Россия.

Addresses of the authors' institutions: National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine of the Ministry of Health of the Russian Federation, Petroverigsky Lane, 10, bld. 3, Moscow, 101990, Russia; I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University), Bolshaya Pirogovskaya str., 2, bld. 4, Moscow, 119435, Russia; RUDN university, Miklukho-Maklaya str., 6, Moscow, 117198, Russia; Samara State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Chapaevskaya str., 89, Samara, 443099, Russia; V.I. Razumovsky Saratov State Medical University, Bolshaya Kazachia str., 112, Saratov, 410012, Russia; Pirogov Russian National Research Medical University, Ostrovitianova str., 1, Moscow, 117513, Russia.

Первичная медико-санитарная помощь. 2026;3(2S):131-162.
doi: 10.15829/3034-4123-2026-155
ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

Первичная медико-санитарная помощь
Primary Health Care (Russian Federation)

Оказание медицинской помощи различным группам населения ***Редакционная статья***

Диспансерное наблюдение пациентов с хроническим панкреатитом врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации

Драпкина О. М.[1],
Маев И. В.[2],
Бордин Д. С.[3],
Дубцова Е. А.[3],
Дроздова Л. Ю.[1],
Ипатов П. В.[1],
Мамутова Э. М.[1],
Савченко Е. Д.[1*],
Шептулина А. Ф.[1],
Шепель Р. Н.[1]

[1]ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Москва, Российская Федерация
[2]ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России, Москва, Российская Федерация
[3]ГБУЗ "Московский клинический научный центр им. А. С. Логинова Департамента здравоохранения города Москвы", Москва, Российская Федерация

*Corresponding author
(Автор, ответственный за переписку):
esavchenko@gnicpm.ru

Методические рекомендации содержат описание организации диспансерного наблюдения пациентов с хроническим панкреатитом врачом-терапевтом и содержат современные подходы к диагностике, включая клинические, лабораторные и инструментальные методы, лечению заболевания и профилактике осложнений.
Применение алгоритма проведения диспансерного приема (осмотра, консультации), представленного в методических рекомендациях, позволит врачу, осуществляющему диспансерное наблюдение пациентов с хроническим панкреатитом, принимать обоснованные клинические решения.
Методические рекомендации предназначены для врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей), врачей-терапевтов участковых цехового врачебного участка, а также для специалистов со средним медицинским образованием, работающих с указанными врачами, для фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских здравпунктов) в случае возложения на них руководителями медицинских организаций функций лечащего врача по организации и проведению диспансерного наблюдения, а также для организаторов здравоохранения, руководителей медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях.

Ключевые слова: хронический панкреатит, диспансерное наблюдение, врач-терапевт, первичная медико-санитарная помощь.

Отношения и деятельность: нет.

Рецензенты:
Ливзан М. А. — д.м.н., профессор, чл.-корр. РАН, ректор, зав. кафедрой факультетской терапии и гастроэнтерологии ФГБОУ ВО "Омский государственный медицинский университет" Минздрава России, главный внештатный специалист по терапии Минздрава России по Сибирскому федеральному округу (Омск, Россия)
Жарова М. Е. — к.м.н., врач-гастроэнтеролог, с.н.с. отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, эксперт Центра организации программ скрининга онкологических заболеваний ФГБУ "НМИЦ терапии и профилактической медицины" Минздрава России (Москва, Россия).

Методические рекомендации утверждены на заседании Ученого совета ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России (протокол № 5 от 19 мая 2026 г.).

Для цитирования: Драпкина О. М., Маев И. В., Бордин Д. С., Дубцова Е. А., Дроздова Л. Ю., Ипатов П. В., Мамутова Э. М., Савченко Е. Д., Шептулина А. Ф., Шепель Р. Н. Диспансерное наблюдение пациентов с хроническим панкреатитом врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации. *Первичная медико-санитарная помощь.* 2026;3(2S):131-162. doi: 10.15829/3034-4123-2026-155. EDN: XLJWPQ

Поступила: 04.06.2026
Принята: 10.06.2026

CC BY 4.0

Primary Health Care (Russian Federation). 2026;3(2S):131-162.
doi: 10.15829/3034-4123-2026-155
ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

Первичная медико-санитарная помощь
Primary Health Care (Russian Federation)

Follow-up care for patients with chronic pancreatitis by a primary care physician. Guidelines

Drapkina O. M.[1],
Maev I. V.[2],
Bordin D. S.[3],
Dubtsova E. A.[3],
Drozdova L. Yu.[1],
Ipatov P. V.[1],
Mamutova E. M.[1],
Savchenko E. D.[1*],
Sheptulina A. F.[1],
Shepel R. N.[1]

[1]National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine, Moscow, Russian Federation
[2]Russian University of Medicine, Moscow, Russian Federation
[3]Loginov Moscow Clinical Scientific Center, Moscow, Russian Federation

*Corresponding author:
esavchenko@gnicpm.ru

These guidelines describe the management of follow-up monitoring for patients with chronic pancreatitis by a general practitioner and outline modern approaches to diagnosis, including clinical, laboratory, and imaging methods, treatment, and the prevention of complications.
Using the follow-up care (examination, consultation) algorithm presented in these guidelines will enable physicians providing follow-up monitoring for patients with chronic pancreatitis to make informed clinical decisions.
These guidelines are intended for general practitioners, family doctors, and for nursing staff working with these physicians, for paramedics performing the doctor functions of managing follow-up monitoring. These guidelines are also intended for healthcare executives and heads of primary care facilities.

Keywords: chronic pancreatitis, follow-up monitoring, general practitioner, primary health care.

Relationships and Activities: none.

For citation: Drapkina O. M., Maev I. V., Bordin D. S., Dubtsova E. A., Drozdova L. Yu., Ipatov P. V., Mamutova E. M., Savchenko E. D., Sheptulina A. F., Shepel R. N. Follow-up care for patients with chronic pancreatitis by a primary care physician. Guidelines. *Primary Health Care (Russian Federation).* 2026;3(2S):131-162. doi: 10.15829/3034-4123-2026-155. EDN: XLJWPQ

Received: 04.06.2026
Accepted: 10.06.2026

АД — артериальное давление, АИП — аутоиммунный панкреатит, ДН — диспансерное наблюдение, ДПК — двенадцатиперстная кишка, ИМТ — индекс массы тела, ОП — острый панкреатит, ПЖ — поджелудочная железа, СД — сахарный диабет, СИБР — синдром избыточного бактериального роста, ФР — факторы риска, ХНИЗ — хронические неинфекционные заболевания, ХП — хронический панкреатит.

Хронический панкреатит (ХП) — полиэтиологичное длительное воспалительное заболевание ПЖ, приводящее к необратимым морфологическим изменениями паренхимы и протоков органа, которые вызывают боль и/или стойкое снижение функции [1-3]. В 2016 г. была предложена новая концепция определения ХП, обусловленная эволюцией знаний об этиологии, патогенезе и ранним изменениям в поджелудочной железе (ПЖ), предшествующим стадии атрофии и фиброза. Современное определение рассматривает ХП как патологический фиброзно-воспалительный синдром ПЖ, при котором у лиц с генетической предрасположенностью, под действием факторов внешней среды и/или других факторов риска, развивается устойчивая патологическая реакция на повреждение паренхимы ПЖ или стресс, приводящая на поздней стадии ХП к атрофии и фиброзу ПЖ, болевому синдрому, деформации и стриктурам протоков, кальцификатам, экзокринной и эндокринной дисфункции [4][1].

Распространенность ХП в России составляет 27,4-50 случаев на 100 тыс. населения [5-7]. Обычно ХП развивается в возрасте 35-50 лет, мужчины болеют ХП в 2 раза чаще женщин, первичная инвалидизация пациентов достигает 15% [6-9]. По этиологии различают следующие виды ХП (классификация TIGAR-O (Toxic-metabolic, Idiopathic, Genetic, Autoimmune, Recurrent and severe acute pancreatitis, and Obstructive) [10]: токсический/метаболический, генетический, аутоиммунный, ХП как следствие рецидивирующего и тяжелого острого панкреатита (ОП), обструктивный, идиопатический. Алкоголь является причиной ХП в 60-70% случаев. Поскольку ОП является предиктором ХП, в качестве второй причины ХП следует рассматривать острый билиарный панкреатит, составляющий до 35% ОП[2], развивающийся вследствие миграции конкрементов и/или билиарного сладжа по общему желчному протоку. Пол, наследственные и другие факторы могут играть базовую роль, и, вследствие этого, термин "токсический панкреатит" не обязательно подразумевает хронический алкоголизм или последствия злоупотребления алкоголем [11, 12] (Приложение 1).

Эксперты выделяют 6 главных задач консервативной терапии ХП [13][2]:

— прекращение употребления алкоголя и отказ от курения вне зависимости от предполагаемой этиологии заболевания, суточных доз алкоголя и количества выкуриваемых сигарет в сутки, стажа употребления алкоголя и табакокурения;

— определение причины боли в животе и попытка снижения ее интенсивности;

— лечение недостаточности внешнесекреторной функции ПЖ;

— выявление и лечение эндокринной недостаточности на ранних стадиях до развития осложнений;

— нутритивная поддержка;

— скрининг аденокарциномы ПЖ, особенно при наследственном (семейном) панкреатите, отягощенном наследственном анамнезе по раку ПЖ, длительном анамнезе доказанного ХП, возрасте старше 60 лет.

Согласно Порядку проведения диспансерного наблюдения (ДН) за взрослыми, ДН у врача-терапевта[3] подлежат все пациенты с ХП с внешнесекреторной недостаточностью[4]. Целью ДН является профилактика прогрессирования белково-энергетической недостаточности, профилактика развития осложнений, оценка эффективности и своевременная коррекция медикаментозной терапии, а также выявление показаний для госпитализации.

Основными источниками информации о клинических аспектах проведения диагностики и консервативного лечения пациентов с ХП являются клинические рекомендации "Хронический панкреатит"[2] и Стандарт медицинской помощи взрослым при хроническом панкреатите[5].

Алгоритм диспансерного приема (осмотра, консультации) [14] пациента с ХП представлен в таблице 1.

---

1 Клинические рекомендации "Хронический панкреатит", https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/273_5.

2 Клинические рекомендации "Острый панкреатит", https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/903_1.

3 Врач-терапевт — врач-терапевт участковый, врач общей практики (семейный врач), врач-терапевт участковый цехового врачебного участка, фельдшер медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, в случае возложения отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи, в том числе по проведению диспансерного наблюдения, в соответствии с Порядком возложения руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи на фельдшера, акушерку отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты, утвержденным приказом Минздрава России от 27.03.2025 № 155н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14.04.2025, регистрационный № 81841). СПС Консультант Плюс.

4 Приказ Минздрава России от 15 марта 2022 г. № 168н "Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 21.04.2022, регистрационный № 68288). СПС Консультант Плюс.

5 Приказ Минздрава России от 17.02.2022 № 86н "Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при хроническом панкреатите (диагностика и лечение)". СПС Консультант Плюс.

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-155

Таблица 1

Алгоритм диспансерного приема (осмотра, консультации) пациента с ХП врачом-терапевтом[6]

Заболевание в соответствии с клинической лассификацией (код МКБ-10)	Регулярность (периодичность), контролируемые показатели	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема (осмотра, консультации) пациента с хроническим панкреатитом
1	2	3
Хронический панкреатит с внешне-секреторной недостаточностью (К86)	Периодичность наблюдения — не реже 2 раз в год. Длительность наблюдения — пожизненно. Контролируемые показатели: — отсутствие прогрессирования белково-энергетической недостаточности[3]; — адекватность противоболевой терапии; — контроль тревожных симптомов (скрининг на рак ПЖ у группы риска) (Приложение 5).	**Расспрос пациента** • **Сбор жалоб с оценкой их динамики:** — боль в эпигастрии с иррадиацией в спину, с усилением интенсивности после приема пищи и уменьшением в положении сидя или наклоне вперед; — приступы боли могут рецидивировать: ◦ тип А: непродолжительные приступы с длительностью до 10 дней на фоне длительных безболевых периодов; ◦ тип В: более тяжелые и длительные эпизоды с безболевыми периодами длительностью до 1-2-х месяцев (чаще наблюдается при алкогольном ХП); — у 10-20% пациентов отмечается "безболевой панкреатит"; — стеаторея; — метеоризм; — потеря массы тела. • **Сбор анамнеза заболевания и жизни с акцентом на выявление факторов риска и оценку динамики симптомов болезни (Приложения 1-3);** **Объективные исследования** • **Физикальное обследование:** — общий осмотр, включая оценку состояния сознания и психического облика больного, положения, телосложения, конституции, осанки, походки, общего вида (habitus), состояния внешних покровов. При осмотре частей тела выполняется осмотр лица, полости рта, головы, шеи, осмотр туловища и конечностей; — общие пропедевтические обследования, в т.ч.: ◦ антропометрия: рост, вес, окружность талии, расчет ИМТ по формуле Кеттле; ◦ измерение артериального давления; ◦ подсчет частоты сердечных сокращений и частоты пульса, оценка регулярности пульса; ◦ термометрия; ◦ пальпация, перкуссия грудной клетки и аускультация сердца и легких; ◦ пальпация пульса на лучевых артериях и артериях тыльной поверхности стоп; ◦ пальпация и аускультация точек проекций сонных артерий, брюшной аорты, подвздошных артерий; ◦ пальпация живота (в период обострения ХП определяется болезненность в зоне Шоффара, сочетающаяся с умеренной резистентностью мышц передней брюшной стенки; положительный симптом Мейо-Робсона — болезненность при пальпации в области левого реберно-позвоночного угла); • **Лабораторные исследования** (сравнение показателей с нормой и/или целевым уровнем, оценка их динамики в сравнении с показателями, полученными при предыдущем диспансерном приеме (осмотре, консультации)): — общий клинический анализ крови — не реже 2 раз в год[4]; — анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин с фракциями, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, гамма-глутамилтранспептидаза, щелочная фосфатаза, альбумин, креатинин, мочевина, мочевая кислота, калий, натрий) — не реже 2 раз в год[4]; — определение активности панкреатической эластазы-1 в кале для диагностики экзокринной панкреатической недостаточности[2] — 1 раз в год (при стойком снижении менее 100 мкг/г в течение нескольких лет дальнейший контроль не целесообразен); — исследование уровня гликированного гемоглобина, уровня глюкозы крови натощак или проведение глюкозотолерантного теста — не реже 1 раза в год (с целью оценки эндокринной недостаточности ПЖ)[2]; — определение уровня общего холестерина и триглицеридов — не реже 1 раза в год (в рамках проведения профилактического медицинского осмотра/диспансеризации определенных групп взрослого населения);

[6] Настоящий алгоритм применяется, если для ДН за пациентами с ХР не установлен иной порядок нормативными правовыми актами Российской Федерации.

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической лассификацией (код МКБ-10)	Регулярность (периодичность), контролируемые показатели	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема (осмотра, консультации) пациента с хроническим панкреатитом
1	2	3
		• **Инструментальные исследования** (сравнение показателей с нормой и/или целевым уровнем, оценка их динамики в сравнении с показателями, полученными при предыдущем диспансерном приеме (осмотре, консультации): — ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)[2]; — компьютерная томография органов брюшной полости и/или магнитно-резонансная томография с внутривенным контрастированием — по медицинским показаниям при наличии тревожных симптомов, отклонений от нормы показателей лабораторных и/или инструментальных исследований (Приложения 4, 5); • **Оценка нутритивного статуса**[2] — расчет ИМТ, констатация факта потери веса и ее выраженность, наличие косвенных признаков трофологической недостаточности при общем осмотре больного — признаки анемии, трофические расстройства кожи, признаки квашиоркора и т.п. Критерии клинической оценки трофологического статуса приведены в Приложении 4; — определение общего белка, альбумина, исследование уровня лейкоцитов в крови, дифференцированный подсчет лейкоцитов (для определения абсолютного числа лимфоцитов), уровня гемоглобина, витамина B_{12} (цианокобаламина), фолиевой кислоты, трансферрина, магния, цинка; • **Иные диагностические исследования**[2] — рекомендуется выполнение однократной оценки минеральной плотности костной ткани (методом рентгеновской денситометрии) с целью ранней диагностики остеопороза, развивающегося на фоне экзокринной панкреатической недостаточности и мальабсорбции витамина D; — определение уровней витаминов D, A, E, кальция общего, кальция ионизированного, альбумина, фосфора — кратность обследования определяется результатами денситометрии и оценки кальций-фосфорного обмена (наблюдение у эндокринолога по показаниям); • **Оценка достижения целевых показателей здоровья** — отсутствие прогрессирования либо регрессирование симптомов заболевания; — контроль массы тела (нормальный ИМТ 18,5-24,9 кг/м^2) и окружности талии (<94 см для мужчин и <80 см для женщин); — стойкий отказ от курения и употребления никотинсодержащей продукции; — целевой уровень артериального давления <140/90 мм рт. ст. (первичная цель), при условии хорошей переносимости и в возрасте до 64 лет включительно — <130/80 мм рт.ст. (вторичная цель), но не менее 120/70 мм рт.ст., в возрасте ≥65 лет — 130-139/80 мм рт.ст. при хорошей переносимости [15]; — частота сердечных сокращений 55-60 уд./мин; — скорость клубочковой фильтрации >90 мл/мин/1,72 м^2; — холестерин липопротеидов низкой плотности 3,0 ммоль/л и ниже (для лиц с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском — 1,8 ммоль/л и 1,4 ммоль/л, соответственно); — уровень триглицеридов <1,7 ммоль/л; — уровень гликированного гемоглобина ≥6,5%; — отсутствие тревожных симптомов (признаки механической желтухи (пожелтение кожи, склер глаз, слизистых; потемнение мочи (цвета темного пива), обесцвечивание кала (светлый, глинистый, серо-белый), кожный зуд (без сыпи)); тупая, опоясывающая боль в верхней половине живота, отдающая в спину (усиливается в положении лежа на спине, уменьшается при наклоне вперед), боль часто усиливается ночью и после еды; снижение веса без видимой причины и снижение аппетита; внезапно возникший сахарный диабет 2 типа у пожилого человека без ожирения или отягощенной наследственности; отвращение к жирной пище и мясу; общая слабость, быстрая утомляемость; повышение температуры тела без признаков инфекции; пальпируемое образование в брюшной полости); — адекватность противоболевой терапии (болевой синдром не мешает самообслуживанию и функционированию); — адекватность заместительной терапии (отсутствие стеатореи); — отсутствие признаков нутритивного дефицита (стабильность веса, отсутствие остеопороза, отсутствие стеатореи);

doi: 10.15829/3034-4123-2026-155

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической лассификацией (код МКБ-10)	Регулярность (периодичность), контролируемые показатели	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема (осмотра, консультации) пациента с хроническим панкреатитом
1	2	3
		— другие целевые показатели в соответствии с индивидуальным планом лечения лиц с сопутствующими заболеваниями. **Оценка результатов консультаций врачей-специалистов** — уточнение наличия консультаций врачей-специалистов за период от даты предыдущего диспансерного приема (осмотра, консультации), выполненных на амбулаторном или стационарном этапах, по медицинским показаниям, в т.ч. с применением телемедицинских технологий[7] [16-18]; — изучение результатов выполненных лабораторных и инструментальных исследований; — уточнение наличия новых (уточнение имеющихся) диагнозов заболеваний (состояний); — уточнение наличия рекомендованных по медицинским показаниям мероприятий (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных). **Установление или уточнение диагноза заболевания (состояния)** • При формулировке диагноза необходимо указывать все его рубрики, учитывать современные требования законодательства Российской Федерации и принципы кодирования согласно правилам МКБ-10 (Приложение 2): — основное заболевание; — осложнения основного заболевания (при наличии); — сопутствующие заболевания. (при наличии); В сложных клинических случаях для детализации взаимоотношений патологий могут применяться дополнительные характеристики: конкурирующее, сочетанное и/или фоновое заболевание. **Назначение по медицинским показаниям профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий** • **Индивидуальное краткое профилактическое консультирование** (Приложение 6): — общие рекомендации (основы здорового образа жизни) и, в зависимости от имеющихся факторов риска, краткие рекомендации по их коррекции; — разъяснение пациенту с высоким риском развития угрожающего жизни заболевания или состояния (осложнения заболевания) и лицам, совместно с ним проживающим, правил неотложных действий (первой помощи) при их развитии и необходимости своевременного вызова скорой медицинской помощи; • **Направление на вакцинацию:** информировать пациента о необходимости иммунизации согласно национальному календарю профилактических прививок и календарю профилактических прививок по эпидемическим показаниям, возможных поствакцинальных реакциях и осложнениях, а также последствиях отказа от иммунизации и, в случае положительного решения — направить в кабинет вакцинопрофилактики (прививочный кабинет). Перед направлением на вакцинацию необходимым условием является определение наличия показаний и отсутствия противопоказаний. Лица, временно освобожденные от вакцинации, должны быть взяты под наблюдение и привиты после снятия противопоказаний (Приложение 7). • **Назначение или корректировка медикаментозной терапии:** согласно клиническим рекомендациям по заболеванию (состоянию), по поводу которого больной состоит под ДН, а также с учетом рекомендаций врачей-специалистов (при наличии таких рекомендаций) (Приложения 5, 10, 11); оформление и выдача рецептов. Пациенты, имеющие право на получение льготного лекарственного обеспечения, должны быть проинформированы об этой возможности. • **Направление на консультацию к врачам специалистам, в том числе с применением телемедицинских технологий[7]:** — врача-гастроэнтеролога — не реже 1 раз в год[4]; — врача-хирурга — по медицинским показаниям, в т.ч. при неэффективности консервативной терапии (боли в животе в течение 3 мес.) или необходимости приема опиоидных анальгетиков в течение 2-х недель (ввиду высокого риска зависимости), а также при подозрении на развитие осложнений ХП[2]; — врача-эндоскописта — по медицинским показаниям[2]; — врача-эндокринолога — по медицинским показаниям;

[7] Приказ Минздрава России от 11.04.2025 № 193н "Об утверждении Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 15.05.2025, регистрационный № 82181). СПС Консультант Плюс.

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической лассификацией (код МКБ-10)	Регулярность (периодичность), контролируемые показатели	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема (осмотра, консультации) пациента с хроническим панкреатитом
1	2	3
		— врача-диетолога — по медицинским показаниям при потребности в модификации питания, дополнительном расчете базовых показателей энергетической и питательной ценности рациона; — при затруднении в диагностике и выборе лечебной тактики, а также при осложненном течении заболевания и при наличии медицинских показаний для лечения пациента врачом-специалистом, врач-терапевт направляет пациента на консультацию к врачу-специалисту в соответствии с профилем его заболевания и в последующем осуществляет наблюдение за клиническим состоянием пациента, его лечением в соответствии с рекомендациями врача-специалиста; — при отсутствии эффекта от проводимого лечения в амбулаторных условиях и (или) при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований по медицинским показаниям, врач-терапевт по согласованию с врачом-специалистом по профилю заболевания пациента направляет его в другую МО для проведения дополнительных обследований и (или) лечения, в т.ч. в стационарных условиях. • **Определение наличия показаний для направления в отделение (кабинет) медицинской реабилитации/ на консультацию к врачу по физической и реабилитационной медицине (врачу по медицинской реабилитации)** для определения индивидуальной маршрутизации пациента при реализации мероприятий по медицинской реабилитации[8]; • **Определение наличия показаний и отсутствия противопоказаний для направления на санаторно-курортное лечение (Приложение 8);** **Информирование пациента о результатах проведенного диспансерного приема (осмотра, консультации)** — выдача рекомендаций, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты[9]; — информирование о необходимости регулярного диспансерного наблюдения: прием (осмотр) врачом-терапевтом и консультации иных врачей-специалистов в рамках ДН; — информирование о дате следующего диспансерного приема (осмотра, консультации); — информирование о необходимости прохождения диспансеризации и ежегодного профилактического медицинского осмотра, направление в отделение (кабинет) медицинской профилактики[10]. **Оформление медицинской документации** В том числе: — формы № 025/у "Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях"; — формы № 030/у "Контрольная карта диспансерного наблюдения"[11]; — формы № 057/у-04 "Направление для оказания медицинской помощи"[12, 13] (при необходимости).

Сокращения: ДН — диспансерное наблюдение, ИМТ — индекс массы тела, ПЖ — поджелудочная железа, ХП — хронический панкреатит.

8 Приказ Минздрава России от 31.07.2020 № 788н "Об утверждении порядка организации медицинской реабилитации взрослых" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 25.09.2020, регистрационный № 60039) СПС Консультант Плюс.

9 Приказ Минздрава России от 24.11.2021 № 1094н "Об утверждении Порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, Порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения, форм бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, Порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также Правил оформления бланков рецептов, в том числе в форме электронных документов". https://base.garant.ru/403137145 .

10 Приказ Минздрава России от 27.04.2021 № 404н "Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 30.06.2021, регистрационный № 64042). СПС Консультант Плюс.

11 Приказ Минздрава России от 15.12.2014 № 834н "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20.02.2015, регистрационный № 36160). СПС Консультант Плюс.

12 Приказ Минздрава России от 2.09.2025 № 519н "Об утверждении учетной формы "Направление для оказания медицинской помощи" и порядка ее ведения" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации Зарегистрировано в Минюсте России 16.10.2025, регистрационный № 83857). СПС Консультант Плюс.

13 Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22.11.2004 № 255 "О Порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14.12.2004, регистрационный № 6188). СПС Консультант Плюс.

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-155

Приложение 1
Сбор анамнеза

Анамнез настоящего заболевания (*anamnesis morbi*):

- общее состояние здоровья перед настоящим заболеванием;
- мнение пациента о причинах, вызвавших заболевание, по поводу которого он состоит под ДН;
- время, условия появления первых симптомов;
- последовательность появления новых симптомов и их развитии, условия и времени их появления, усиления, ослабления, исчезновения;
- влияние появления, усиления или исчезновения того или иного симптома болезни на остальные симптомы;
- мероприятия лечебного характера, к которым прибегал больной в течение настоящего заболевания, и их результаты.

История жизни (*anamnesis vitae*):

- биографические данные (дата и место рождения, особенности развития в детском, юношеском и подростковом возрасте, этническая принадлежность, образование, отношение к военной службе) — однократно при постановке на ДН;
- семейно-половой анамнез (семейное положение, наличие детей и их возраст; для женщин — гинекологический анамнез, для мужчин — оценка репродуктивно-сексуальной функции);
- трудовой анамнез (с какого возраста, где и кем работает, наличие профессиональных вредностей; режим труда: продолжительность работы, ее темп, напряженность, перерывы в работе, умственная или физическая, дневная или ночная работа; если больной пенсионер — необходимо уточнить род деятельности в настоящее время и до выхода на пенсию);
- бытовой анамнез (жилищные и санитарно-бытовые условия проживания; финансово-экономические условия);
- семейный анамнез и наследственность, наличие отягощенного семейного анамнеза (наличие болезней органов пищеварения/злокачественных новообразований, сахарного диабета у ближайших родственников);
- эпидемиологический анамнез (выезжал ли больной за пределы региона проживания последние 6 мес. и выполнилась ли, в связи с этим вакцинация; пребывал ли больной в странах с непривычным климатом и условиями жизни, был ли контакт с лихорадящими больными);
- перенесенные заболевания, а также оценка наличия хронических коморбидных заболеваний[14] у пациента, их течение, длительность и тяжесть, проводимое лечение;
- аллергологический анамнез (непереносимость запахов, продуктов, лекарственных препаратов, вакцин и сывороток, наличие аллергических реакций, причины возникновения, сезонность);
- лекарственный анамнез:

— сбор информации обо всех принимаемых лекарственных препаратах, как рецептурных, так и безрецептурных, в т.ч. витаминах, биологически активных добавках и растительных препаратах, провести учет их совместимости и влияния на всасывание, метаболизм и выведение);

— оценка приверженности пациента к назначенному ранее лечению (Приложение 3);

- страховой анамнез:

– наличие листка нетрудоспособности с даты предыдущего диспансерного приема (осмотра, консультации), его причина, продолжительность и повод;

– наличие инвалидности — с какого возраста, причина и группа;

Оценивается при каждом диспансерном приеме (осмотре, консультации):

- динамика симптомов ХП и общего состояния с момента последнего визита;
- перенесенные за отчетный период острые события (госпитализации) или иные заболевания;
- текущее лечение (медикаментозное и немедикаментозное), его эффективность, переносимость, побочные эффекты;
- приверженность лечению (Приложение 3);
- нутритивный статус, потребность в модификации питания, дополнительном расчёте питательной ценности рациона (Приложение 4);

[14] Коморбидность (мультиморбидность) — это сочетание у одного больного 2-х и более хронических заболеваний этиопатогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени проявления вне зависимости от активности каждого из них [1].

- динамика модифицируемых факторов риска (курение, питание, физическая активность, масса тела, уровень артериального давления (АД), липидов, глюкозы);
- лекарственный анамнез (все принимаемые препараты, включая безрецептурные, биологически-активные добавки, растительные средства) для оценки взаимодействий и побочных эффектов;
- аллергологический анамнез (актуальные аллергические реакции, особенно на лекарства);
- сопутствующие заболевания: ранее диагностированные хронические и диагностированные с момента предыдущего осмотра новые заболевания, перенесенные травмы, оперативные вмешательства, планируемые инвазивные манипуляции (в т.ч. стоматологические);
- наличие листков нетрудоспособности с даты предыдущего приема.

Таблица 2

Факторы риска развития ХП[2]

Токсические факторы	Алкоголь	Является причиной ХП в 60-70% случаев
	Курение	Существенно потенцирует действие алкоголя, при этом значение табакокурения в генезе ХП может быть даже более существенным, нежели чем алкоголя
	Лекарственные препараты	Аспарагиназа, азатиоприн, диданозин, метилпреднизолон, ингибиторы ГМГ-КоА-редуктазы, эстрогены, фенофибрат, вальпроевая кислота и др.
	Гиперкальциемия	При повышении общего ионизированного кальция >12,0 мг/дл (3 ммоль/л). Большинство случаев развития панкреатита на фоне гиперкальциемии связано с гиперпаратиреозом или злокачественными опухолями, крайне редко обусловлено генетическим заболеванием
	Хроническая болезнь почек в терминальной стадии (стадия 5)	В связи со снижением выведения токсинов через почки и электролитными расстройствами
Метаболические факторы	Гипертриглицеридемия	При остром гипертриглицеридемическом панкреатите (в отсутствие других факторов) отмечается повышение триглицеридов сыворотки крови >1000 мг/дл (11,2 ммоль/л). Рецидив панкреатита может возникать уже при меньшем подъеме уровня триглицеридов крови — 500 мг/дл (5,6 ммоль/л) и даже умеренная гипертриглицеридемия повышает риск развития панкреатита
	Сахарный диабет	Повышает риск развития острого и ХП, может приводить к развитию атрофии и фиброзу ткани поджелудочной железы с последующей экзокринной недостаточностью
Наследственные факторы	Мутации гена катионического трипсиногена (*PRSS1*)	У пациентов с наследственным панкреатитом симптомы обычно возникают гораздо раньше (в возрасте до 20 лет), заболевание быстро прогрессирует, на этом фоне повышается риск развития аденокарциномы ПЖ.
	Диабет зрелого типа у молодых (*MODY8*)	У пациентов с MODY8 в детстве развивается экзокринная дисфункция поджелудочной железы с последующим диабетом во взрослом возрасте
	Мутации гена регулятора трансмембранной проводимости муковисцидоза (*CFTR*) и ингибитора трипсина (*PSTI* или *SPINK1*)	У пациентов с идиопатическим ХП
Обструкция протоков	Стеноз сфинктера Одди	
	Стриктуры главного панкреатического протока	
	Наличие конкрементов в панкреатических протоках	
	Наличие конкрементов или сладжа в желчном пузыре, общем желчном протоке и/или ампуле большого дуоденального сосочка	
	Ложные кисты и опухоли	
	Кистозно-воспалительная трансформация двенадцатиперстной кишки	Воспалительное и кистозное поражение стенки двенадцатиперстной кишки с локализацией в нисходящей ее части, которое встречается у пациентов ХП
Иммунологические факторы	Аутоиммунный панкреатит	Представляет собой особую форму панкреатита, может возникать изолированно или в сочетании с синдромом Шегрена, воспалительными заболеваниями кишечника и многими другими аутоиммунными заболеваниями

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-155

Таблица 2. Продолжение

	Тяжелый ОП, рецидивирующий ОП и ХП	После первого эпизода ОП в 10% отмечено развитие ХП, при рецидивирующем ОП — в 36%. Риск трансформации в ХП после ОП выше у мужчин и при алкогольной этиологии панкреатита

Сокращения: ОП — острый панкреатит, ПЖ — поджелудочная железа, ХП — хронический панкреатит.

Таблица 3

Определение клинической стадии ХП с оценкой прогноза[2]

Стадия	Признаки	Прогноз
1	Доклиническая. Признаки ХП по данным лучевых методов диагностики	Неизвестен
2	Начальных проявлений. Боль типа "А". Повторные приступы ОП. Снижение качества жизни. Длительность: 4-7 лет	Повышен риск панкреонекроза, осложнений ОП
3	Персистирующая симптоматика. Боль типа "В". Эндо- и/или экзокринная недостаточность	Трофологическая недостаточность
4	Атрофия ПЖ. Выраженная недостаточность ПЖ. Интенсивность боли снижается, отсутствуют эпизоды ОП	Сахарный диабет, трофологическая недостаточность. Повышен риск рака ПЖ

Сокращения: ОП — острый панкреатит, ПЖ — поджелудочная железа, ХП — хронический панкреатит.

Приложение 2
Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

K.86.0 Хронический панкреатит алкогольной этиологии;
K.86.1 Другие хронические панкреатиты;
K.86.2 Киста поджелудочной железы;
K.86.3 Ложная киста поджелудочной железы;
K.86.8 Другие уточненные болезни поджелудочной железы;
K.90.3 Панкреатическая стеаторея.

Таблица 4

Классификация ХП (В.Т. Ивашкин и др., 1990)[2]

По этиологии	Билиарнозависимый
	Алкогольный
	Дисметаболический
	Инфекционный
	Лекарственный
	Аутоиммунный
	Идиопатический
По клиническим проявлениям	Болевой
	Диспептический
	Сочетанный
	Латентный
По морфологическим признакам	Интерстициально-отечный
	Паренхиматозный
	Фиброзно-склеротический
	Кистозный
	Гиперпластический
По характеру клинического течения	Редко-рецидивирующий
	Часто-рецидивирующий
	С постоянно присутствующей симптоматикой ХП
Осложнения	Нарушение оттока желчи и пассажа дуоденального содержимого
	Портальная гипертензия (подпеченочная)
	Постнекротическая киста
	Ложная аневризма артерий ПЖ, кишечное кровотечение
	Эндокринные нарушения:
	Панкреатогенный сахарный диабет,
Воспалительные изменения	Абсцесс
	Парапанкреатит
	"Ферментативный" холецистит
	Пневмония

Сокращения: ПЖ — поджелудочная железа, ХП — хронический панкреатит.

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-155

Приложение 3

Шкала приверженности фармакотерапии Национального общества доказательной фармакотерапии (НОДФ)[15] [19]

Модуль I. "Общая фактическая приверженность фармакотерапии"					
1	**Назначал ли Вам лечащий врач лекарственную терапию?**				
А) Да Б) Нет В) Другое _____					
2	**Укажите, как Вы поступаете в отношении приема лекарственных препаратов (выберите подходящий ответ для каждого пункта):**				
А) Прекращаю прием лекарственных препаратов:					
	всегда	часто	иногда	редко	никогда
Б) Делаю перерывы в приеме лекарственных препаратов:					
	всегда	часто	иногда	редко	никогда
В) Самостоятельно меняю терапию (меняю дозу, кратность, время приема) или принимаю препараты без согласования с врачом:					
	всегда	часто	иногда	редко	никогда
Г) Забываю принимать лекарственные препараты:					
	всегда	часто	иногда	редко	никогда
Д) Воздерживаюсь от приема назначенных лекарственных препаратов					
	всегда	часто	иногда	редко	никогда
3	**Если Вы не стали принимать или изменили прием лекарственных препаратов, укажите причину:**				
А) Опасаюсь побочных эффектов от приема лекарственных препаратов					
Б) Возникли побочные эффекты на фоне приема лекарственных препаратов					
В) Отсутствие ощутимого эффекта/улучшения от лечения					
Г) Высокая цена лекарственных препаратов					
Д) Сомневаюсь в правильности назначенной мне терапии					
Е) Не хочу принимать лекарственные препараты длительно					
Ж) Принимаю очень много разных лекарственных препаратов					
З) Сложная/неудобная схема приема лекарственных препаратов					
И) Другое (укажите)					
Модуль II. "Препарат-специфичная фактическая приверженность фармакотерапии"					
1	**Укажите, как Вы поступаете в отношении приема лекарственных препаратов**				
А) Прекращаю прием лекарственных препаратов. Укажите препараты: _____					
Б) Делаю перерывы в приеме лекарственных препаратов. Укажите препараты: _____					
В) Самостоятельно меняю терапию (меняю дозу, кратность, время приема препаратов) или принимаю препараты без согласования с врачом. Укажите препараты: _____					
Г) Забываю принимать лекарственные препараты. Укажите препараты: _____					
Д) Воздерживаюсь от приема назначенных лекарственных препаратов. Укажите препараты: _____					
2	**Если Вы не стали принимать или изменили лекарственную терапию, укажите причину:**				
А) Опасаюсь побочных эффектов от приема лекарственных препаратов. Укажите препараты: _____					
Б) Возникли побочные эффекты на фоне приема лекарственных препаратов. Укажите препараты: _____					
В) Отсутствие ощутимого эффекта /улучшения от лечения. Укажите препараты: _____					
Г) Высокая цена лекарственных препаратов. Укажите препараты: _____					
Д) Сомневаюсь в правильности назначенной мне терапии. Укажите препараты: _____					
Е) Не хочу принимать лекарственные препараты длительно. Укажите препараты: _____					
Ж) Принимаю очень много разных лекарственных препаратов					
З) Сложная/неудобная схема приема лекарственных препаратов					
И) Другая причина (укажите) _____					
Модуль III. "Потенциальная приверженность фармакотерапии"					
1	**Собираетесь ли Вы принимать лекарственные препараты, рекомендованные Вам врачом?**				
	1) Нет 2) Скорее нет, чем да 3) Скорее да, чем нет 4) Да				

[15] Бланк опросника размещен на сайте Российского общества профилактики неинфекционных заболеваний и доступен к скачиванию по ссылке https://ropniz.ru/doctors/data/scales-questionnaires.

Инструкция:

- Определение балла проводится по ответу на вопрос 2 из модуля I.
- При выявлении неприверженности по модулю I, следует перейти к модулю II для оценки приверженности к каждому лекарственному препарату индивидуально.
- По модулю III оценивается потенциальная приверженность (намерения пациента выполнять врачебные рекомендации) к фармакотерапии.

Ключ к модулю I по вопросу 2

Вопрос	Варианты ответа "всегда", "часто", "иногда", "редко" приравниваются к одному результату	Вариант ответа: "никогда"	Результат **NB! Баллы не суммируются! Для определения уровня приверженности отбирается балл с максимальным значением по полученным ответам**
А	3 балла	0 баллов	0 баллов — полная приверженность
Б	2 балла		1 балл — частичная (неполная), вторичная неприверженность, ненамеренные нарушения врачебных рекомендаций
В	2 балла		2 балла — частичная (неполная), вторичная неприверженность, намеренные нарушения врачебных рекомендаций (в т. ч. самолечение)
Г	1 балл		3 балла — полная, вторичная неприверженность
Д	4 балла		4 балла — полная, первичная неприверженность

Ключ к модулю III Номер вопроса:

1 — потенциально не привержен
2 — потенциально частично не привержен
3 — потенциально частично привержен
4 — потенциально привержен

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-155

Приложение 4
Критерии клинической оценки трофологического статуса[2]

Таблица 5

Основные антропометрические показатели статуса питания

Показатель	Нормы	
	Мужчины	Женщины
КЖСТ, мм	12,5	16,5
ОП, см	26-29	25-28
ОМП, см	25,3	23,2

Примечание: ОМП определяется по формуле: ОМП (см) = ОП (см) — 0,314 х КЖСТ (мм).
Сокращения: КЖСТ — толщина кожно-жировой складки над трицепсом, ОП — окружность плеча, ОМП — окружность мышц плеча.

Таблица 6

Состояние питания по КЖСТ и ОМП

Нормальное	90-100%
Легкое нарушение	90-80% нормы
Нарушение средней тяжести	80-70% нормы
Тяжелое нарушение	<70% от нормы

Необходимость применения калипера может являться ограничением оценки трофологического статуса по кожно-жировой складке плеча.

Таблица 7

Статус питания по индексу массы тела (ИМТ)

Классификация	ИМТ (кг/м^2)	Риск сопутствующих заболеваний
Гипотрофия 3 степени	ниже 15,0	Чрезвычайно высокий
Гипотрофия 2 степени	15,0-16,9	Очень высокий
Гипотрофия 1 степени	17,0-18,4	Высокий
Нормальная масса тела	18,5-24,9	Обычный
Избыточная масса тела	25,0-29,9	Очень высокий

Сокращение: ИМТ — индекс массы тела.

Применение шкал и опросников

Для скрининговой оценки нутритивного риска в клинической практике применяются шкала MUST и опросник NRS.

Шкала MUST

(Malnutrition Universal Screening Tool) — оценка риска недостаточности питания[16,17,18]

Назначение: универсальный инструмент для быстрой оценки риска недостаточности питания (мальнутриции) у взрослых, разработанный для амбулаторной и стационарной практики. Оценка основана на трех компонентах: ИМТ, нежелательной потере веса и влиянии острых заболеваний.

16 On-line калькулятор MUST доступен по ссылке: https://medsoftpro.ru/kalkulyatory/must.

17 Клинические рекомендации "Недостаточность питания (мальнутриция) у пациентов пожилого и старческого возраста", 2025. https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/615_3.

18 Клинические рекомендации "Рак гортани", 2024. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/475_3.



Опросник NRS-2002

(Nutritional Risk Screening 2002) — скрининг нутритивного риска[16,17,19]

Назначение: скрининг недостаточности питания.

Таблица 1. Начальный скрининг

1	ИМТ <20,5 кг/м^2?	Да/нет
2	Была ли у пациента потеря массы тела за последние 3 мес.?	Да/нет
3	Уменьшилось ли потребление пищи пациентом за последнюю неделю?	Да/нет
4	Есть ли у пациента тяжелое заболевание?	Да/нет

Да: Если при ответе на вопросы таблицы 1 получен хотя бы один положительный ответ, необходимо перейти к вопросам таблицы 2.
Нет: Если при ответе на вопросы таблицы 1 получены все отрицательные ответы, необходимо еженедельно проводить повторный скрининг

Таблица 2. Финальный скрининг

Степень тяжести нарушений пищевого статуса		Тяжесть заболевания (повышение потребности организма в белке и нутриентах)	
0 баллов	Нормальный пищевой статус	**0 баллов**	Обычные потребности организма в белке и нутриентах
Легкая степень 1 балл	снижение массы тела >5% за 3 мес. или прием пищи менее 50-75% от обычного объема на предшествующей неделе	**Легкая степень 1 балл**	Перелом бедра, пациенты с хроническими заболеваниями, особенно с осложнениями в острой фазе: цирроз печени, хроническая обструктивная болезнь легких, хронический гемодиализ, диабет, онкология
Средняя степень 2 балла	снижение массы тела >5% за 2 мес. или ИМТ 18,5-20,5 кг/м^2 + нарушение общего состояния пациента или прием пищи <50-75% от обычного объема на предшествующей неделе	**Средняя степень 2 балла**	Большая абдоминальная хирургическая операция, инсульт, тяжелая пневмония, злокачественные гематологические опухоли
Тяжелая степень 3 балла	снижение массы тела >5% за 1 мес. (>15% за 3 мес.) или ИМТ <18,5 кг/м^2 + нарушение общего состояния пациента или прием пищи 0-25% от обычного объема на предшествующей неделе	**Тяжелая степень 3 балла**	Травма головы, пересадка костного мозга, пациенты, находящиеся в отделение реанимации и интенсивной терапии

Сокращение: ИМТ — индекс массы тела.

[19] Клинические рекомендации "Рак желудка", 2020. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/574_1.

Клиническая интерпретация степеней тяжести заболевания

1 балл: пациент с хронической патологией находится на стационарном лечении из-за развившегося обострения или осложнений. Пациент ослаблен, однако, мобилен и может перемещаться в пространстве (не находится постоянно в кровати). Потребность в белке повышена, однако, может быть покрыта за счет обычного приема пищи с добавлением сипинга или специализированного питания.

2 балла: пациент находится на постельном режиме из-за заболевания, например, после проведенного хирургического вмешательства на брюшной полости. Потребность в белке в значительной степени повышена, однако, может быть покрыта за счет применения специализированных продуктов питания и искусственного питания.

3 балла: пациент находится в ОРИТ на ИВЛ и другие тяжелые состояния. Потребности в белке максимально увеличены и не могут быть покрыты с помощью клинического (искусственного) питания. Значительно усилен распад белка и потеря азота.

Общий балл = баллы за степень тяжести нарушений пищевого статуса + баллы за тяжесть заболевания.

Если возраст 70 лет и старше, добавить 1 балл.

Ключ (интерпретация)

3 и более баллов — нутритивный риск, составляется план нутритивной поддержки.

Менее 3 баллов — еженедельная оценка. Если планируется большое оперативное вмешательство, обсуждается превентивный план нутритивной поддержки.

Оценка критериев питательной недостаточности с использованием ряда лабораторных и клинических показателей

Питательная недостаточность и ее степень диагностируется при наличии одного и более критериев, представленных в таблице 8.

Таблица 8

Степени выраженности питательной недостаточности

Степени питательной недостаточности	Лёгкая	Средняя	Тяжёлая
Альбумин, г/л	35-30 г/ л	30-25 г/л	< 25 г/л
Общий белок, г/л	60-55	55-50	< 50
Лимфоциты, клеток в мл^3	1800-1500	1500-800	< 800
Дефицит массы, % от идеальной массы тела (рост — 100)	11-10%	21-30%	> 30%
Индекс массы тела, кг/м^2	19-17,5	17. 5-15,5	<15,5

В некоторых случаях диагностика экзокринной панкреатической недостаточности может быть сложной из-за низкой специфичности симптомов и дефицита питательных веществ, а также вследствие ограниченной точности и доступности анализа на панкреатическую эластазу-1. При подозрении на экзокринную панкреатическую недостаточность пациентам можно назначить ферментную заместительную терапию эмпирически на месяц, а ответ на терапию будет являться дополнительным подтверждением диагноза [20].

Приложение 5
Лечение ХП

Адаптировано из клинических рекомендаций "Хронический панкреатит"[2]

Модификация образа жизни

Всем пациентам с ХП рекомендуется полный отказ от употребления алкоголя с целью снижения частоты тяжелых осложнений и смертности. Внешнесекреторная недостаточность ПЖ, как правило, не прогрессирует на фоне отказа от употребления алкоголя. У лиц, не употребляющих алкоголь, отмечается лучший ответ на терапию по устранению боли.

Курение является значимым и независимым фактором развития ХП. Всем пациентам с ХП, независимо от особенностей течения, рекомендуется отказ от курения с целью редукции/купирования боли и профилактики развития осложнений ХП.

Диетотерапия[2,20]

Белково-энергетическая недостаточность часто встречается у пациентов с ХП и при этом носит многофакторный характер, вследствие ограничения количества принимаемой пищи, мальабсорбции, сахарный диабет (СД), нарушения перистальтики кишечника и сопутствующего хронического алкоголизма.

Пациентам с ХП рекомендуется дробный прием пищи (небольшими порциями 5-6 раз в сутки) с высоким содержанием белков и углеводов (если это не усиливает боли и диспепсические симптомы) с целью улучшения процессов всасывания питательных веществ и восполнения дефицита нутриентов. Степень ограничения жиров при экзокринной панкреатической недостаточности зависит от тяжести стеатореи, в большинстве случаев жиры не ограничиваются, особенно нерафинированные растительные.

Ориентировочные рекомендации для пациентов с тяжелой экзокринной недостаточностью ПЖ включают ежедневную диету с энергетической ценностью 2500-3000 калорий, потребление 1,0-1,5 г/кг/сут. белков.

Купирование стеатореи должно достигаться не за счет ограничения приема жира (что необходимо для нормального всасывания витаминов (A, D, E и K), а посредством назначения ферментной заместительной терапии в адекватной дозе. Пациентам с выраженной экзокринной недостаточностью ПЖ, у которых на фоне адекватной заместительной терапии сохраняется тяжелая стеаторея, вызывающая сильный дискомфорт, ведущая к социальной дезадаптации, рекомендуется диета, содержащая менее 40-60 г жира в сутки.

Сложные углеводы и пищевые волокна могут быть полезными для замедления развития СД, профилактики синдрома избыточного бактериального роста (СИБР) в тонкой кишке.

В связи с тем, что в развитии синдрома мальабсорбции при ХП ведущее значение имеет патологическое состояние гепатопанкреатодуоденальной системы, диетотерапия данного заболевания должна быть направлена в первую очередь на восстановление нарушенных функций ПЖ и метаболических нарушений, которые возникают в организме больного.

Важным принципом диетотерапии ХП является принцип химического щажения желудочно-кишечного тракта. Для осуществления этого принципа из пищевого рациона исключаются вещества, стимулирующие желудочную и панкреатическую секрецию: жареные блюда, экстрактивные вещества, содержащиеся в мясе, птице, рыбе; капустный отвар, эфирные масла, входящие в состав горчицы, хрена, острых соусов и приправ. Принцип механического щажения также сохраняется, но он осуществляется менее строго.

В период ремиссии ХП в диете предусматривается преобладание непротертых блюд. Фактор механического щажения имеет гораздо более важное значение только в период обострения заболевания. Требования частого, дробного приема пищи (5-6 раз в день) небольшими порциями сохраняет свое значение и в период ремиссии заболевания. Употребление большого количества пищи приводит к задержке ее эвакуации из желудка, растяжению его стенок и к гиперпродукции гастрина. Связанная с этим желудочная гиперсекреция опосредованно, через гормональный механизм вызывает усиленное отделение панкреатического сока, что особенно нежелательно в условиях имеющегося препятствия его оттоку.

Диета должна содержать достаточное количество полноценных животных белков, содержащих незаменимые аминокислоты. Следует учитывать роль молочных и рыбных продуктов, которые хорошо перевариваются, лучше усваиваются и обладают высокой питательной ценностью. Несколько повышенное против нормы количество белка (110-115 г в сут.) устраняет дефицит белка в организме, позволяет добиться усиления репаративных возможностей ПЖ, предотвращения прогрессирования заболевания и предупреждения его обострений. В рационе предусматривается некоторое ограничение углеводов,

[20] "Методические рекомендации по диетической терапии при синдроме мальабсорбции (хронический энтерит, хронический панкреатит) в условиях диспансерного наблюдения" (утв. Минздравом СССР от 27.11.1987 № 10-11/157).

преимущественно за счет простых сахаров. Данная рекомендация основана на том факте, что при ХП часто поражается островковый аппарат ПЖ, особенно при длительном и тяжелом его течении с целью профилактики развития диабета (Приложение 9).

Купирование боли в животе

Пациентам с интенсивным болевым синдромом при ХП рекомендуется периодическое или курсовое назначение анальгетиков (*парацетамола* в дозе 1000 мг 3 р/сут.), или нестероидных противовоспалительных и противоревматических препаратов. При неэффективности — следует отдавать предпочтение *трамадолу* (400 мг/сут.). Длительность постоянной анальгетической терапии не должна составлять более 3-х месяцев (с контролем состояния больного, биохимических показателей крови, в первую очередь, определения активности аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы и определения активности гамма-глутамилтрансферазы в крови), после чего необходима переоценка лечебной и/или диагностической тактики. За 3 мес. боль должна прекратиться или беспокоить существенно реже, тогда будет возможен прием анальгетических препаратов по требованию.

При постпрандиальном усилении боли анальгетики могут применяться за 30 минут до приема пищи. Если боль не связана с приемом пищи, режим приема обезболивающего препарата следует определять с учетом его класса и профиля безопасности. Парацетамол может приниматься независимо от приема пищи. НПВП рекомендуется принимать во время или после еды для уменьшения диспепсических явлений; у пациентов с факторами риска НПВП-ассоциированных гастропатий следует рассмотреть назначение гастропротекции и/или альтернативной анальгетической терапии. Для трамадола рекомендация приема после еды с целью защиты слизистой оболочки желудка не обоснована.

Для купирования упорной панкреатической боли пациентам с ХП рекомендуется *прегабалин*, применяемый и при лечении нейропатической боли (препарат обладает анальгетическим и противотревожным действием, что может быть дополнительным положительным эффектом для некоторых пациентов).

При неэффективности консервативной терапии (боли в животе в течение 3 мес.) или необходимости приема опиоидных анальгетиков в течение 2-х нед. (ввиду высокого риска зависимости), а также при подозрении на развитие осложнений ХП рекомендована консультация врача-хирурга и врача-эндоскописта для оценки вероятности купирования боли с использованием методик эндоскопического или хирургического лечения.

Эндоскопическое дренирование может быть предложено как метод выбора у пациентов с незначительными изменениями паренхимы ПЖ и отсутствием множественных осложнений ХП, а также пациентам с противопоказаниями к хирургическому вмешательству или отказом от него, являться предварительным этапом для оценки эффективности планируемого хирургического лечения. При рецидиве боли повторные эндоскопические процедуры имеют высокую эффективность.

Тактика обследования и лечения больного ХП с доминирующей абдоминальной болью представлена в Приложении 10.

Для объективной оценки состояния пациента в динамике широко используются анкеты-опросники, такие как визуально-аналоговая шкала (ВАШ) (Приложение 11), цифровая рейтинговая шкала боли (ЦРШБ), а также опросники по оценке качества жизни SF-36, QLQ-C30.

Лечение экзокринной и эндокринной недостаточности ПЖ. Заместительная ферментная терапия

Целью заместительной терапии является обеспечение возможности пациенту принимать, переваривать и усваивать нормальное количество основных пищевых веществ и микроэлементов.

Клинические показания для проведения заместительной ферментной терапии:

— верифицированная стеаторея;

— хроническая диарея, полифекалия;

— нутритивная недостаточность;

— перенесенный панкреонекроз, тяжелый ХП (кальцификация паренхимы ПЖ или внутрипротоковые кальцинаты в сочетании с расширением главного панкреатического протока);

— перенесенные оперативные вмешательства на ПЖ с нарушением нормального пассажа пищи (классическая панкреатодуоденальная резекция, латеральная панкреатикоеюностомия с петлей, выключенной по Ру);

— состояние после любых хирургических вмешательств на ПЖ с признаками внешнесекреторной недостаточности.

Всем пациентам с ХП при проведении заместительной ферментной терапии рекомендуется принимать капсулированный *панкреатин в минимикросферах <2 мм* [20] в начале приема пищи.

Рекомендуемая минимальная доза *капсулированного панкреатина* для начального лечения пациентов с клиническими симптомами экзокринной недостаточности ПЖ составляет 40-50 тыс. ед. на основной прием пищи (3 раза в день) и половинная доза (20-25 тыс. ед.) на промежуточные приемы (общая кратность не менее 5 раз в сутки).

Всем пациентам с ХП, получающим заместительную ферментную терапию, рекомендуется оценивать эффективность лечения по прибавке массы тела (показателю ИМТ) и снижению выраженности симптомов (купирование диареи, нормализация диспепсических симптомов) через 6 мес. после начала терапии, однако любые сомнения в эффективности заместительной терапии следует расценивать как показания к лабораторному и инструментальному контролю заместительной ферментной терапии (лабораторные показатели трофологического статуса: уровень ретинол-связывающего белка, витамина B_{12}, трансферрина, общего магния, цинка в сыворотке крови, абсолютное число лимфоцитов).

В случае недостаточной эффективности приема начальных доз ферментных препаратов, покрытых кишечнорастворимой оболочкой, рекомендуется увеличить дозу панкреатина. При сохранении симптомов мальдигестии на фоне высоких доз препарата (40-50 тыс. ед. на основной прием и 20-25 тыс. ед. — на промежуточный), следует удвоить (возможно назначение и более высоких доз) дозы минимикросфер *панкреатина*. А также рекомендуется назначить препараты, подавляющие желудочную секрецию — ингибиторы протонного насоса в стандартных дозах (омепразол в дозе 20 мг 2 р/сут. или аналоги).

Пациентам с тяжелой панкреатической недостаточностью после перенесенного панкреонекроза, либо при наличии кальцифицирующего панкреатита, либо пациентам со значительно сниженной эластазой-1 кала (<100 мкг/г), рекомендуется пожизненная заместительная терапия капсулированными препаратами панкреатина в подобранной дозе.

Длительность курса капсулированного панкреатина при вторичной панкреатической недостаточности определяется сроком разрешения симптоматики, возможностью поиска и элиминации вторичных причин недостаточности (например, СИБР).

При рецидиве стеатореи после отмены или уменьшения дозы панкреатина несмотря на нормальные значения эластазы-1 кала также необходима пожизненная заместительная ферментная терапия. Пациентам с низкими значениями эластазы-1 кала при отсутствии условий для ложноположительного результата показана пожизненная заместительная ферментная терапия.

Лечение аутоиммунного панкреатита (АИП)

При наличии клинической симптоматики всем пациентам с АИП рекомендуется назначение иммуносупрессивной терапии (например, глюкокортикоидами — *преднизолон* в дозе 0,6-1,0 мг/кг/день в течение 2-4 нед. с последующим постепенным снижением дозы по 5 мг в 2 нед. за 3-6 мес., противоопухолевыми препаратами и иммуномодуляторами). Терапия второй линии (в случае противопоказаний к назначению кортикостероидов или стероидорезистентности) — *ритуксимаб* в дозе 375 мг/м^2 еженедельно в течение 4 нед. с последующими поддерживающими инфузиями каждые 2-3 мес. (онкогематологический протокол), или 1000 мг двукратно с интервалом в 15 дней каждые 6 мес. (иммунологический протокол/протокол ревматоидного артрита). При отсутствии жалоб стойкие изменения биохимических показателей по данным анализов крови (повышение уровня печеночных, панкреатических ферментов, показателей холестаза) также являются показаниями для начала активной терапии. Общая продолжительность индукционной терапии должна быть не менее 12 нед.

Рекомендуется проводить оценку эффективности терапии через 2 нед. на основании динамики клинических, симптомов и данных лабораторных и инструментальных исследований. Стадия индукции ремиссии определяется как соответствие каждому из следующих критериев после 6 мес. лечения: (1) ≥50% снижения уровня IgG4; (2) снижение дозы глюкокортикоидов до поддерживающей дозы ≤10 мг/день; и (3) отсутствие рецидивов при снижении дозы системных кортикостероидов в течение 6 мес. Отсутствие ответа на системные кортикостероиды через 2-4 нед. требует пересмотра диагноза АИП.

В связи с высокой частотой развития рецидива, особенно в случае АИП-1, рекомендуется назначение поддерживающей терапии низкими дозами глюкокортикостероидов (эквивалентные 2,5-7,5 мг преднизолона в сут. внутрь) или иммунодепрессантами (азатиоприн, меркаптопурин, метотрексат, микофенолата мофетил), ритуксимабом. Тиопурины (азатиоприн) и микофенолата мофетил назначаются одновременно с продолжающимся приемом глюкокортикоидов на 6-8 нед. с последующим продолжением монотерапии иммунодепрессантами.

Наблюдение и лечение больных аутоиммунным панкреатитом целесообразно осуществлять совместно со специалистом-гастроэнтерологом не реже 2 раз в год.

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-155

Осложнения ХП

СД. Эндокринная панкреатическая недостаточность со временем развивается у 70% пациентов с ХП в виде нарушения толерантности к глюкозе. СД возникает при длительном течении ХП, вероятность возникновения СД постепенно возрастает спустя 10 лет от начала манифестации ХП.

Для предотвращения осложнений, развития гипогликемии и кетоацидоза рекомендуется контролировать уровень глюкозы в крови.

Диета при панкреатогенном СД соответствует таковой при СД 1 типа, за исключением необходимости коррекции мальабсорбции, дефицита витаминов и микроэлементов; назначение дробного питания обеспечивает профилактику гипогликемии.

При развитии СД в исходе выраженного фиброза паренхимы ПЖ пероральные гипогликемические средства неэффективны. Большинству пациентов с панкреатогенным СД требуется назначение инсулинов.

Псевдокисты ПЖ. Встречаются приблизительно у 1/3 пациентов с ХП, они могут быть самых разных размеров, чаще бессимптомными, или провоцировать клиническую картину компрессии соседних органов, вызывая боль в верхней половине живота. Спонтанная регрессия псевдокист при ХП возникает реже, чем при ОП; у пациентов с алкогольным ХП спонтанная регрессия описана в 25,7% случаев, а персистенция без клинических проявлений — в 23%. Риск развития серьезных осложнений при бессимптомном течении хронических псевдокист составляет <10%.

Панкреонекроз. Обострение ХП и повторные приступы ОП на фоне ХП могут приводить к панкреонекрозу с развитием инфекционных осложнений (воспалительные инфильтраты, абсцессы, гнойные холангиты, септические состояния).

Дуоденальный стеноз развивается менее чем в 5% наблюдений. Основной причиной дуоденальной непроходимости является кистозно-воспалительная трансформация двенадцатиперстной кишки с распространением воспаления на парадуоденальную клетчатку. Декомпенсированные формы нарушения эвакуации из желудка возникают редко.

Сдавление общего желчного протока с развитием механической желтухи могут быть вызваны (у 16-35% пациентов) отеком и развитием фиброза ПЖ. Желтуха может быть постоянной или носить рецидивирующий характер. Возникновению желтухи предшествует боль в верхнем отделе живота, характерная для обострения ХП.

Портальная гипертензия, обусловленная сдавлением или тромбозом воротной, верхней брыжеечной или селезеночной вен, вследствие воспаления и фиброза перипанкреатической клетчатки отмечается у 7-18% пациентов, может сопровождаться асцитом. Кровотечения из флебэктазий пищевода или желудка не являются частым осложнением ХП.

Кишечные кровотечения у пациентов с ХП являются патогномоничным симптомом ложной аневризмы ветвей чревного ствола и верхней брыжеечной артерии. При этом при гастродуоденоскопии не обнаруживают изъязвлений в желудке и ДПК, флебэктазий пищевода. Выделение крови из большого сосочка ДПК при дуоденоскопии регистрируется в 14% наблюдений.

Синдром мальабсорбции с развитием дефицита микронутриентов является следствием прогрессирующего фиброза ПЖ и панкреатической мальдигестии, не контролируемой заместительной ферментной терапией. Поэтому признаки дефицита незаменимых макро- и микронутриентов также относят к осложнениям ХП с внешнесекреторной недостаточностью ПЖ. Пациенты с ХП в первую очередь подвержены риску развития **недостаточности жирорастворимых витаминов** (A, D, E и K) и витамина B_{12}. **Остеопороз** также является установленным осложнением ХП.

Фактором риска развития **СИБР** является мальдигестия при экзокринной недостаточности ПЖ. СИБР встречается у 34-92% пациентов с ХП, при этом чаще у пациентов с алкогольным ХП, чем у пациентов с другими формами этого заболевания.

При длительном течении ХП возрастает риск развития **рака ПЖ**. Для пациентов с пятилетним анамнезом ХП риск развития рака возрастает в 8 раз. Предшественником рака ПЖ может быть панкреатическая интраэпителиальная неоплазия (Pancreatic intraepithelial neoplasms — PanIN) — специфические морфологические изменения в стенках протоков. Генетически обусловленный панкреатит также имеет высокий риск развития рака ПЖ.

Возможные осложнения также включают в себя: эрозивный эзофагит, синдром Маллори-Вейсса, гастродуоденальные язвы (обусловлены значительным снижением продукции бикарбонатов ПЖ) и абдоминальный ишемический синдром.

Хирургическое лечение ХП: показания

У пациентов с верифицированным ХП рекомендовано решение вопроса о выполнении хирургического вмешательства при следующих состояниях:

— интенсивная некупируемая абдоминальная боль, ведущая к снижению или утрате трудоспособности;

— отсутствие эффекта от консервативного лечения в течение 3-х мес. (строгое соблюдение диеты, терапия капсулированным панкреатином, витаминами, анальгетиками, в т.ч. трамадолом, антидепрессантами, прегабалином), существенное снижение качества жизни и нарушение трудоспособности;

— риск развития зависимости от анальгетиков и/или психотропных препаратов;

— возникновение осложнений ХП, требующих инвазивного устранения (кровотечения, непроходимость двенадцатиперстной кишки (ДПК), симптоматические псевдокисты, механическая желтуха и др.);

— подозрение на рак ПЖ.

На фоне перечисленных осложнений могут возникать панкреатогенный асцит и/или плеврит; у пациентов, оперированных по поводу панкреатита или перенесших травму ПЖ — панкреатические свищи, требующие хирургического лечения.

Безусловным показанием к хирургическому лечению является отсутствие возможности исключить рак ПЖ.

Эндоскопическое лечение рекомендуется у пациентов с болью и дилатацией протока ПЖ с целью устранения болевого синдрома. В качестве методов эндоскопического лечения применяются:

— литоэкстракция и механическая литотрипсия;

— эндоскопическое стентирование панкреатического протока;

— эндоскопическое дренирование протока ПЖ;

— эндоскопическое дренирование постнекротической кисты.

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-155

Приложение 6
Основные аспекты проведения индивидуального краткого профилактического консультирования

В рамках индивидуального краткого профилактического консультирования пациент должен получить общие рекомендации (основы здорового образа жизни) и, в зависимости от имеющихся факторов риска (ФР), краткие рекомендации по их коррекции [21].

Такое консультирование ограничено по времени (не более 10 мин), поэтому проведение его рекомендуется по структурированной схеме:

- **информировать пациента** как о выявленных заболеваниях, так и об имеющихся у него ФР, величине суммарного сердечно-сосудистого риска, об отдельных результатах физических (уровень АД, частоты сердечных сокращений), лабораторных (при определении липидного спектра: об уровне общего холестерина и холестерина липопротеинов отдельных классов) данных, уровне глюкозы крови и инструментальных исследований, установленной группе здоровья. Информировать о рекомендуемых для его возраста (пола) целевых уровнях факторов и показателей, к которым необходимо стремиться. Дать советы по основам самоконтроля АД в домашних условиях (особенно важно при повышении АД), основам и методам первой помощи при острых заболеваниях (состояниях). Разъяснить лицу с высоким риском развития угрожающего жизни заболевания (состояния) или их осложнения, а также лицам, совместно с ним проживающим, правил и необходимых действий при их развитии и первостепенной важности своевременного вызова скорой медицинской помощи;
- **объяснить пациенту** с ФР их негативное влияние на здоровье и необходимость снижения риска и поддержания здорового образа жизни, повышения ответственности за здоровье, важность постоянного контроля ФР;
- **оценить отношение пациента** к ФР, его желание и готовность к изменению (оздоровлению) образа жизни. Информировать пациента о возможности получить и, в случае положительного решения — направить на углубленное профилактическое консультирование (индивидуальное или групповое) в отделение (кабинет) медицинской профилактики или центр здоровья;
- **регистрировать** в амбулаторной карте ФР, рекомендации, сроки повторных контрольных визитов при необходимости;
- **контролировать** выполнение рекомендаций, одобрять позитивные изменения и соблюдение рекомендаций, повторять советы при последующих диспансерных приемах (осмотрах, консультациях).

Приложение 7
Рекомендации по проведению вакцинации пациентов с ХП

Хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ), иммунодефициты, а также рецидивирующие инфекции дыхательных путей, увеличение возраста снижают возможности врожденного и адаптивного иммунитета. Это формирует когорту лиц, восприимчивых к инфекционным заболеваниям, в т.ч. контролируемым средствами специфической профилактики[21] [22]. Наличие хронических болезней, в частности ХП, их сочетания сопряжены с более тяжелым течением любого инфекционного заболевания, быстрым прогрессированием острых и ХНИЗ до терминальной стадии и летальным исходом.

Вакцинация является наиболее эффективной мерой профилактики, обеспечивающей снижение заболеваемости и смертности, в том числе от ХП и других ХНИЗ, увеличивает продолжительность активной жизни [22], однако не исключает применение других средств защиты от инфекций.

Вакцинация пациентов с ХП осуществляется в соответствии с календарем профилактических прививок[22], другими нормативными правовыми актами, а также соответствующими клиническими и методическими рекомендациями, с учетом иммунного статуса пациента и иных индивидуальных характеристик пациента[21,23] [22-25]. У больных ХП, в первую очередь, уделяют внимание профилактике гриппа, пневмококковой инфекции, затем составляют план вакцинопрофилактики других инфекций. Любая вакцинация основывается на учете иммунного статуса. Иммунизация иммунокомпрометированных пациентов основывается на подходах, отраженных в отдельных клинических рекомендациях по нозологиям и методических рекомендациях "Иммунизация иммунокомпрометированных пациентов"[23]. Основные рекомендации по проведению вакцинации пациентов с ХП в рамках ДН представлены в таблице 9.

У пациентов с тяжелыми иммунодефицитами, аллергическими реакциями подходы к иммунизации рассматриваются совместно с врачом-аллергологом-иммунологом и иными врачами-специалистами[23].

Таблица 9

Основные рекомендации по проведению вакцинации пациентов с ХП в рамках ДН

№ п/п	Наименование профилактической прививки	Примечание
1	Вакцинация против гриппа	Рекомендована неживая вакцина всем пациентам ежегодно (оптимальный период проведения август-сентябрь, до начала сезонного подъема заболеваемости)
2	Против пневмококковой инфекции	Рекомендована всем пациентам однократная вакцинация ПВК13 или ПКВ20 (пневмококковая конъюгированная вакцина); оценка необходимости вакцинации ППВ23 (пневмококковая полисахаридная вакцина) 1 раз в 5 лет. Для иммунокомпрометированных рекомендована схема: ПКВ13, затем ППВ23 через 8 недель, а также другие схемы[23] [23, 24]
3	Вакцинация против вирусного гепатита В	В соответствии с календарем прививок и учетом иммунного статуса и заболевания, приведшего к ХП[23]
4	Вакцинация/ревакцинация против дифтерии, столбняка	Каждые 10 лет от момента последней ревакцинации
5	Вакцинация/ревакцинация против коклюша	Иммунокомпрометированные пациенты, которые не были полностью привиты против коклюша, дифтерии и столбняка, могут получить одну дозу комбинированной бесклеточной коклюшной вакцины с уменьшенным содержанием антигенов в комплексе с дифтерийным и столбнячным анатоксином (аАКДС) [24, 25]
6	Против коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2	При наличии эпидемических показаний
7	Вакцинация против краснухи, ревакцинация против краснухи; вакцинация против кори, ревакцинация против кори; вакцинация против ветряной оспы, вирусного гепатита В, вирусного гепатита А, менингококковой инфекции, клещевого вирусного энцефалита, туляремии, чумы, бруцеллеза, сибирской язвы, бешенства, лептоспироза, лихорадки Ку, желтой лихорадки, холеры, брюшного тифа, шигеллезов, эпидемического паротита, полиомиелита	В соответствии с календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям и иммунным статусом[21-23]

[21] Письмо Минздрава России от 13.06.2025 № 30-0/И/2-11677 о направлении методических рекомендаций "Иммунизация иммунокомпрометированных пациентов", https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2024/03/mr_immunizaciya_immunokomprometirovannyh_pacientov.pdf.

[22] Приказ Минздрава России от 06 декабря 2021 г. № 1122н "Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок" (зарегистрировано в Минюсте России 20.12.2021, № 66435). СПС Консультант Плюс.

[23] Письмо Минздрава России от 21.01.2022 № 15-2/И/2-806 "О методических рекомендациях по проведению иммунизации в соответствии с приказом Минздрава России от 06.12.2021 № 1122н". СПС Консультант Плюс.

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-155

Приложение 8
Медицинские показания и противопоказания для направления пациентов с ХП на санаторно-курортное лечение[24]

Таблица 10

Медицинские показания для санаторно-курортного лечения взрослого населения с болезнями органов пищеварения (класс XI по МКБ-10), а также используемые природные лечебные ресурсы

K86.1	Другие хронические панкреатиты	Хронический панкреатит смешанной этиологии, легкой и средней степени тяжести без выраженной внешнесекреторной недостаточности и болевого синдрома	Минеральные воды (питьевые)

Медицинские противопоказания для направления пациентов на санаторно-курортное лечение:

1. Заболевания в острой и подострой стадии, в том числе острые инфекционные заболевания до окончания периода изоляции.
2. Заболевания, передающиеся половым путем.
3. Хронические заболевания в стадии обострения.
4. Воспалительные полиартропатии, системные поражения соединительной ткани, анкилозирующий спондилит, другие уточненные спондилопатии высокой степени активности.
5. Бактерионосительство инфекционных заболеваний.
6. Заразные болезни глаз и кожи.
7. Паразитарные заболевания.
8. Заболевания, сопровождавшиеся стойким болевым синдромом, требующим постоянного приема наркотических средств и психотропных веществ, включенных в списки II и III Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, зарегистрированных в качестве лекарственных препаратов.
9. Туберкулез любой локализации в интенсивную фазу лечения при наличии бактериовыделения, подтвержденного бактериоскопическим, бактериологическим или молекулярно-генетическим методами.
10. Новообразования неуточненного характера (при отсутствии письменного подтверждения в медицинской документации пациента о том, что пациент (законный представитель пациента) предупрежден о возможных рисках, связанных с осложнениями заболевания в связи с санаторно-курортным лечением).
11. Злокачественные новообразования, требующие противоопухолевого лечения, в том числе проведения химиотерапии.
12. Эпилепсия с текущими приступами, в том числе резистентная к проводимому лечению.
13. Эпилепсия с ремиссией менее 6 месяцев (для санаторно-курортных организаций не психоневрологического профиля).
14. Психические расстройства и расстройства поведения в состоянии обострения или нестойкой ремиссии, в том числе представляющие опасность для пациента и окружающих.
15. Психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением психоактивных веществ.
16. Кахексия любого происхождения.
17. Неизлечимые прогрессирующие заболевания и состояния, требующие оказания паллиативной медицинской помощи.
18. Заболевания и состояния, определенные по результатам исследований природных лечебных ресурсов, в том числе с учетом результатов соответствующей многолетней практики.

[24] Приказ Минздрава России от 27.03.2024 №143н "Об утверждении классификации природных лечебных ресурсов, указанных в пункте 2 статьи 2.1 Федерального закона от 23.02.1995 №26-ФЗ "О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах", их характеристик и перечня медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации с применением таких природных лечебных ресурсов" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 01.04.2024, регистрационный №77708). СПС Консультант Плюс.

Приложение 9
Основные принципы диетического питания пациентов с ХП [26, 27]

Пациентам с ХП обычно рекомендовали низкожировую диету, поскольку считалось, что ПЖ отдохнет и её функциональное состояние улучшится. Однако это приводит к ограничению потребления необходимого количества калорий и нарушению всасывания жирорастворимых витаминов. В настоящее время в клинических рекомендациях рекомендуется сбалансированная и здоровая диета без ограничения жиров. Нормальные потребности в питательных веществах зависят от веса и физической активности.

Оптимальной хорошо сбалансированной диетой для пациентов с ХП является, например, средиземноморская, содержащая большое количество фруктов, орехов, злаков, рыбы и ненасыщенных жиров (таких как оливковое масло).

Таблица 11

Характеристика, химический состав и энергетическая ценность стандартных диет[25]

Наименование диеты	Диеты номерной системы (диеты №№ 1–15)	Показания к применению	Белки, в т.ч. животные, г	Жиры общие, в т.ч. растительные, г	Углеводы общие, в т.ч. моно- и дисахариды, г	Энергетическая ценность, ккал в сутки
Вариант диеты с механическим и химическим щажением	1б, 4б, 4в, 5п (I вариант)	Острый панкреатит, стадия затухающего обострения. Выраженное обострение хронического панкреатита	85-90 ------- 40-45	70-80 ------- 25-30	300-350 --------- 50-60	2170-2480
	Общая характеристика, кулинарная обработка: Диета с физиологическим содержанием белков, жиров и углеводов, обогащенная витаминами, минеральными веществами, с умеренным ограничением химических и механических раздражителей слизистой оболочки и рецепторного аппарата желудочно-кишечного тракта. Исключаются острые закуски, приправы, пряности; ограничивается поваренная соль (6-8 г/день). Блюда приготовляются в отварном виде или на пару, протертые и не протертые. Температура пищи — от 15 до 60-65 °С. Свободная жидкость — 1,5-2 л. Ритм питания дробный, 5-6 раз в день.					
Вариант диеты с повышенным количеством белка (высокобелковая диета)	4э, 4аг, 5п (II вариант), 7в, 7г, 9б, 10б, 11, R-I, R-II	Хронический панкреатит в стадии ремиссии.	110-120 --------- 45-50	80-90 ------- 30	250-350 --------- 30-40 (рафинированные углеводы исключаются из диеты больных сахарным диабетом и больных после резекции желудка с демпинг-синдромом)	2080-2690
	Общая характеристика, кулинарная обработка: Диета с повышенным содержанием белка, нормальным количеством жиров, сложных углеводов и ограничением легкоусвояемых углеводов. При назначении диеты больным сахарным диабетом и после резекции желудка с демпинг-синдромом рафинированные углеводы (сахар) исключаются. Ограничиваются поваренная соль (6-8 г/день), химические и механические раздражители желудка, желчевыводящих путей. Блюда готовят в отварном, тушеном, запеченном, протертом и не протертом виде, на пару. Температура пищи — от 15 до 60-65 °С. Свободная жидкость — 1,5-2 л. Ритм питания дробный, 4-6 раз в день.					

[25] Приказ Минздрава России от 05.08.2003 № 330 (ред. от 19.02.2024) "О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации" (вместе с "Положением об организации деятельности врача-диетолога", "Положением об организации деятельности медицинской сестры диетической", "Положением о Совете по лечебному питанию лечебно-профилактических учреждений", "Инструкцией по организации лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях"). Зарегистрировано в Минюсте России 12.09.2003 № 5073. СПС Консультант Плюс.

doi: 10.15829/3034-4123-2026-155

Таблица 12

Характеристика продуктов и блюд панкреатической диеты в период обострения заболевания[20]

Виды продуктов и блюд	Рекомендованные продукты	Продукты, употребляемые в ограниченном количестве	Продукты, рекомендованные к исключению
Хлебо-булочные изделия	Хлеб пшеничный, вчерашней выпечки, пшеничные сухари, несдобное печенье	Ржаной хлеб	Сдобные кондитерские изделия
Супы	Преимущественно вегетарианские с мелкошинкованными овощами, с вермишелью, домашней лапшой, крупами.	2-3 раза в неделю разрешаются супы на слабом мясном бульоне при хорошей переносимости	Белокочанная капуста, острый перец, крепкие мясные, рыбные, грибные бульоны, рассольник, окрошка с квасом
Блюда из мяса, птицы	Мясо нежирных сортов (говядина, телятина, курица, индейка, кролик) — куском или в виде протертых блюд — на пару, отварные, запеченные; отварное мясо, котлеты, кнели, фрикадели и т.д.	Не рекомендуется свинина, баранина, гусь, утка, копченые и жирные колбасы, закусочные консервы, жареные блюда из мяса	
Блюда из рыбы	Преимущественно нежирные сорта рыбы: окунь, щука, треска, хек, карп, навага и др. - куском или рубленые в отварном виде, на пару, запеченные	Не рекомендуется жирная рыба, соленая, вяленая, копченая, острые закусочные консервы	
Блюда из яиц	В виде белковых омлетов	—	—
Блюда и гарниры из овощей	Картофель, морковь, тыква, кабачки, цветная капуста, сладкий болгарский перец, зеленый горошек — в отварном, запеченном, протертом, тушеном виде. Морковь тертая, помидоры, зелень петрушки, укропа, огурцы — в свежем виде	Не рекомендуются белокочанная капуста, щавель, шпинат, лук, чеснок, редис, репа, горох, фасоль, соленые, квашенные, маринованные овощи, томатная паста	
Блюда и гарниры из круп и макаронных изделий	Различные полувязкие каши, приготовленные с добавлением молока или рассыпчатые каши, пудинги, запеканки, домашняя лапша, вермишель	—	—
Молочные блюда	свежий творог в натуральном виде, в виде суфле, пудинга - приготовленных на пару, запеченных	Кефир свежий, сыр неострый, сметана в блюда — при хорошей переносимости; молоко — по показаниям в блюда	—
Соусы, пряности	Соус молочный, соусы на овощном отваре со сметаной, томатным соком, фруктово-ягодные подливы. Мука для соусов не жарится в масле, а подсушивается в духовом шкафу	Лук репчатый после тепловой обработки, лук зеленый в небольших количествах в блюда с учетом хорошей переносимости	Острые жирные соусы, соусы на мясном, рыбном, грибном бульонах
Закуски	Заливной язык, салаты и винегреты на растительном масле и со сметаной, рыба заливная	—	—
Ягоды, фрукты, сладости	Спелые сорта ягод и фруктов, яблоко свежее и печеное, компоты, муссы, желе, кисели с ограничением сахара	—	—
Напитки	Чай слабый, фруктово-ягодные соки, разведенные водой	Кофе некрепкий — 1 раз в неделю	Газированные напитки, какао, шоколад
Жиры	Масло сливочное, топленое равномерно распределенное в течение дня в блюда; растительное масло при хорошей переносимости	—	Тугоплавкие жиры, кулинарный жир

Таблица 13

Энергетическая ценность продуктов, варианты замены продуктов по белкам и углеводам[25]

Наименование продуктов	Количество продуктов в нетто, г	Химический состав			Добавить к суточному рациону (+) или исключить из него (–)
		Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	
Замена хлеба (по белку и углеводам)					
Хлеб пшеничный из муки I с.	100	7,5	2,9	51,4	
Хлеб ржаной простой формовой	125	7,62	1,5	49,87	
Хлеб ржано-пшеничный	110	7,48	1,32	50,8	
Мука пшеничная I с.	70	7,42	0,91	48,3	
Макароны, вермишель I с.	70	7,7	0,91	49,35	
Крупа манная	75	7,72	0,9	52,95	
Замена картофеля (по углеводам)					
Картофель	100	2,0	0,4	16,3	
Свекла	190	2,85	0,19	16,72	
Морковь	240	3,12	0,24	16,56	
Капуста б/к	370	6,66	0,37	17,39	
Макароны, вермишель I с.	25	2,75	0,32	17,62	
Крупа манная	25	2,57	0,25	17,65	
Хлеб пшеничный из муки I с.	35	2,62	1,01	17,99	
Хлеб ржаной простой формовой	45	2,74	0,54	17,95	
Замена свежих яблок (по углеводам)					
Яблоки свежие	100	0,4	0,4	9,8	
Яблоки сушеные	15	0,33	0,01	8,85	
Курага (без косточек)	18	0,94	0,05	9,18	
Чернослив	15	0,34	0,1	8,63	
Замена молока по белку					
Молоко	100	2,9	3,2	4,7	
Творог полужирный	16	2,88	1,44	0,48	
Творог жирный	20	3,0	3,6	0,56	
Сыр	13	3,02	3,83	-	
Говядина I к.	15	2,79	2,4	-	
Говядина II к.	15	3,0	1,47	-	
Говядина вырезка	15	3,03	0,42	-	
Рыба (треска)	20	3,2	0,12	-	
Специализированные пищевые продукты (смесь белковая композитная сухая)	7	2,8	1,4	2,1	
Замена мяса (по белку)					
Говядина I к.	100	18,6	16,0	-	
Говядина II к.	90	18,0	8,82	-	Масло +7 г
Говядина вырезка	90	18,18	2,52	-	Масло +13 г
Баранина I к.	120	18,7	19,5	-	Масло -3 г
Баранина II к.	95	18,8	9,1	-	Масло +7 г
Мясо кролика	90	18,9	10,0	-	Масло +6 г
Оленина	95	18,5	8,0	-	Масло +8 г
Конина I к.	95	18,5	9,4	-	Масло +6 г
Конина II к.	90	18,8	3,7	-	Масло +12 г
Мясо верблюда	98	18,6	9,2	-	Масло +7 г
Творог полужирный	100	18,0	9,0	3,0	Масло +5 г
Творог жирный	120	18,0	21,6	3,7	Масло -5 г
Рыба (треска)	115	18,4	0,69	-	Масло +5 г
Яйцо куриное	145	18,4	16,67	1,01	
Специализированные пищевые продукты (смесь белковая композитная сухая)	45	18,0	9,0	13,68	
Замена рыбы (по белку)					
Рыба (треска)	100	16,0	0,6	-	

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-155

Таблица 13. Продолжение

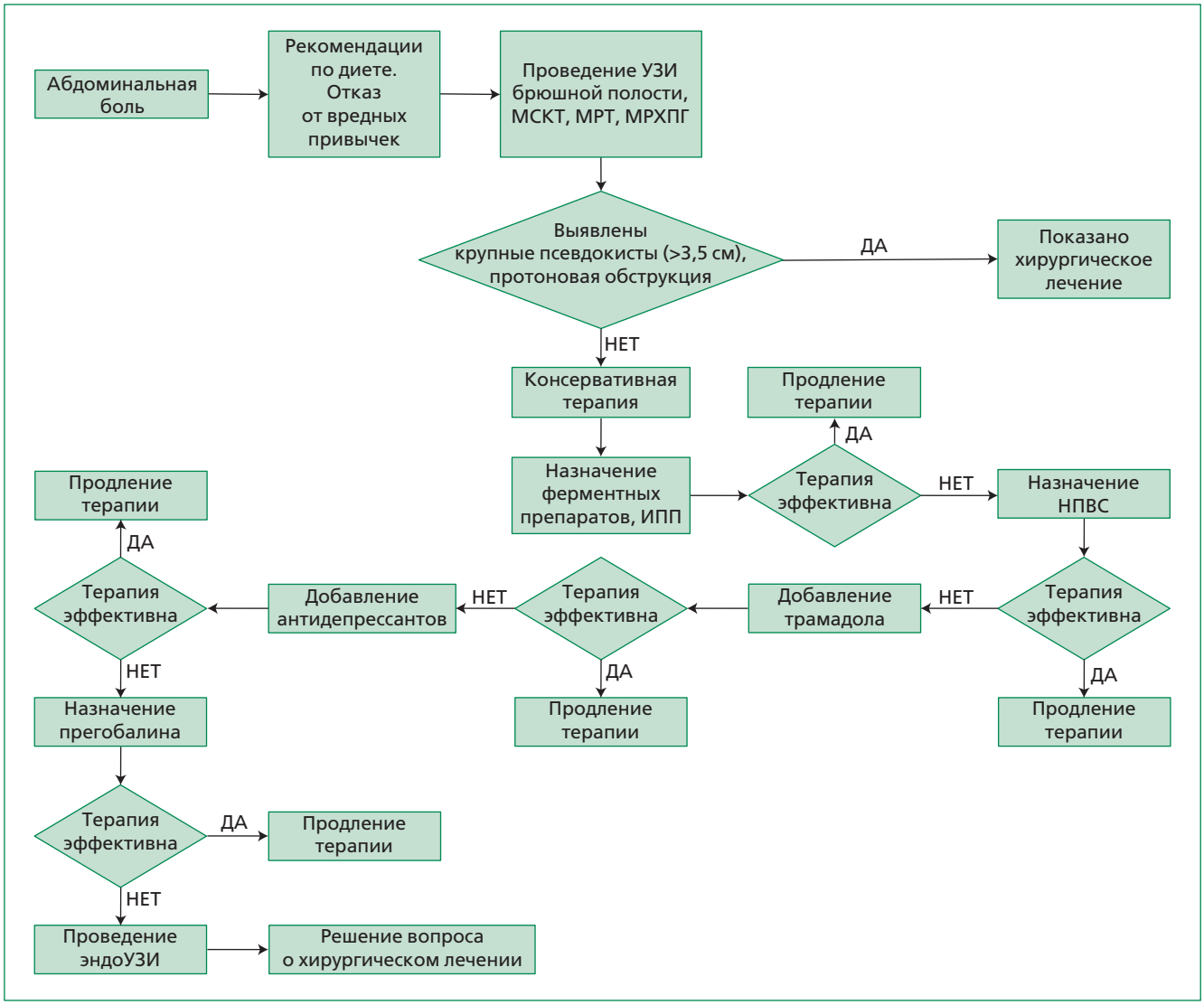
Наименование продуктов	Количество продуктов в нетто, г	Химический состав			Добавить к суточному рациону (+) или исключить из него (–)
		Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	
Говядина I к.	85	15,81	13,6	-	Масло -13 г
Говядина II к.	80	16,0	7,84	-	Масло -7 г
Говядина вырезка	80	16,6	2,24	-	
Творог полужирный	90	16,2	8,1	2,7	Масло -7 г
Творог жирный	110	16,5	19,8	3,08	Масло -19 г
Яйцо куриное	125	15,87	14,37	0,87	Масло -13 г
Специализированные пищевые продукты (смесь белковая композитная сухая)	40	16,0	8,0	12,2	
Замена творога (по белку)					
Творог полужирный	100	18,0	9,0	3,0	
Говядина I к.	100	18,6	16,0	-	Масло -7 г
Говядина II к.	90	18,0	8,82	-	
Говядина вырезка	90	18,18	2,52	-	Масло +6 г
Рыба (треска)	110	17,6	0,66	-	Масло +8 г
Яйцо куриное	140	17,78	16,1	0,98	Масло -7 г
Специализированные пищевые продукты (смесь белковая композитная сухая)	45	18,0	9,0	13,68	
Замена яйца (по белку)					
Яйцо куриное	40	5,08	4,6	0,28	
Творог полужирный	30	5,4	2,7	1,2	
Творог жирный	35	5,25	6,3	0,98	
Сыр	22	5,1	6,49	-	
Говядина I к.	30	5,58	4,8	-	
Говядина II к.	25	5,0	2,45	-	
Говядина вырезка	25	5,05	0,7	-	
Рыба (треска)	35	5,6	0,73	-	
Специализированные пищевые продукты (смесь белковая композитная сухая)	12,7	5,08	2,5	3,8	

В **период ремиссии** больной находится на полноценном питании с высоким содержанием белка (120-140 г/сут.), при этом 60% белка должно быть животного происхождения. Рекомендуемые продукты и блюда преимущественно те же, что и при обострении. Допускается меньшее химическое, механическое и термическое щажение.

Не рекомендуются: крепкие бульоны, особенно грибные; жирные сорта мяса, птицы и рыбы, жареные блюда, копчености, острые закуски, консервы, алкогольные напитки, свиное сало, говяжий и бараний жир, внутренние органы животных (печень, почки), репа, редис, брюква, шпинат, щавель, редька, клюква, соления, маринад, пряности, крепкий кофе, какао, майонез.

Также существует точка зрения, что необходимо разрешать пациентам все, что они переносят и что не вызывает болевых ощущений.

Приложение 10
Тактика обследования и лечения больного ХП с доминирующей абдоминальной болью[2]



Сокращения: ИПП — ингибиторы протонной помпы, МРТ — магнитно-резонансная томография, МРХПГ — магнитно-резонансная холангиопанкреатография, МСКТ — мультиспиральная компьютерная томография, НПВС — нестероидные противовоспалительные средства, УЗИ — ультразвуковое исследование.

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-155

Приложение 11
Визуальная аналоговая шкала (ВАШ)[26]

Назначение: оценка уровня боли.



Ключ (интерпретация): каждый сантиметр на шкале соответствует одному баллу. Так боль от 0 до 2 баллов — классифицируется как слабая, от 2 до 4 — умеренная, от 4 до 6 — сильная, от 6 до 8 — сильнейшая, до 10 см — невыносимая.

Пояснения: визуальная аналоговая шкала представляет собой отрезок длиной 10 см. Начальная точка его соответствует отсутствию боли — "боли нет", а конец — максимально выраженному болевому ощущению "невыносимая боль". Пациенту предлагается выбрать на отрезке точку, которая соответствует интенсивности боли, которую он испытывает в настоящий момент времени. Расстояние от отрезка до отмеченной точки измеряют и округляют до целых.

[26] Gélinas C, Puntillo KA, Levin P, et al. The Behavior Pain Assessment Tool for critically illadults: A validation study in 28 countries. Pain 2017; 158:811-821.

Литература/References

1. Ivashkin VT. Horizons of clinical gastroenterology. Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, and Coloproctology. 1993(1):6-12. (In Russ.) Ивашкин В.Т. Горизонты клинической гастроэнтерологии. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 1993(1):6-12.
2. Clain JE, Pearson RK. Diagnosis of chronic pancreatitis. Is a gold standard necessary? Surg Clin North Am. 1999;79(4):829-45. doi:10.1016/s0039-6109(05)70046-3.
3. Ivashkin VT, Shifrin OS, Sokolina IA. Chronic pancreatitis, pancreatic steatosis and steatopancreatitis: LitTerra; 2014. (In Russ.) Ивашкин В.Т., Шифрин О.С., Соколина И.А. Хронический панкреатит, стеатоз поджелудочной железы и стеатопанкреатит: ЛитТерра; 2014.
4. Whitcomb DC, Frulloni L, Garg P, et al. Chronic pancreatitis: An international draft consensus proposal for a new mechanistic definition. Pancreatology. 2016;16(2):218-24. doi:10.1016/j.pan.2016.02.001.
5. Mayev IV, Kucheryavy Yu A. Diseases of the pancreas. In 2 volumes. Moscow: JSC "Publishing House "Medicine", publishing house "Shiko"; 2008. 976 p. (In Russ.) Маев И.В., Кучерявый Ю.А. Болезни поджелудочной железы. В 2-х томах. Москва: ОАО "Издательство "Медицина", издательство "Шико"; 2008. 976 p.
6. Petrov M., Yadav D. Global epidemiology and holistic prevention of pancreatitis. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2019;16(3):175-84. doi:10.1038/s41575-018-0087-5.
7. Ouyang G, Pan G, Liu Q, et al. The global, regional, and national burden of pancreatitis in 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. BMC Med. 2020;18(1):388. doi:10.1186/s12916-020-01859-5.
8. Xiao AY, Tan ML, Wu LM, et al. Global incidence and mortality of pancreatic diseases: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression of population-based cohort studies. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2016;1(1):45-55. doi:10.1016/S2468-1253(16)30004-8.
9. Shimizu K, Shiratori K. [Chronic pancreatitis. 1. Its epidemiology and symptoms]. Nihon Naika Gakkai Zasshi. 2010 Jan 10;99(1):36-40. Japanese. doi:10.2169/naika.99.36.
10. Etemad B, Whitcomb DC. Chronic Pancreatitis: Diagnosis, Classification, and New Genetic Developments. Gastroenterology. 2001;120(3):682-707. doi:10.1053/gast.2001.22586.
11. Grigorieva IN, Nikitenko TM, Yamlikhanova AYu, et al. Alcoholic pancreatitis: gender, age and genetic aspects. Sibirskij nauchnyj medicinskij zhurnal = Siberian Scientific Medical Journal. 2009(3):42-7. (In Russ.) Григорьева И.Н., Никитенко Т.М., Ямлиханова А.Ю. и др. Алкогольный панкреатит: гендерные, возрастные, генетические особенности. Бюллетень Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. 2009(3):42-7. EDN: KYWHDD.
12. Conwell DL, Banks PA, Sandhu BS, et al. Validation of Demographics, Etiology, and Risk Factors for Chronic Pancreatitis in the USA: A Report of the North American Pancreas Study (NAPS) Group. Dig Dis Sci. 2017;62(8):2133-40. doi:10.1007/s10620-017-4621-z.
13. Bornman PC, Botha JF, Ramos JM, et al. Guideline for the diagnosis and treatment of chronic pancreatitis. S Afr Med J. 2010;100(12 Pt 2):845-60. doi:10.7196/samj.4530.
14. Gorbunov VM, Smirnova MI, Kurekhyan AS, et al. Evaluation of office and ambulatory blood pressure in the practice of a primary care physician. Guidelines. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2023;22(7):3666. (In Russ.) Горбунов В.М., Смирнова М.И., Курехян А.С. и др. Оценка клинического и амбулаторного артериального давления в практической работе врача первичного звена здравоохранения. Методические рекомендации. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2023;22(7):3666. doi:10.15829/1728-8800-2023-3666. EDN: YRHRNI.
15. Shepel RN, Ipatov PV, Drozdova LYu, et al. Algorithm of appointment (examination; consultation) of patients under follow-up care by a general practitioner. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2025;24(3):4372. (In Russ.) Шепель Р.Н., Ипатов П.В., Дроздова Л.Ю. и др. Алгоритм диспансерного приема (осмотра, консультации) врачом-терапевтом пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2025;24(3):4372. doi:10.15829/1728-8800-2025-4372. EDN: JHOQVT.
16. Drapkina OM, Shepel RN, Orlov SA, et al. Organization of primary health care using telemedicine technologies in an outpatient clinic/office of a general practitioner (family doctor)/the center (department) of general medical practice (family medicine). Methodological recommendations. M.: ROPNIZ, LLC "Silicea-Polygraph". 2023. 32 p. (In Russ.) Драпкина О.М., Шепель Р.Н., Орлов С.А. и др. Организация первичной медико-санитарной помощи с применением телемедицинских технологий во врачебной амбулатории/кабинете врача общей практики (семейного врача)/центре (отделении) общей врачебной практики (семейной медицины). Методические рекомендации. М.: РОПНИЗ, ООО "Силицея-Полиграф". 2023. 32 с. doi:10.15829/ROPNIZ-d84-2023. EDN: LDRQHG.
17. Drapkina OM, Shepel RH, Orlov SA, et al. Organization of primary health care using telemedicine technologies in a paramedic-obstetric (paramedic) station. Methodological recommendations. Moscow: ROPNIZ, Silicea-Polygraph LLC. 2023. 32 p. (In Russ.) Драпкина О.М., Шепель Р.Н., Орлов С.А. и др. Организация первичной медико-санитарной помощи с применением телемедицинских технологий в фельдшерско-акушерском (фельдшерском) пункте. Методические рекомендации. М.: РОПНИЗ, ООО "Силицея-Полиграф". 2023. 32 с. doi:10.15829/ROPNIZ-d83-2023. EDN: OCLUPE.
18. Drapkina OM, Shepel RN, Orlov SA, et al. Organization of primary health care using telemedicine technologies in a district hospital/central district hospital. Methodological recommendations. M.: ROPNIZ, LLC "Silicea-Polygraph". 2023. 32 p. (In Russ.) Драпкина О.М., Шепель Р.Н., Орлов С.А. и др. Организация первичной медико-санитарной помощи с применением телемедицинских технологий в районной больнице/центральной районной больнице. Методические рекомендации. М.: РОПНИЗ, ООО "Силицея-Полиграф". 2023. 32 с. doi:10.15829/ROPNIZ-d85-2023. EDN: DBMIOR.
19. Kalaydzhyan EP, Lukina YuV, Kutishenko NP, et al. Adherence to previously prescribed pharmacotherapy in patients undergoing planned inpatient treatment: first results of the PRIMULA study. Rational Pharmacotherapy in Cardiology. 2026;22(2):213-220. (In Russ.) Калайджян Е.П., Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П. и др. Проблема приверженности назначенной фармакотерапии у пациентов, поступающих на плановое стационарное лечение: первые результаты исследования ПРИМУЛА. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2026;22(2):213-220. doi: 10.20996/1819-6446-2026-3354. EDN: KDXZWW.
20. Dominguez-Muñoz JE, Vujasinovic M, de la Iglesia D, et al. European guidelines for the diagnosis and treatment of pancreatic exocrine insufficiency: UEG, EPC, EDS, ESPEN, ESPGHAN, ESDO, and ESPCG evidence-based recommendations. United European Gastroenterol J. 2025;13(1):125-72. doi:10.1002/ueg2.12674.
21. Drapkina OM, Demko VV, Kalinina AM, Shepel RN. Preventive counseling of patients with risk factors for noncommunicable diseases in clinical practice. Analytical review. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2024;23(12):4154. (In Russ.) Драпкина О.М., Демко В.В., Калинина А.М., Шепель Р.Н. Профилактическое консультирование пациентов с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний в клинической практике. Аналитический обзор. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2024;23(12):4154. doi:10.15829/1728-8800-2024-4154. EDN: RNDDQO.
22. Drapkina OM, Briko NI, Namazova-Baranova LS, et al. Immunoprophylaxis. Guidelines (second edition). Primary Health Care (Russian Federation). 2025;2(3):00. (In Russ.). Драпкина О.М., Брико Н.И., Намазова-Баранова Л.С. и др. Иммунопрофилактика. Методические рекомендации (второе издание). Первичная медико-санитарная помощь. 2025;2(3):00. doi: 10.15829/3034-4123-2025-76. EDN: DBKJIQ.
23. Avdeev SN, Alyeva MH, Baranov AA, et al. Federal Clinical Guidelines on Vaccination of pneumococcal infection in children and adults. Russian Journal of Preventive Medicine. 2023;26(9-2):3-23. (In Russ.) Авдеев С.Н., Алыева М.Х., Баранов А.А. и др. Вакцинопрофилактика пневмококковой инфекции у детей и взрослых. Методические рекомендации. Профилактическая медицина. 2023;26(9-2):3-23. doi:10.17116/profmed2023260923. EDN: UFUFLE.
24. Ridda I, Yin JK, King C, et al. The importance of pertussis in older adults: a growing case for reviewing vaccination strategy in the elderly. Vaccine. 2012;30(48):6745-52. doi:10.1016/j.vaccine.2012.08.079.
25. Kostinov MP. Adult vaccination — from strategy to tactics. A guide for doctors. Moscow: MDV Group, 2020. 248 p. (In Russ.) Костинов М.П. Вакцинация взрослых — от стратегии к тактике. Руководство для врачей. М.: Группа МДВ, 2020. 248 с. ISBN: 978-5-9704-7962-9. EDN: RFGMWZ
26. Vinokurova LV, Dubtsova EA, Popova TV. Functional Insufficiency of the Pancreas in Chronic Pancreatitis: Enzyme Replacement Therapy, Therapeutic Nutrition. Lechashchiy Vrach. 2012;2:39-44. (In Russ.) Винокурова Л.В., Дубцова Е.А., Попова Т.В. Функциональная недостаточность поджелудочной железы при хроническом панкреатите: ферментозаместительная терапия, лечебное питание. Лечащий Врач. 2012;2:39-44. EDN: SDBTZD.
27. Cañamares-Orbís P, García-Rayado G, Alfaro-Almajano E Nutritional Support in Pancreatic Diseases Nutrients. 2022;14(21):4570. doi:10.3390/nu14214570.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Драпкина Оксана Михайловна (Oksana M. Drapkina) — д.м.н., профессор, академик РАН, директор; главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава России; зав. кафедрой терапии и профилактической медицины, ORCID: 0000-0002-4453-8430;

Маев Игорь Вениаминович (Igor V. Maev) — д.м.н., профессор, академик РАН, зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии лечебного факультета, ORCID: 0000-0001-6114-564X;

Бордин Дмитрий Станиславович (Dmitry S. Bordin) — д.м.н., профессор, зав. отдела патологии поджелудочной железы и желчевыводящих, патологии верхних отделов пищеварительного тракта, ORCID: 0000-0003-2815-3992;

Дубцова Елена Анатольевна (Elena A. Dubtsova) — д.м.н., ведущий научный сотрудник отдела патологии поджелудочной железы и желчевыводящих, патологии верхних отделов пищеварительного тракта, ORCID: 0000-0002-6556-7505;

Дроздова Любовь Юрьевна (Lyubov Yu. Drozdova) — к.м.н., руководитель отдела стратегического планирования и внедрения профилактических технологий, главный внештатный специалист по медицинской профилактике Минздрава России, ORCID: 0000-0002-4529-3308;

Ипатов Петр Васильевич (Petr V. Ipatov) — д.м.н., профессор, главный научный сотрудник, ORCID: 0000-0001-7724-6429;

Мамутова Эльвира Мамутовна (Elvira M. Mamutova) — м.н.с. лаборатории экспериментальной и профилактической гастроэнтерологии, ORCID: 0000-0001-6313-8582;

Савченко Екатерина Дмитриевна (Ekaterina D. Savchenko) — к.м.н., ведущий научный сотрудник отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, ORCID: 0000-0002-3540-3331;

Шептулина Анна Фароковна (Anna F. Sheptulina) — к.м.н., ведущий научный сотрудник, руководитель лаборатории экспериментальной и профилактической гастроэнтерологии отдела фундаментальных и прикладных аспектов ожирения, доцент кафедры терапии и профилактической медицины, ORCID: 0000-0001-7230-0780;

Шепель Руслан Николаевич (Ruslan N. Shepel) — к.м.н., доцент, зам. директора по перспективному развитию медицинской деятельности, ORCID: 0000-0002-8984-9056.

Адреса организаций авторов: ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Петроверигский пер., 10, стр. 3, Москва, 101990, Россия; ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России, ул. Долгоруковская, д. 4, Москва, 127006, Россия; ГБУЗ "Московский клинический научный центр им. А. С. Логинова Департамента здравоохранения города Москвы", Новогиреевская ул., 1, к. 1, Москва, 111123, Россия.

Addresses of the authors' institutions: National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine of the Ministry of Health of the Russian Federation, Petroverigsky Lane, 10, bld. 3, Moscow, 101990, Russia; Russian University of Medicine of the Ministry of Health of the Russian Federation, Dolgorukovskaya str., 4, Moscow, 127006, Russia; A. S. Loginov Moscow Clinical Research Center, 1 Novogireevskaya str., 1, Moscow, 111123, Russia.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ ПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ[1,2]

Симптомы мальдигестии/мальабсорбции

- Диарея
- Вздутие, метеоризм
- Боль, тяжесть в животе
- Стеаторея («жирный стул»)
- Снижение веса

Можно назначить ФЗТ эмпирически на 4-6 недель

2 из 3-х составляющих

- Симптомы мальдигестии/мальабсорбции
- Маркеры мальнутриции
- ФЭ-1<200 мкг/г

ФЗТ для коррекции панкреатической недостаточности

40 000 – 50 000 ЕД
на основной прием пищи

10 000 – 25 000 ЕД
на перекус

Панкреатин в капсулах с минимикросферами менее 2-х мм – препарат выбора, согласно современным клиническим рекомендациям[2-5]

Обеспечивает **больший охват пищи в желудке** для лучшего устранения симптомов[6]

На **25% эффективнее** капсул с более крупными частицами[7]

Имеет **высокий профиль безопасности** и не угнетает работу собственной поджелудочной железы[8]



ФЗТ — ферментозаместительная терапия; ФЭ — фекальная эластаза.

1. Dominguez-Mufioz JE. Diagnosis and treatment of pancreatic exocrine insufficiency. Curr Opin Gastroenterol. 2018 Sep; 34(5): 349-354. **2.** Dominguez-Mujfioz, J Enrique et al.; European guidelines for the diagnosis and treatment of pancreatic exocrine insufficiency: UEG, EPC, EDS, ESPEN, ESPGHAN, ESDO, and ESPCG evidence-based recommendations. United European Gastroenterol J. 2024;1—48. **3.** Клинические рекомендации «Хронический панкреатит», 2024 г. в подразделе официального сайта Минздрава России «Рубрикатор клинических рекомендаций» под уникальным идентификационным номером 273. **4.** Клинические рекомендации «Кистозный фиброз (муковисцидоз)» (возрастная группа взрослые и дети), 2025 г. в подразделе официального сайта Минздрава России «Рубрикатор клинических рекомендаций» под уникальным идентификационным номером КР372_3. **5.** Ивашкин В. Т., Maes И. В., Охлобыстин А. В. с соавт. Рекомендации Российской гастроэнтерологичес- кой ассоциации по диагностике и лечению ЭНПЖ. РЭГГК, 2018; 28(2): 72-100. **6.** Lohr Johannes-Matthias, et. al. Properties of different pancreatin preparations used in pancreatic exocrine insufficiency. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2009; 21(9): 1024-31. **7.** По данным дыхательного теста с холестерол-14 С-октаноатомом. Исследование in-vivo Adler G et al., New Methods for Assessment of Enzyme Activity. Digestion 1993, 54 p: 3-9. **8.** Общая характеристика лекарственного препарата Креон ® 25 000, капсулы кишечнорастворимые, 25 000 ЕД, ЛП-№(005828)-(РГ-КО).

Информация предназначена для медицинских и фармацевтических работников

Материал подготовлен при поддержке ООО «Эбботт Лэбораториз»

RU-26-3086 (v1.0)

Первичная медико-санитарная помощь. 2026;3(2S):164-201.
doi: 10.15829/3034-4123-2026-158
ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

Первичная медико-санитарная помощь
Primary Health Care (Russian Federation)

Оказание медицинской помощи различным группам населения ***Редакционная статья***

Диспансерное наблюдение пациентов с болезнью Крона врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации

Драпкина О. М.[1,2],
Бакулин И. Г.[3],
Ливзан М. А.[4],
Князев О. В.[5,6],
Бордин Д. С.[5,2,7],
Жарова М. Е.[1*],
Шепель Р. Н.[1]

[1]ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Москва, Российская Федерация
[2]ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России, Москва, Российская Федерация
[3]ФГБОУ ВО "Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова" Минздрава России, Санкт-Петербург, Российская Федерация
[4]ФГБОУ ВО "Омский государственный медицинский университет" Минздрава России, Омск, Российская Федерация
[5]ГБУЗ "Московский клинический научный центр им. А. С. Логинова" Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Российская Федерация
[6]ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр колопроктологии им. А. Н. Рыжих" Минздрава России, Москва, Российская Федерация
[7]ФГБОУ ВО "Тверской государственный медицинский университет" Минздрава России, Тверь, Российская Федерация

*Corresponding author
(Автор, ответственный за переписку):
zharowa.mariya@yandex.ru

Болезнь Крона — хроническое, рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта неясной этиологии, характеризующееся трансмуральным, сегментарным, гранулематозным воспалением с развитием местных и системных осложнений. Заболевание протекает с чередованием периодов ремиссии и обострений, может сопровождаться формированием стриктур, свищей, абсцессов, кишечных кровотечений, внекишечных проявлений, снижением качества жизни и риском инвалидизации пациентов. Методические рекомендации посвящены организации диспансерного наблюдения пациентов с болезнью Крона в первичном звене здравоохранения. В документе представлены основные принципы постановки пациента на диспансерное наблюдение, периодичность диспансерных приемов, алгоритм оценки жалоб, анамнеза, физикального осмотра, лабораторных и инструментальных методов обследования. Особое внимание уделено мониторингу активности заболевания, эффективности и безопасности терапии, оценке достижения целевых показателей здоровья, своевременному выявлению факторов неблагоприятного прогноза, показаний к госпитализации, а также профилактическим мероприятиям. Диспансерное наблюдение рассматривается как ключевой элемент проактивного ведения пациентов, направленный на поддержание бесстероидной ремиссии, предупреждение осложнений, снижение частоты госпитализаций и улучшение долгосрочных клинических исходов.

Методические рекомендации предназначены для врачей-терапевтов, врачей общей практики, участковых терапевтов, фельдшеров, выполняющих отдельные функции лечащего врача, а также могут быть полезны гастроэнтерологам, колопроктологам, организаторам здравоохранения и другим специалистам, участвующим в маршрутизации и наблюдении пациентов с болезнью Крона.

Ключевые слова: болезнь Крона, диспансерное наблюдение, первичная медико-санитарная помощь, воспалительные заболевания кишечника, методические рекомендации, врач-терапевт.

Отношения и деятельность: нет.

Рецензенты:
Абдулганиева Д. И. — д.м.н., профессор, профессор РАН, и.о. проректора, зав. кафедрой госпитальной терапии ФГБОУ ВО "Казанский государственный медицинский университет" Минздрава России, главный внештатный специалист по терапии Министерства здравоохранения Республики Татарстан (Казань, Россия)
Куняева Т. А. — к.м.н., доцент кафедры амбулаторно-поликлинической терапии ФГБОУ ВО "МГУ им. Н. П. Огарева", зам. главного врача по медицинской части ГБУЗ Республики Мордовия "Мордовская республиканская центральная клиническая больница", главный специалист терапевт, пульмонолог Министерства здравоохранения Республики Мордовия, Главный специалист терапевт Минздрава России по ПФО (Саранск, Россия).

Методические рекомендации утверждены на заседании Ученого совета ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России (протокол № 6 от 23 июня 2026 г.).

Для цитирования: Драпкина О. М., Бакулин И. Г., Ливзан М. А., Князев О. В., Бордин Д. С., Жарова М. Е., Шепель Р. Н. Диспансерное наблюдение пациентов с болезнью Крона врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации. *Первичная медико-санитарная помощь.* 2026;3(2S):164-201. doi: 10.15829/3034-4123-2026-158. EDN: FRKBKP

Поступила: 23.06.2026
Принята: 26.06.2026

CC BY 4.0

Primary Health Care (Russian Federation). 2026;3(2S):164-201.
doi: 10.15829/3034-4123-2026-158
ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

Follow-up care for patients with Crohn's disease by a primary care physician. Guidelines

Drapkina O. M.[1,2],
Bakulin I. G.[3],
Livzan M. A.[4],
Knyazev O. V.[5,6],
Bordin D. S.[5,2,7],
Zharova M. E.[1*],
Shepel R. N.[1]

[1]National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine, Moscow, Russian Federation
[2]Russian University of Medicine, Moscow, Russian Federation
[3]I. I. Mechnikov North-Western State Medical University, Saint Petersburg, Russian Federation
[4]Omsk State Medical University, Omsk, Russian Federation
[5]Loginov Moscow Clinical Scientific Center, Moscow, Russian Federation
[6]Ryzhikh National Medical Research Center of Coloproctology, Moscow, Russian Federation
[7]Tver State Medical University, Tver, Russian Federation

*Corresponding author:
zharowa.mariya@yandex.ru

Received: 23.06.2026
Accepted: 26.06.2026

Crohn's disease is a chronic, relapsing gastrointestinal disorder of unknown etiology, characterized by transmural, segmental, granulomatous inflammation with the development of local and systemic complications. The disease progresses with alternating periods of remission and exacerbations and may be accompanied by the development of strictures, fistulas, abscesses, intestinal bleeding, extraintestinal manifestations, decreased quality of life, and the risk of disability.

These guidelines address the management of follow-up care for patients with Crohn's disease in primary care. The document presents the basic principles of patient registration for follow-up monitoring, the frequency of follow-up visits, and an algorithm for assessing complaints, medical history, physical and paraclinical examination methods. Particular attention is paid to monitoring disease activity, treatment efficacy and safety, assessing the achievement of health targets, promptly identifying unfavorable prognostic factors and indications for hospitalization, as well as preventive measures. Follow-up care is considered a key element of proactive patient management aimed at maintaining steroid-free remission, preventing complications, reducing the hospitalization rate, and improving long-term clinical outcomes.

These guidelines are intended for internists, primary care physicians, general practitioners, and paramedics performing the doctor's functions. They may also be useful for gastroenterologists, proctologists, healthcare executives, and other specialists involved in the management and monitoring of patients with Crohn's disease.

Keywords: Crohn's disease, follow-up monitoring, primary care, inflammatory bowel disease, guidelines, general practitioner.

Relationships and Activities: none.

For citation: Drapkina O. M., Bakulin I. G., Livzan M. A., Knyazev O. V., Bordin D. S., Zharova M. E., Shepel R. N. Follow-up care for patients with Crohn's disease by a primary care physician. Guidelines. *Primary Health Care (Russian Federation).* 2026;3(2S):164-201. doi: 10.15829/3034-4123-2026-158. EDN: FRKBKP

БК — болезнь Крона, ВЗК — воспалительные заболевания кишечника, ГКС — глюкокортикостероиды, ДН — диспансерное наблюдение, ЖКТ — желудочно-кишечный тракт, КТ — компьютерная томография, МРТ — магнитно-резонансная томография, СРБ — С-реактивный белок, УЗИ — ультразвуковое исследование.

doi: 10.15829/3034-4123-2026-158

Болезнь Крона (БК) — хроническое, рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) неясной этиологии, характеризующееся трансмуральным, сегментарным, гранулематозным воспалением с развитием местных и системных осложнений[1]. При БК возможно поражение любого отдела ЖКТ — от полости рта до перианальной области. Заболевание относится к группе воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) и протекает с чередованием периодов ремиссии и обострений, формированием осложнений (стриктуры, свищи, абсцессы) и внекишечных проявлений[1].

Естественное течение БК характеризуется прогрессирующим характером воспаления с постепенным формированием структурных изменений кишечной стенки. На ранних стадиях заболевание может проявляться умеренной клинической симптоматикой, однако при отсутствии адекватной терапии повышается риск осложнений, инвалидизации и снижения качества жизни пациентов. Современная стратегия ведения пациентов основана на концепции "лечение до достижения цели" ("treat-to-target"), предполагающей достижение клинической, эндоскопической, и в идеале, гистологической ремиссии с целью предупреждения осложнений и изменения естественного течения заболевания[1].

По данным международных эпидемиологических исследований, распространенность БК в странах Европы и Северной Америки достигает 100-300 случаев на 100 тыс. населения, при этом отмечается устойчивая тенденция к росту заболеваемости во всем мире, включая страны Восточной Европы и Азиатско-Тихоокеанского региона [1-4].

До 2017 г. в Российской Федерации не проводилось общенациональных эпидемиологических исследований по ВЗК, в частности по БК. Имеющиеся данные основывались исключительно на региональных регистрах, что не позволяло в полной мере оценить истинное бремя данной патологии в масштабах всей страны [1, 5, 6]. Согласно сведениям региональных регистров, оценочные данные по распространенности БК — 3,5 случая на 100 тыс. населения [1]. В более поздних исследованиях отмечается существенно более высокая распространенность ВЗК: так, в Московской области данный показатель достиг 60,7 случая на 100 тыс. населения. В других регионах также фиксируются высокие значения: в Иркутске — 74,9, в Республике Татарстан — 40,0, а в Новосибирской области — 49,0 случая на 100 тыс. населения [7].

Характерными особенностями течения ВЗК, в том числе и в России, являются поздняя диагностика и старт таргетной терапии, а также превышение сроков терапии глюкокортикостероидами (ГКС) с высокой частотой повторных курсов. Так, по данным исследования INTENT [8] было продемонстрировано, что пациенты в нашей стране получали от 2 до 7 повторных курсов ГКС до назначения таргетной терапии, что не соответствует национальным и международным клиническим рекомендациям [9].

В связи с отсутствием обобщенных федеральных данных о распространенности и заболеваемости ВЗК, косвенным индикатором роста бремени патологии служит неуклонное увеличение числа госпитализаций [1].

Заболевание чаще дебютирует в молодом трудоспособном возрасте (15-35 лет), что определяет его значимое социально-экономическое бремя [1].

Учитывая хронический характер заболевания, необходимость длительной иммуносупрессивной терапии, риск хирургических вмешательств и развитие осложнений, пациенты с БК требуют диспансерного наблюдения (ДН).

ДН пациентов с БК направлено на:

- поддержание бесстероидной ремиссии;
- своевременное выявление осложнений (стриктуры, свищи, абсцессы, кишечные кровотечения);
- мониторинг безопасности и эффективности медикаментозной терапии;
- скрининг злокачественных новообразований;
- профилактику инвалидизации и снижение частоты госпитализаций.

Основными источниками информации по клиническим аспектам проведения ДН пациентов с БК являются Клинические рекомендации "Болезнь Крона"[1] и стандарт медицинской помощи взрослым при БК, утвержденным приказом Минздрава России от 14 февраля 2022 г. № 76н[2]. ДН пациентов с БК врачом-терапевтом[3] осуществляется в соответствии с приказом Минздрава России от 15 марта 2022 г. № 168н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми"[4].

---

1 Клинические рекомендации "Болезнь Крона", 2024. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/176_2.

2 Приказ Минздрава России от 14.02.2022 № 76н "Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при болезни Крона (диагностика и лечение)" http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202203220004.

3 Врач-терапевт — врач-терапевт участковый, врач общей практики (семейный врач), врач-терапевт участковый цехового врачебного участка, фельдшер фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского здравпункта) в случае возложения на него руководителем медицинской организации отдельных функций лечащего врача, в том числе по проведению диспансерного наблюдения, в порядке, установленном приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российского Федерации от 23 марта 2012 г. № 252н.

4 Приказ Минздрава России от 15.03.2022 № 168н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми" http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202204210027.

Постановка пациента на ДН должно быть осуществлена в течение трех дней после:

- установления диагноза при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях;
- получения выписного эпикриза из медицинской карты стационарного больного по результатам оказания медицинской помощи в стационарных условиях[4].

Диагноз БК устанавливается на основании совокупности клинических, лабораторных, эндоскопических, морфологических и инструментальных данных.

Критерии установления диагноза БК:

Однозначных диагностических критериев БК не существует, диагноз устанавливается на основании сочетания анамнестических сведений, клинической картины, эндоскопических изменений, доказательств трансмурального воспаления, полученных в результате применения лучевых методов диагностики (магнитно-резонансная томография (МРТ), компьютерная томография (КТ), ультразвуковое исследование (УЗИ)), и морфологических данных.

Общепринятыми являются критерии достоверного диагноза БК по Lennard-Jones, включающие определение семи ключевых признаков заболевания:

1. Локализация в любом месте ЖКТ от полости рта до анального канала; хроническое гранулематозное поражение слизистой оболочки губ или щек; пилородуоденальное поражение, поражение тонкой кишки, хроническое перианальное поражение (Приложение 1).
2. Прерывистый (фрагментарный) характер поражения.
3. Трансмуральный характер поражения: язвы-трещины, абсцессы, свищи.
4. Фиброз: стриктуры.
5. Лимфоцитарная инфильтрация (гистология): афтоидные язвы или трансмуральные очаговые лимфоидные скопления.
6. Муцин (гистология): нормальное содержание муцина (сохранение секреции) в зоне активного воспаления слизистой оболочки толстой кишки.
7. Наличие эпителиоидной гранулемы.

Диагноз БК считается достоверным при наличии 3 любых признаков или при обнаружении гранулемы в сочетании с любым другим признаком.

Диагноз должен быть подтвержден:

- эндоскопическим и морфологическим методом и/или эндоскопическим и лучевым методом диагностики.

Эндоскопические признаки БК:

- Регионарное (прерывистое) поражение слизистой оболочки;
- Симптом "булыжной мостовой" (сочетание глубоких продольно и поперечно ориентированных язв с выбухающей гиперплазированной слизистой между ними);
- Линейные язвы (язвы-трещины);
- Афты;
- В ряде случаев стриктуры и устья свищей[1].

Рентгенологические проявления БК:

- Регионарное поражение;
- Прерывистое поражение;
- Стриктуры;
- "Булыжная мостовая";
- Межкишечные свищи или внутрибрюшные абсцессы.

Морфологические признаки БК:

- Глубокие щелевидные язвы, проникающие в подслизистую основу или мышечный слой;
- Эпителиоидные гранулемы (скопления эпителиоидных гистиоцитов без очагов некроза и гигантских клеток), которые обычно обнаруживаются в стенке резецированного участка и только в 15-36% случаев — при биопсии слизистой оболочки);
- Фокальная (дискретная) лимфоплазмоцитарная инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки;
- Трансмуральная воспалительная инфильтрация с лимфоидной гиперплазией во всех слоях кишечной стенки;
- Поражение подвздошной кишки со структурными изменениями ворсин, мукоидной или псевдопилорической метаплазией крипт и хроническим активным воспалением;
- Прерывистое поражение — чередование пораженных и здоровых участков кишки (при исследовании резецированного участка кишки).

МР-признаки БК:

- Трансмуральное утолщение стенок;
- Интрамуральный/ муральный отек;
- Воспалительные изменения;
- Стенозы и/или стриктуры;
- Наличие абсцессов, фистул, инфильтратов;
- Усиление кровотока по брыжеечному краю воспаленной кишки (симптом "расчески"), периваскулярное воспаление;
- Фиброзно-жировая пролиферация (симптом "ползучего жира"), перимезентериальный отек.

УЗИ признаки БК: Приложение 2.

- Утолщение кишечной стенки >3 мм (чувствительность 89% и специфичность 96%, соответственно) или 4 мм (чувствительность 87% и специфичность 98%);
- Нарушение стратификации слоев стенки кишечника за счет подслизистого и мышечного слоя;
- Повышение васкуляризации пораженной стенки кишечника при субъективной оценке с помощью цветного дуплексного картирования отражает воспалительную активность;
- Подслизистое усиление васкуляризации пораженных участков на цветной доплерографии;

doi: 10.15829/3034-4123-2026-158

- Гипертрофия мезентериальной жировой ткани вокруг пораженного кишечника (симптом "ползучего жира");
- Стенозы: утолщение и жесткость стенки кишки, сужение просвета (диаметром <1 см), проксимальная дилатация (>25-30 мм) и гиперперистальтика престенозной кишки;
- Кишечные свищи: визуализируются в виде гипоэхогенных участков или ходов с внутренними газовыми артефактами или без них;
- Абсцессы брюшной полости выявляются как гипо-анэхогенные очаги, содержащие жидкие и газообразные артефакты; заднее усиление; неровные края иногда в пределах гипертрофированной брыжейки.

ВАЖНО!

Наличие одного изолированного признака не является достаточным для установления диагноза БК. Требуется комплексная оценка клинико-лабораторных и инструментальных данных с обязательным исключением инфекционной и другой органической патологии кишечника.

ДН пациентов с БК представляет собой ключевой элемент стратегии проактивного ведения данного заболевания, направленный на изменение его естественного течения, снижение риска осложнений и улучшение долгосрочных клинических исходов.

Таблица 1

Алгоритм проведения ДН

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)[5]	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов[4]	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом[1,4]
K50 Болезнь Крона (регионарный энтерит)	Первое посещение: при взятии под ДН, направление пациента на профилактический медицинский осмотр или диспансеризация определенных групп взрослого населения; В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	**Сбор жалоб с оценкой их динамики:** Сбор жалоб у пациента с БК является ключевым этапом как первичной диагностики, так и ДН. Необходимо детально оценивать характер симптомов и их изменения во времени. *Кишечный синдром* Частота и характер стула Необходимо уточнить: • количество дефекаций в сутки; • консистенцию стула (жидкий, кашицеобразный, водянистый); • наличие примеси крови, слизи, гноя; • наличие ночных дефекаций; • эпизоды недержания. *Болевой синдром* Необходимо уточнить: • локализация; • интенсивность болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале; • связь с приемом пищи/дефекацией, другими провоцирующими факторами; • наличие симптомов кишечной непроходимости (схваткообразные боли, вздутие, задержка стула и газов). *Признаки системного воспаления* Необходимо уточнить: • повышение температуры тела; • общую слабость; • изменение массы тела; • ночную потливость. *Перианальные и осложненные формы* Необходимо уточнить: • боли в области ануса; • выделениях из перианальной области; • эпизодах парапроктита; • хронических анальных трещинах; • свищах. *Внекишечные проявления* Необходимо уточнить: • боли и припухлость суставов; • кожные проявления (узловатая эритема, гангренозная пиодермия); • симптомы поражения глаз (боль, покраснение); • признаки аутоиммунного гепатита.

[5] Международная классификация болезней 10-го пересмотра. https://mkb-10.com/.

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)[5]	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов[4]	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом[1,4]
		Сбор анамнеза Сбор анамнеза у пациентов с БК направлен на уточнение характера дебюта заболевания, особенностей течения, наличия осложнений и факторов неблагоприятного прогноза. Анамнестические данные являются важной частью установления диагноза и определения тактики ведения. ***Анамнез данного заболевания*** • **Начало болезни:** возраст начала заболевания; характер дебюта (острое или постепенное начало); первые проявления (диарея, боль в животе, снижение массы тела, лихорадка, перианальные проявления); наличие внекишечных симптомов на момент дебюта. **Ранний возраст начала (<40 лет) ассоциируется с более агрессивным течением заболевания.** • **Характер течения:** длительность заболевания; частоту и тяжесть обострений; длительность ремиссий; наличие стероидной зависимости или резистентности; потребность в госпитализациях. • **Локализация и фенотип заболевания.** По данным ранее выполненных обследований уточняется: пораженные отделы ЖКТ; наличие стриктур; наличие свищей; перианальное поражение. **Анамнестические сведения должны быть сопоставлены с Монреальской классификацией (локализация, фенотип, возраст начала), Приложение 1.** • **Перенесенные осложнения:** эпизоды кишечной непроходимости; абсцессы; свищи различной локализации; кишечные кровотечения; внекишечные осложнения. • **Ранее проводимая терапия.** Следует подробно отразить: препараты для индукции ремиссии (ГКС, будесонид); иммуносупрессоры; генно-инженерные биологические препараты; таргетные иммуносупрессоры; длительность терапии; дозировки; эффективность; причины отмены (неэффективность, нежелательные явления). Отдельно фиксируется: стероидозависимость; стероидорезистентность; потеря ответа на биологическую терапию. • **Факторы риска и сопутствующие обстоятельства:** перенесенные кишечные инфекции; прием НПВС и антибиотиков; семейный анамнез ВЗК; сопутствующие аутоиммунные заболевания. • **Оценка текущего этапа заболевания:** длительность текущего обострения; динамика симптомов; ответ на текущую терапию; наличие признаков прогрессирования. • **Оперативные вмешательства:** вид операции; дата выполнения; объем вмешательства; наличие послеоперационных осложнений. ***Анамнез жизни*** • **Образование и профессиональный анамнез:** образование, профессия и профессионально-производственные условия, наличие (и каких) неблагоприятных профессиональных факторов. Уточнить контакт с токсичными веществами в рамках профессиональной деятельности. • **Жилищные условия** (удовлетворительные или неудовлетворительные), режим питания и его характеристика (полноценное, рациональное, злоупотребление поваренной солью, жирами и т. д.), характеристика личного гигиенического режима (физическая активность, прогулки, занятия спортом). • **Перенесенные заболевания и травмы,** контузии ранения (при наличии сопутствующих заболеваний вне обострения и не влияющих на тяжесть состояния больного, описать их в этом разделе). • **Привычные интоксикации:** курение, злоупотребление алкоголем, наркотики, как часто и с какого возраста. • **Гинекологический анамнез:** начало менструаций, число беременностей, родов, абортов. При наличии климакса — с какого возраста, его проявления. • **Наследственность:** здоровье и причина смерти родителей, братьев, сестер (особое внимание обратить на патологию, имеющую значение для заболевания больного). • **Семейная жизнь:** время женитьбы (замужества), здоровье детей. • **Аллергологический анамнез:** переносимость лекарств, наличие аллергических реакций на лекарственные препараты, пищевые продукты и т.п. с описанием клиники аллергической реакции (в виде вазомоторного ринита, крапивницы, отека Квинке и др.).

doi: 10.15829/3034-4123-2026-158

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)[5]	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов[4]	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом[1,4]
		• **Эпидемиологический анамнез:** перенесенные инфекционные заболевания, наличие в анамнезе переливания крови, оперативных вмешательств, стоматологических процедур, парентерального введения лекарственных и прочих веществ, пирсинга, татуировок; выезд за пределы постоянного места жительства в течение последних 6 мес., контакт с инфекционными больными. • **Страховой анамнез:** работает или не работает, пенсионер, длительность последнего больничного листка, общая продолжительность больничных листков по данному заболеванию за последние 12 мес. Наличие и группа инвалидности с какого года.
		Физикальное обследование Физикальное обследование пациента с БК проводится с целью оценки активности заболевания, выявления осложнений, внекишечных проявлений и признаков нутритивной недостаточности. Объем обследования определяется клинической ситуацией и проводится на каждом диспансерном приеме. ***Данные объективного исследования больного*** • **Общее состояние** (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое). • **Сознание** (ясное, спутанное, сопор, кома). • **Положение** (активное, пассивное, вынужденное с его особенностями). • **Телосложение** • **Рост** • **Вес** • **ИМТ** • **Окружность талии** • **Тип конституции** (нормостеник, астеник, гиперстеник). • **Температура тела** • **Осмотр кожных покровов и слизистых.** Цвет кожи (бледность — возможная анемия). Наличие высыпаний (узловатая эритема, гангренозная пиодермия и пр.). Сухость кожи. Отеки (гипоальбуминемия). Осмотр слизистой полости рта (афтозный стоматит), Приложение 3. • **Лимфатические узлы.** Пальпация периферических лимфатических узлов. • **Осмотр и пальпация щитовидной железы.** • **Опорно-двигательный аппарат.** Степень развития мышц, их тонус и сила. Активная и пассивная подвижность суставов, их деформация, припухлость, болезненность, ограничение функции, хруст при движении. • **Система органов кровообращения:** частота сердечных сокращений, артериальное давление (на правой и левой руке). Состояние вен — осмотр и ощупывание вен. Осмотр и ощупывание сердечной области. Аускультация во всех пяти точках выслушивания сердца. Шумы: их характер (систолический, пресистолический, диастолический), локализация, сила, тембр, проведение шумов. *Тахикардия может быть проявлением системного воспаления, анемии или интоксикации.* • **Система органов дыхания:** Форма грудной клетки. Тип дыхания. Равномерность движения грудной клетки при дыхании. Глубина, ритм, частота дыхания в минуту. Одышка и ее характер. Голосовое дрожание на передней, боковой и задней поверхности (симметричность или усиление с одной из сторон). Топографическая перкуссия легких: Перкуторное определение нижней границы легочного звука слева и справа по опознавательным линиям. Сравнительная перкуссия легких, характер перкуторного тона в различных симметричных отделах легкого по передней, боковой и задней поверхностям. Аускультация легких: характер дыхательных шумов, хрипы, их локализация, количество, характер (сухие и влажные), крепитация, шум трения плевры. *Специфические изменения для БК, как правило, отсутствуют, однако важно исключить инфекционные осложнения.* • **Система органов пищеварения и брюшной полости.** Осмотр полости рта и зева (афты). Живот — участие в акте дыхания, форма, симметричность, особенности кожи живота, выбухание брюшной стенки в отдельных областях, вздутие, грыжи, расхождение прямых мышц, состояние пупка. Видимая перистальтика. Поверхностная пальпация живота: в подложечной области, в подреберьях, в боковых, околопупочном и подвздошных отделах, над лоном. Определение болезненности, а также зон повышенной чувствительности. Глубокая пальпация кишечника и желудка (область пальпации, форма, подвижность, уплотнение, плеск, урчание).

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)[5]	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов[4]	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом[1,4]
		При пальпации новообразований указывается их локализация, размер болезненность. Определение методом перкуссии наличия свободной жидкости в брюшной полости в различных положениях больного, феномен флюктуации. Перкуторное определение размеров печени по Курлову. Пальпация печени и определение степени ее выступания из-под реберной дуги, консистенция, болезненность, характер края. Наличие пульсации печени. Пальпация желчного пузыря. Симптомы Мерфи, Ортнера. При исследовании поджелудочной железы проводится глубокая пальпация в холедохо-панкреатико-дуоденальной зоне и в области между пупком и левым подреберьем (по Гротту). Указываются болезненность, увеличение размеров. Пальпация селезенки (выстояние нижнего полюса из-под реберной дуги, плотность, болезненность, характер края). Перкуторное определение ее границ по Курлову. Обязательное трансректальное пальцевое исследование, при наличии свищей и/или перианальных проявлениях БК, наружных кишечных свищей, свищей с полыми органами, межкишечных свищей, стриктуры кишечника), а также при наружных кишечных свищах, свищах с полыми органами, межкишечных свищах, стриктурах кишечника, проявлениях, кровотечениях рекомендован осмотр/консультация врача-колопроктолога или врача-хирурга. • **Мочеполовая система.** Частота и объем мочеиспускания. Никтурия. • **Нервная система.** Общая неврологическая оценка (при необходимости). *Специфические изменения не характерны, но возможна оценка общего состояния.*
		Лабораторные диагностические исследования ***На каждом диспансерном приеме*** • Общий (клинический) анализ крови развернутый; • Скорость оседания эритроцитов; • СРБ; • Фекальный кальпротектин; *При терапии иммуносупрессорами:* • Биохимический анализ крови (общий белок, альбумин, АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза, ГГТП, амилаза, креатинин, мочевина, электролиты крови (K^+, Na^+, Cl^-)); ***Лабораторные исследования по показаниям*** • Сывороточное железо, ферритин, трансферрин, общая железосвязывающая способность сыворотки (при анемии, подозрении на железодефицитные состояния); • Витамин B_{12}, фолиевая кислота (при макроцитарной анемии, поражении или резекции терминального отдела подвздошной кишки, признаках мальабсорбции); • Исследование кала на токсины *Clostridioides difficile* (при недавней антибиотикотерапии, госпитализации, внезапном усилении диареи, тяжелом обострении); • Копрологическое исследование и исследование кала на кишечные инфекции (при впервые возникшей или острой диарее, необходимости дифференциальной диагностики); • Исследование кала на паразитов и гельминтов (при первичной диагностике, диарее неясного генеза, поездках в эндемичные регионы); • Билирубин, амилаза, глюкоза, общий кальций крови (перед назначением иммуносупрессивной терапии, при подозрении на нежелательные явления, вызванные медикаментозной терапией, поражение печени или поджелудочной железы); • Общий анализ мочи (перед началом терапии, при мониторинге безопасности лечения, подозрении на сопутствующую патологию или осложнения).
		Инструментальные диагностические исследования ***На каждом диспансерном приеме*** • Трансабдоминальное УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза (для оценки толщины кишечной стенки, воспалительных изменений, инфильтратов, осложнений).

doi: 10.15829/3034-4123-2026-158

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)[5]	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов[4]	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом[1,4]
		Обследования по показаниям: • Колоноскопия с осмотром терминального отдела подвздошной кишки и биопсией (при подозрении на рецидив заболевания, для оценки активности заболевания, контроля эффективности терапии, подтверждения ремиссии или рецидива) • Эзофагогастродуоденоскопия (для исключения/подтверждения поражения верхних отделов ЖКТ) • Ректороманоскопия (при первичной диагностике, подозрении на поражение дистальных отделов толстой кишки) • Обзорная рентгенография брюшной полости (при симптомах кишечной непроходимости) • МРТ кишечника и/или КТ с контрастированием кишечника (при подозрении на прогрессирование заболевания, осложнения, стриктуры, свищи, абсцессы, инфильтраты) • МРТ малого таза с внутривенным контрастированием (при перианальных свищах или подозрении на них) • Эндоректальное УЗИ (при перианальных проявлениях БК, свищах, подозрении на поражение аноректальной области) • Рентгенография тонкой кишки с бариевым контрастированием (при невозможности выполнения КТ или МРТ после исключения кишечной непроходимости) • Видеокапсульная эндоскопия (при подозрении на поражение тонкой кишки, недостаточной информативности КТ/МРТ/УЗИ, отсутствии стриктур) • Двухбаллонная интестиноскопия (при подозрении на поражение тонкой кишки и невозможности подтверждения диагноза другими методами) • УЗИ кишечника (для оценки толщины, дифференциации слоев, васкуляризации кишечной стенки, наличия воспалительных изменений, инфильтратов, осложнений). При наличии сужений проведение дифференциации воспалительного отека и фиброза.
		Иные диагностические исследования • Патологоанатомическое исследование биопсийного материала (при первичной диагностике, обострении, необходимости уточнения диагноза). Важным при тяжелой атаке БК является морфологическое исследование биоптатов и/или проведение полимеразной цветной реакции в материале биоптатов слизистой оболочки толстой кишки (из очагов поражения) на наличие цитомегаловирусной инфекции.
		Оценка достижения целевых показателей здоровья • Достижение клинической ремиссии (отсутствие болевого абдоминального синдрома, нормализация частоты и характера стула, отсутствие крови в стуле, отсутствие лихорадки, увеличение массы тела (при ранее существовавшем дефиците), отсутствие внекишечных проявлений и осложнений) • Достижение эндоскопической ремиссии (SES-CD ≤4) • Нормализация уровня СРБ, скорости оседания эритроцитов, фекального кальпротектина, альбумина • Отсутствие прогрессирования изменений по МР-энтерографии/КТ • Отсутствие новых свищей, стриктур и абсцессов • Стабилизация или улучшение состояния кишечной стенки по данным УЗИ/МРТ • Отсутствие потребности в системных глюкокортикостероидах • Уровень гемоглобина в пределах референтных значений • Коррекция дефицита железа, витамина B_{12}, фолиевой кислоты и витамина Д (при их наличии) • Отсутствие признаков лекарственной токсичности при мониторинге терапии • Отсутствие послеоперационного рецидива заболевания (если проводилось оперативное лечение) • ИМТ — 18,5-24,9 кг/м^2, окружность талии — <94 см (мужчины) и <80 см (женщины).
		Оценка риска неблагоприятных событий У пациентов с БК оценка риска неблагоприятного течения необходима для раннего назначения более агрессивной терапии ("top-down"/ранняя биологическая терапия) и предотвращения осложнений. К факторам высокого риска неблагоприятного течения БК у взрослых относятся: • молодой возраст дебюта заболевания (<40 лет); • курение; • протяженное поражение тонкой кишки; • поражение верхних отделов ЖКТ;

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)[5]	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов[4]	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом[1,4]
		• глубокие язвы слизистой оболочки при эндоскопии; • выраженная эндоскопическая активность; • стриктурирующий фенотип (B2); • пенетрирующий фенотип (B3); • перианальная форма заболевания; • наличие свищей и абсцессов; • ранняя потребность в системных глюкокортикостероидах; • стероидорезистентность; • стероидозависимость; • отсутствие ответа на индукционную терапию; • высокий уровень СРБ; • высокий уровень фекального кальпротектина; • гипоальбуминемия; • анемия; • необходимость госпитализации при дебюте; • ранняя необходимость хирургического вмешательства; • наличие внекишечных проявлений; • ASCA (антитела к *Saccharomyces cerevisiae*); • мутации *NOD2/CARD15*. *Инструменты оценки риска* Клинические шкалы (Приложения 4-6) • Индекс активности БК • Индекс Харви-Брэдшоу • Критерии оценки тяжести (клинической активности) обострения БК Всероссийское общество по изучению ВЗК и Ассоциация колопроктологов России Эндоскопические шкалы • Простая эндоскопическая шкала оценки БК (SES-CD) (Приложение 7) Факторы риска послеоперационного рецидива • курение; • пенетрирующий фенотип; • перианальная болезнь; • повторные кишечные резекции; • протяженное поражение тонкой кишки; • отсутствие профилактической биологической терапии после операции. Признаки пациента высокого риска • B2/B3 фенотипа; • тяжелой перианальной болезни; • глубоких язв; • высокого воспалительного ответа; • раннего агрессивного течения заболевания; • необходимости повторных курсов ГКС. Такие пациенты требуют ранней интенсификации терапии, включая применение биологических препаратов и стратегии "лечение до достижения цели". **Определение показаний к госпитализации** *Показанием для госпитализации пациента в медицинскую организацию в экстренной или неотложной форме является:* 1. наличии осложнений БК, требующих оказания ему специализированной медицинской помощи в экстренной и неотложной форме; 2. наличие осложнений лечения БК (хирургическое вмешательство, биологическая терапия, гормональная и цитостатическая терапия и т.д.). *Показанием для госпитализации в медицинскую организацию в плановой форме является:* 1. необходимость выполнения сложных интервенционных диагностических медицинских вмешательств, требующих последующего наблюдения в условиях круглосуточного или дневного стационара;

doi: 10.15829/3034-4123-2026-158

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)[5]	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов[4]	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом[1,4]
		2. наличие показаний к специализированному лечению БК (хирургическое вмешательство, гормональная и цитостатическая терапия, биологическая и таргетная терапия), требующему наблюдения в условиях круглосуточного или дневного стационара. *Показанием к выписке пациента из медицинской организации является:* 1. завершение курса лечения, или одного из этапов оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, в условиях круглосуточного или дневного стационара при условии отсутствия осложнений лечения, требующих медикаментозной коррекции и/или медицинских вмешательств в стационарных условиях; 2. отказ пациента или его законного представителя от специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в условиях круглосуточного или дневного стационара, установленной консилиумом медицинской организации, оказывающей лечение БК при условии отсутствия осложнений основного заболевания и/или от лечения, требующих медикаментозной коррекции и/или медицинских вмешательств в стационарных условиях; 3. необходимость перевода пациента в другую медицинскую организацию по соответствующему профилю оказания медицинской помощи. Заключение о целесообразности перевода пациента в профильную медицинскую организацию осуществляется после предварительной консультации по предоставленным медицинским документам и/или предварительного осмотра пациента врачами специалистами медицинской организации, в которую планируется перевод.
		Установление или уточнение диагноза заболевания (состояния) При формулировке диагноза необходимо указывать все его рубрики, учитывать современные требования законодательства Российской Федерации и принципы кодирования согласно правилам МКБ-10: • основное заболевание, • конкурирующее заболевание (при наличии), • сочетанное заболевание (при наличии), • фоновое заболевание (при наличии), • осложнения основного заболевания (конкурирующего, сочетанного, фонового заболеваний — при наличии), сопутствующие заболевания (при наличии) ***Структура развернутого диагноза:*** а) локализация поражения с перечислением пораженных сегментов ЖКТ; б) фенотипический вариант; в) тяжесть текущего обострения или наличие ремиссии заболевания; г) характер течения заболевания; е) наличие стероидной зависимости или резистентности; ж) наличие внекишечных и/или кишечных и перианальных осложнений. При наличии у пациента свищей и стриктур одновременно или в разные периоды заболевания диагноз БК, согласно Монреальской классификации, формулируется как "пенетрирующая", так как это более тяжелое осложнение, но в диагнозе также обязательно должна фигурировать стриктура как осложнение. *Примеры формулировок диагноза:* • Болезнь Крона, илеоколит (L3), воспалительная форма (B1), среднетяжелая атака, с перианальным поражением, внекишечные проявления: периферический артрит. CDAI 285. • Болезнь Крона, терминальный илеит (L1), стриктурирующая форма (B2), тяжелое течение, осложненная стриктурой терминального отдела подвздошной кишки. Железодефицитная анемия средней степени тяжести. • Болезнь Крона толстой кишки (L2), пенетрирующая форма (B3), клинико-эндоскопическая ремиссия на фоне терапии адалимумабом. Состояние после резекции илеоцекального угла от дата оперативного вмешательства. • Болезнь Крона с поражением верхних отделов ЖКТ и илеоколитом (L3+L4), пенетрирующая форма (B3), тяжелая атака, перианальные свищи, внутрибрюшной абсцесс. SES-CD 18.

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)[5]	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов[4]	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом[1,4]
		Назначение по медицинским показаниям профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий *Проведение индивидуального КПК* Проведение КПК и разъяснение лицу с высоким риском развития угрожающего жизни заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) или их осложнения, а также лицам, совместно с ним проживающим, правил действий при их развитии и необходимости своевременного вызова скорой медицинской помощи[4]. В рамках КПК пациент должен получить общие рекомендации (основы здорового образа жизни) и, в зависимости от имеющихся факторов риска, краткие рекомендации по конкретным факторам риска. КПК ограничено по времени (не >10 мин), поэтому проведение его рекомендуется по структурированной схеме [10]: • разъяснение результатов обследования и рекомендации, выдача информационных материалов/памяток при необходимости; • информирование о необходимости регулярных визитов в рамках ДН **не реже 1 раза в год** (по показаниям — чаще), о рекомендуемых для пациента целевых уровнях показателей состояния здоровья, о возможности получения углубленного профилактического консультирования группового/индивидуального (при наличии); • с целью экономии средств и рабочего времени медперсонала и пациента целесообразно первое проведение в текущем году диспансерного осмотра (приема) совмещать с приемом (осмотром) пациента, проводимого в рамках профилактического медицинского осмотра или диспансеризации; • назначение даты следующего диспансерного приема. ***Направление на вакцинацию*** **ВАЖНО!** Вакцинация не противопоказана пациентам с БК и должна быть рекомендована как можно раньше. Информировать пациента о необходимости иммунизации согласно национальному календарю профилактических и календарю профилактических прививок по эпидемическим показаниям, возможных поствакцинальных реакциях и осложнениях, а также последствиях отказа от иммунизации и, в случае положительного решения — направить в кабинет вакцинопрофилактики (прививочный кабинет)[6]. Всем пациентам с БК рекомендовано оценить вакцинальный статус при диагностике и регулярно (не реже 1 раза в год) мониторировать его. Документированная привитость заменяет серологический скрининг. При отсутствии документов проводится серологическое исследование. Инактивированные вакцины применяются независимо от лечения БК. Живые вакцины вводятся до начала иммуносупрессивной терапии (с интервалом ≥3–4 нед. до её старта) либо в период минимальной дозы иммуносупрессанта. В настоящее время нет однозначных данных об оптимальном интервале между возможным применением живых вакцин после завершения иммуносупрессивной терапии. Дозой ГКС, вызывающей иммуносупрессию, является для преднизолона 2 мг/кг/сут., принимаемой в течение 14 дней и более; введение живых вакцин этим пациентам допускается через 1 мес. и более после окончания терапии. При высоком риске инфекции вопрос о введении живых вакцин на фоне терапии решается индивидуально. Родным и близким пациентов с БК показана вакцинация ("кокон-вакцинация")[1,7] [11]. Рекомендуемые вакцины для пациентов с БК: • против гриппа — ежегодно, особенно пациентам старше 65 лет и с наличием других ХНИЗ для снижения риска смерти; • от пневмококковой инфекции, особенно пациентам старше 65 лет и с наличием других ХНИЗ для снижения риска смерти; • против ветряной оспы, кори, краснухи, эпидемического паротита — перед началом иммуносупрессивной терапии, если нет данных о перенесённом заболевании или вакцинации;

[6] Приказ Минздрава России от 06 декабря 2021 г. № 1122н "Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок" СПС Консультант Плюс.

[7] Письмо Минздрава России от 13.06.2025 № 30-0/И/2-11677 "О направлении методических рекомендаций "Иммунизация иммунокомпрометированных пациентов" " https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_526326.

doi: 10.15829/3034-4123-2026-158

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)[5]	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов[4]	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом[1,4]
		• против COVID-19 — с осторожностью, индивидуально, с учётом активности заболевания и терапии, при отсутствии модифицированных вакцин под новые штаммы; • при подготовке к беременности и во время беременности — вакцинация по национальному календарю с учётом периода заболевания и получаемой терапии; • проверка/составление индивидуального плана вакцинопрофилактики, при наличии показаний и согласии пациента направление в прививочный кабинет для проведения иммунизации. ***Назначение (корректировка) немедикаментозного и медикаментозного лечения*** Назначение (корректировка) медикаментозного лечения проводится согласно клиническим рекомендациям по заболеванию (состоянию), по поводу которого больной состоит на ДН, а также с учетом рекомендаций врачей-специалистов (при наличии таких рекомендаций). **Немедикаментозная терапия** • Рекомендации по питанию Приложение 8 • Отказ от употребления алкоголя • Отказ от употребления табака • Физическая активность **Медикаментозная терапия** Основной целью терапии в рамках стратегии "лечение до достижения цели" является достижение и поддержание длительной бесстероидной клинико-эндоскопической ремиссии, профилактика осложнений, снижение частоты госпитализаций и операций, а также улучшение качества жизни пациентов. При развитии осложнений требуется своевременное хирургическое лечение. Эффективность терапии оценивается с помощью регулярного мониторинга клинических симптомов, биомаркеров воспаления (СРБ, фекальный кальпротектин), эндоскопических и лучевых методов исследования. Выбор терапии зависит от тяжести атаки, локализации и протяженности поражения, наличия осложнений, внекишечных проявлений, ответа на предшествующее лечение и факторов неблагоприятного прогноза (см. раздел "Оценка риска неблагоприятных событий"). Консервативное ведение БК включается в себя этапы индукции ремиссии (ГКС, иммуносупрессивные препараты (тиопурины, метотрексат), ГИБП, ТИС) и противорецидивной терапии (иммуносупрессивные препараты, ГИБП и ТИС). При необходимости возможно назначение антибактериальных препаратов, проведение коррекции анемии, электролитных нарушений, профилактика/лечение остеопороза, дефицитных состояний (Приложения 9-12). **ВАЖНО!** Пероральный прием месалазина не показал эффективности по сравнению с плацебо для индукции ремиссии и не рекомендуется для использования при БК. ГКС используются ТОЛЬКО для индукции ремиссии и не должны назначаться более чем на 12-16 нед. **Мониторинг эффективности и безопасности терапии** ***Мониторинг эффективности терапии включает:*** • Клиническую оценку на каждом визите: частота стула, выраженность боли в животе, температура тела, масса тела, наличие внекишечных проявлений, симптомы кишечной непроходимости, признаки перианальных осложнений. Желательно использовать индекс Харви-Брэдшоу или индекс активности БК. • Оценку ответа на индукционную терапию: при применении будесонида и системных ГКС клинический ответ оценивают через 2-4 нед. При отсутствии ответа необходимо пересмотреть тактику лечения, исключить осложнения и рассмотреть необходимость эскалации терапии (ГИБП/ТИС).

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)[5]	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов[4]	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом[1,4]
		• ОАК и биохимический анализ крови: используются для оценки анемии, системного воспаления, гипопротеинемии, электролитных нарушений, функции печени и почек. При среднетяжёлой и тяжёлой форме БК с метаболическими нарушениями общий и биохимический анализы крови рекомендуется выполнять 1 раз в 3–5 дней (в стационаре), далее не реже 1 раза в 2 недели до достижения ремиссии, далее по показаниям. • СРБ: отражает системную воспалительную активность. В рамках ДН у большинства пациентов целесообразен контроль каждые 3-6 мес., а при обострении, изменении терапии или подозрении на осложнения не реже 1 раза в месяц. • Фекальный кальпротектин: используется для оценки и мониторинга активности воспаления в кишечнике. Обычно его контролируют каждые 3-6 мес., а также при ухудшении симптомов, росте СРБ или оценке ответа на терапию. • Эндоскопический контроль: проводится для оценки ответа на лечение, уточнения активности заболевания, при ухудшении состояния, повышении СРБ или фекального кальпротектина. Для оценки эндоскопического ответа на проводимую терапию выполнение эндоскопического исследования необходимо осуществить не позднее 6-12 мес. от старта/смены терапии. Для оценки активности используют шкалу SES-CD. Эндоскопический ответ — снижение SES-CD более чем на 50% от исходного; эндоскопическая ремиссия — SES-CD ≤4 баллов. • УЗИ кишечника: для динамического наблюдения пациента, в том числе оценки ответа на терапию и мониторинга активности заболевания, следует выполнять каждые 3-6 мес. • Лучевые методы: МРТ/КТ-энтерография, МРТ малого таза: выполняются по показаниям для оценки протяжённости поражения, трансмуральной активности, инфильтратов, абсцессов, свищей, стриктур и других осложнений. Ежегодный контроль может рассматриваться у пациентов с риском осложнённого течения. ***Мониторинг безопасности терапии*** Безопасность терапии контролируют с учётом класса препарата. *ГКС* При терапии ГКС (преднизолон, метилпреднизолон и гидрокортизон; будесонид) необходимо соблюдать ограниченные сроки терапии (12 нед. с динамическим снижением дозы до отмены терапии) и проводить мониторинг: • Гликемии в период лечения, особенно у пациентов с факторами риска сахарного диабета или при высоких дозах ГКС. • Артериального давления, массы тела, признаков задержки жидкости. • Инфекционных осложнения, так как ГКС повышают риск инфекций и могут маскировать их клинические проявления. • Психоэмоциональных реакций: бессонница, тревожность, раздражительность, депрессивные симптомы. • Риска остеопороза: при необходимости назначают профилактику препаратами кальция и витамина Д. • Язвенно-эрозивных осложнений ЖКТ, особенно у пациентов с факторами риска или сопутствующим приёмом НПВС; • Факторы риска тромботических осложнений, особенно у пациентов с дополнительными факторами риска. *Тиопурины:* К тиопуринам относятся азатиоприн и меркаптопурин. Эти препараты применяются преимущественно для поддержания ремиссии, так как эффект развивается постепенно. Перед назначением тиопуринов необходимо оценить: • ОАК; • Биохимический анализ крови: АЛТ, АСТ, билирубин, ЩФ, креатинин, мочевина, амилаза; • Инфекционный скрининг перед иммуносупрессивной терапией: HBsAg, anti-HCV, ВИЧ-1/2, сифилис, туберкулез. На фоне терапии тиопуринами необходимо контролировать: • ОАК с оценкой уровня лейкоцитов, тромбоцитов и биохимический анализ крови (АСТ, АЛТ, амилаза, липаза) • В начале лечения — 1 раз в 2 нед.

doi: 10.15829/3034-4123-2026-158

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)[5]	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов[4]	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом[1,4]
		• Далее — 1 раз в месяц в течение первых 6 мес. • Затем — 1 раз в 3-6 мес. Основные нежелательные явления, которые нужно отслеживать: • лейкопения, нейтропения, тромбоцитопения; • повышение АЛТ/АСТ (лекарственный гепатит); • гиперамилаземия, повышение уровня липазы (лекарственный панкреатит); • инфекционные осложнения; • клиническая непереносимость препарата. *Метотрексат* Метотрексат применяют при непереносимости или неэффективности тиопуринов. Перед назначением метотрексата необходимо оценить: • ОАК; • Биохимический анализ крови: АЛТ, АСТ, билирубин, ЩФ, креатинин, мочевина, амилаза; • Инфекционный скрининг перед иммуносупрессивной терапией: HBsAg, anti-HCV, ВИЧ-1/2, сифилис, туберкулез. • У женщин репродуктивного возраста — исключить беременность и обсудить контрацепцию. На фоне терапии метотрексатом контролируют: • ОАК с оценкой уровня лейкоцитов, тромбоцитов и биохимический анализ крови (АСТ, АЛТ, амилаза, липаза) • В начале лечения — 1 раз в 2 нед. • Далее — 1 раз в месяц первые 6 мес. • Затем — 1 раз в 3-6 мес. Основные нежелательные явления, которые нужно отслеживать: • лейкопения, нейтропения, тромбоцитопения; • повышение АЛТ/АСТ (лекарственный гепатит); • гиперамилаземия, повышение уровня липазы (лекарственный панкреатит); • инфекционные осложнения; • клиническая непереносимость препарата; • редко — лекарственное поражение лёгких. *Биологические препараты (*инфликсимаб, адалимумаб, цертолизумаба пэгол, ведолизумаб, устекинумаб, гуселькумаб): Перед назначением биологических препаратов необходимо выполнить: • Скрининг на туберкулёз: консультация фтизиатра, квантифероновый тест; при невозможности — проба Манту или диаскин-тест. **Скрининг на туберкулёз при терапии ГИБП проводится до начала лечения и далее каждые 6 мес.** • HBsAg для исключения гепатита В. • Anti-HCV для исключения гепатита С. • Скрининг на ВИЧ-1/2. • Скрининг на сифилис. • Оценку наличия активных инфекций. • Исключение абсцесса или другого гнойно-септического осложнения, особенно при перианальной или пенетрирующей БК. На фоне терапии биологическими препаратами необходимо контролировать: • признаки инфекций; • инфузионные реакции при внутривенном введении препаратов; • местные реакции в месте инъекции при подкожном введении препаратов; • аллергические реакции; • соблюдение графика введения препарата. Несоблюдение интервалов введения препарата и режима дозирования ГИБП повышают риск инфузионных реакций и потери эффективности. *Таргетные иммуносупрессоры (упадацитиниб)* Перед назначением упадацитиниба необходимо выполнить: • Скрининг на туберкулёз: консультация фтизиатра, квантифероновый тест; при невозможности — проба Манту или диаскин-тест. **Скрининг на туберкулёз при терапии ТИС проводится до начала лечения и далее каждые 6 мес., как и при применении биологических препаратов.**

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)[5]	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов[4]	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом[1,4]
		• HBsAg для исключения гепатита В. • Anti-HCV для исключения гепатита С. • Скрининг на ВИЧ-1/2. • Скрининг на сифилис. • ОАК; • биохимический анализ крови; • уточнение анамнеза герпетической инфекции (опоясывающего герпеса/*Herpes Zoster*); • наличия активных инфекций; • У женщин репродуктивного возраста — исключить беременность и обсудить контрацепцию. На фоне терапии необходимо контролировать: • инфекционные осложнения; • ОАК (с динамическим мониторингом уровня гемоглобина, эритроцитов, тромбоцитов, лейкоцитов); • Биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, билирубин, ЩФ, ГГТП, амилаза, липаза); • клиническую переносимость препарата; • факторы риска тромботических осложнений, особенно у пациентов с дополнительными факторами риска. **Вспомогательная терапия при БК** Вспомогательная терапия при БК применяется для коррекции осложнений заболевания, метаболических нарушений, анемии, профилактики осложнений терапии и ведения осложнённых форм БК. *Анемии:* для своевременного обнаружения анемии рекомендовано проводить мониторинг ОАК (гемоглобин, эритроциты, гематокрита), по показаниям — уровень железа, трансферрина, ферритина. При необходимости дифференциальной диагностики анемии дополнительно оценивают уровень фолиевой кислоты, витамина B_{12}. Тактика в отношении пациента [12]: • при Hb <80 г/л — гемотрансфузия эритроцитов; • при Hb 80–100 г/л — парентеральная терапия препаратами железа: железа (III) гидроксид сахарозный комплекс, железа (III) гидроксид декстран, железа (III) гидроксид олигоизомальтозат, железа карбоксимальтозат; выбор дозы проводится по инструкции к конкретному препарату и расчёту дефицита железа; • при дефиците витамина B_{12} или фолиевой кислоты — заместительная терапия соответствующим дефициту препаратом. *Белково-электролитные и метаболические нарушения:* Метаболические расстройства при БК связаны с токсемией, потерей белка с калом, нарушением всасывания воды и электролитов; клинически проявляются снижением массы тела, гипопротеинемией, гипоальбуминемией, отёками, гипокалиемией и гиповитаминозом. Тактика в отношении пациента: • коррекция водно-электролитных нарушений; • коррекция гипопротеинемии и гипоальбуминемии; • нутритивная поддержка при дефиците питания; • коррекция дефицитов витаминов и микроэлементов; • лечение основного воспалительного процесса, так как гипоальбуминемия часто отражает активность БК. *Профилактика остеопороза:* Факторами риска развития остеопении/остеопороза являются: • терапия системными ГКС; • повторные курсы ГКС; • длительное активное воспаление; • низкая масса тела; • гиповитаминоз Д; • признаки остеопении/остеопороза; • мальабсорбция, особенно при поражении тонкой кишки.

doi: 10.15829/3034-4123-2026-158

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)[5]	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов[4]	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом[1,4]
		Тактика в отношении пациента: • назначение препаратов кальция на период терапии ГКС и при выявлении остеопороза; • назначение препаратов витамина Д в профилактических дозах, за исключением случаев его дефицита; • мониторинг показателей денситометрии пациентам групп риска (возраст старше 50 лет, женский пол, анамнез стероидной терапии, наличие белково-энергетической недостаточности и пр.); • минимизация повторных курсов системных ГКС и переход на стероид-сберегающую терапию. *Антибактериальная терапия* Антибиотики при БК применяются не как самостоятельная базисная терапия, а при осложнённом течении: системном воспалении, инфильтрате, абсцессе, перианальных гнойно-воспалительных поражениях. Дополнительно при перианальных проявлениях возможно применение метронидазола в виде свечей и мазей. **ВАЖНО!** При длительной антибактериальной терапии и признаках вновь развившейся диареи необходимо исключить развитие клостридиальной инфекции — назначить анализ кала на токсины клостридий А и Б. *Профилактика венозных тромбоэмболических осложнений* Факторы риска: • госпитализация пациента с БК; • терапия ГКС, в том числе повторные курсы, высокие дозы; • активное воспаление; • хирургическое лечение; • наличие дополнительных факторов риска ВТЭО; • тяжёлое течение заболевания, обезвоживание, иммобилизация; • анамнез ВТЭО. Тактика: • оценить риск ВТЭО; • у нехирургических пациентов — использовать шкалы Padua или IMPROVE VTE; • при показаниях назначить нефракционированного или низкомолекулярного гепарина в профилактических дозах; • при противопоказаниях к антикоагулянтам — механическая профилактика. *Нутритивная поддержка и диетотерапия* Показания: • снижение массы тела; • белково-энергетическая недостаточность; • гипоальбуминемия; • гиповитаминоз; • поражение тонкой кишки; • послеоперационный период; • подготовка к хирургическому лечению; • синдром короткой кишки или риск его развития после повторных резекций. Тактика: • индивидуальная диетотерапия с учётом переносимости продуктов; • коррекция дефицита белка, витаминов, микроэлементов; • нутритивная поддержка при недостаточности питания; • оценка и коррекция водно-электролитных нарушений; • при стоме — контроль объёма потерь и профилактика дегидратации. *Психосоциальная поддержка* Показания: • хроническое течение БК; • снижение качества жизни; • тревога, депрессивные симптомы; • трудности адаптации к заболеванию;

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)[5]	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов[4]	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом[1,4]
		• наличие стомы; • частые госпитализации; • подготовка к длительной иммуносупрессивной или биологической терапии. Тактика: • информирование пациента о хроническом характере заболевания; • обучение распознаванию симптомов обострения и осложнений; • повышение приверженности терапии; • психологическая поддержка при стоме, перианальной БК, повторных операциях; • маршрутизация к психологу/психотерапевту по показаниям. **Хирургическое лечение** Хирургическое лечение при БК не является радикальным методом излечения, так как заболевание может рецидивировать после удаления поражённого сегмента кишки. Поэтому современная хирургическая тактика направлена на ограниченные резекции и, по возможности, органосохраняющие вмешательства: стриктуропластику, эндоскопическую баллонную дилатацию стриктур, дренирование абсцессов. После хирургического лечения пациентам требуется обязательная противорецидивная терапия, которую рекомендуется начинать не позднее 2 нед. после операции. **Уточнение факта приема лекарственных средств, а также прочих препаратов при наличии показаний к их применению. Определение приверженности к проводимому лечению и его эффективности по оценке самого пациента, выявление причин невыполнения ранее назначенного лечения** [13] **(Приложение 13)** **Направление на консультацию к врачам-специалистам по медицинским показаниям, в том числе с применением телемедицинских технологий[8]:** • прием (осмотр, консультация) врача — гастроэнтеролога по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача — хирурга по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача — колопроктолога по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача — онколога по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача — фтизиатра по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача — психиатра, психотерапевта по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача — эндокринолога по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача — офтальмолога по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача — гинеколога по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача — уролога по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача — инфекциониста по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача — физиотерапевта по медицинским показаниям. ***Определение наличия показаний для направления в отделение (кабинет) медицинской реабилитации/ на консультацию к врачу по физической и реабилитационной медицине (врачу по медицинской реабилитации)*** ***Определение наличия показаний и отсутствия противопоказаний для направления на санаторно-курортное лечение[9]*** *Диагноз* • Брюшинные спайки (K66.0) • Другие уточненные поражения брюшины (K66.8)

[8] Приказ Минздрава России от 11.04.2025 № 193н "Об утверждении Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий". СПС Консультант Плюс.

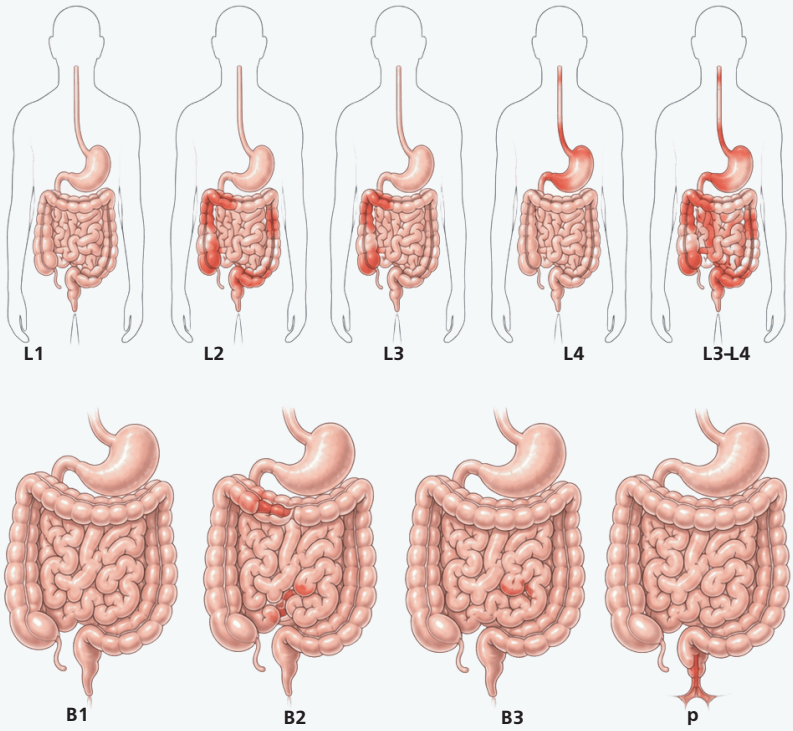
[9] Приказ Минздрава России от 27 марта 2024 г. № 143н "Об утверждении классификации природных лечебных ресурсов, указанных в пункте 2 статьи 2.1 Федерального закона от 23 февраля 1995 г. № 26-ФЗ "О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах", их характеристик и перечня медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации с применением таких природных лечебных ресурсов" СПС Консультант Плюс.

doi: 10.15829/3034-4123-2026-158

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)[5]	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов[4]	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом[1,4]
		Форма, стадия, фаза, степень тяжести заболевания • Брюшинные спайки абдоминальные, диафрагмальные, кишечника, тазовые, брыжейки, сальника, желудка, спаечные тяжи, возникшие после операции или воспаления брюшной полости, не вызывающие непроходимости • Болезни оперированного желудка (после операции по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки) с наличием демпинг-синдрома и гипогликемического синдрома легкой и средней степени тяжести, астенического синдрома, гастрита культи, панкреатита, гепатита, холецистита, энтероколита, колита *Природные лечебные ресурсы* • Минеральные воды (питьевые), лечебные грязи
		Информирование пациента о результатах проведенного диспансерного приема (осмотра, консультации) • выдача рекомендаций, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, письменного плана неотложных действий и самопомощи при развитии жизнеугрожающих состояний; • информирование о необходимости регулярного диспансерного приема (осмотра, консультации) в рамках ДН; • информирование о дате следующего диспансерного приема (осмотра, консультации); • информирование о необходимости прохождения диспансеризации и ежегодного профилактического медицинского осмотра и, в случае положительного решения — направление в отделение (кабинет) медицинской профилактики или центр здоровья.
		Оформление медицинской документации • формы № 025/у "Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях"; • форма № 025-1/у "Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях"; • формы № 030/у "Контрольная карта диспансерного наблюдения"; • формы № 057/у-04 "Направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию" (при необходимости); • внесение информации о результатах диспансерного приема (осмотра, консультации) в электронную медицинскую карту медицинской информационной системы.

Сокращения: АЛТ — аланинаминотрансфераза, АСТ — аспартатаминотрансфераза, БК — болезнь Крона, ВЗК — воспалительные заболевания кишечника, ВТЭО — венозные тромбоэмболические осложнения, ГГТП — гамма-глутамилтранспептидаза, ГИБП — генно-инженерные биологические препараты, ГКС — глюкокортикостероиды, ДН — диспансерное наблюдение, ЖКТ — желудочно-кишечный тракт, ИМТ — индекс массы тела, КТ — компьютерная томография, КПК — краткое профессиональное консультирование, МКБ-10 — Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра, МРТ — магнитно-резонансная томография, НПВС — нестероидные противовоспалительные средства, ОАК — оральные антикоагулянты, СРБ — С-реактивный белок, ТИС — таргетные иммуносупрессоры, УЗИ — ультразвуковое исследование, ХНИЗ — хронические неинфекционные заболевания, ЩФ — щелочная фосфатаза.

Приложение 1
Монреальская классификация БК[1] [14]



Локализация воспаления (L)

L1 Терминальный илеит — очаг в подвздошной кишке и/или илеоцекальной области

L2 Колит — воспаление толстой кишки (слепая кишка → анальный сфинктер)

L3 Илеоколит — сочетание терминального илеита с поражением толстой кишки

L4 Изолированное поражение верхних отделов ЖКТ (модификатор, сочетается с L1–L3)

Фенотип заболевания (характер течения) (B)

B1 Воспалительный — не стриктурирующая, не пенетрирующая форма (luminal)

B2 Стриктурирующий — сужение просвета кишки (стеноз)

B3 Пенетрирующий — свищи, инфильтраты, абсцессы (fistulising)

p Перианальные поражения — свищи, трещины, абсцессы (модификатор)

Возраст установления диагноза

A1 – менее 16 лет A2 – от 17 до 40 лет A3 – более 40 лет

doi: 10.15829/3034-4123-2026-158

Приложение 2
Простой индекс ультразвуковой оценки активности при БК (Simple Ultrasound Activity Score for Crohn's Disease [SUS-CD]) [15]

	Оценка			
Переменная	**0**	**1**	**2**	**3**
Толщина стенки кишечника (мм)	<3,0	3,0-4,9 или 4,0-4,9 мм (прямой кишки)	5,0-7,9	≥8,0
Цветная доплеровская оценка	Отсутствует или единственный сосуд	2-5 сосудов на см^2	>5 сосудов на см^2	
Стратификация	Сохранна	Очаговая потеря	Диффузная потеря	
"Наползающий" жир	Отсутствует	Присутствует		

Примечание: в каждой строке таблицы указан параметр, который оценивается от 1 до 3 баллов; в дальнейшем баллы суммируются для каждого пораженного сегмента, что составляет значение индекса SUS-CD, отражающего степень активности БК.
SUS-CD = 0 — ремиссия БК
SUS-CD >7 — умеренная активность БК

Приложение 3
Внекишечные проявления и ассоциированные состояния при БК

Внекишечные проявления БК разделены на три группы: аутоиммунные, связанные с активностью заболевания, аутоиммунные, не связанные с активностью заболевания, и состояния, обусловленные длительным воспалением и метаболическими нарушениями. Связанные с активностью проявления обычно появляются вместе с обострением БК и уменьшаются на фоне лечения; не связанные с активностью могут прогрессировать независимо от фазы БК и часто ухудшают прогноз.

Группа	Проявления / заболевания	Связь с активностью БК
Аутоиммунные проявления, связанные с активностью заболевания	**Артропатии:** артралгии, артриты	Обычно появляются во время обострения БК и регрессируют при ремиссии
	Поражение кожи: узловатая эритема, гангренозная пиодермия	Чаще коррелируют с активностью воспалительного процесса
	Поражение слизистых: афтозный стоматит	Обычно связано с активностью заболевания
	Поражение глаз: увеит, ирит, иридоциклит, эписклерит	Может сопровождать активное воспаление; требует отдельной оценки офтальмолога
	Поражение печени: аутоиммунный гепатит	Обычно связано с активностью заболевания
Аутоиммунные проявления/ ассоциированные заболевания, не связанные с активностью БК	**Первичный склерозирующий холангит**	Может прогрессировать независимо от активности воспаления
	Анкилозирующий спондилит / сакроилеит	Может прогрессировать независимо от активности воспаления
	Псориаз	Не обязательно коррелирует с активностью БК
	Псориатический артрит	Может иметь самостоятельное течение
Состояния, обусловленные длительным воспалением и метаболическими нарушениями	**Холелитиаз**	Связан с длительным течением заболевания, нарушением обмена и/или поражением подвздошной кишки
	Стеатоз печени, стеатогепатит	Может быть связан с метаболическими нарушениями, нутритивным статусом, воспалением
	Тромбоз периферических вен, тромбоэмболия лёгочной артерии	Риск повышается при активности воспаления, госпитализации, обезвоживании, иммобилизации
	Остеопороз, остеомаляция	Связаны с хроническим воспалением, дефицитами, мальабсорбцией, терапией глюкокортикостероидами
	Амилоидоз	Осложнение длительного хронического воспаления

Сокращение: БК — болезнь Крона.

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-158

Приложение 4
Индекс Харви–Брэдшоу

Критерий оценки	Оценка в баллах
Общее самочувствие накануне	0 = Хорошее 1 = Незначительно хуже обычного 2 = Плохое 3 = Очень плохое 4 = Ужасное
Боль в животе накануне	0 = Нет 1 = Слабая 2 = Умеренная 3 = Сильная
Частота жидкого/мягкого стула в день (накануне)	1 балл за каждую дефекацию
Пальпируемое образование в брюшной полости	0 = Нет 1 = Сомнительно 2 = Четко определяется 3 = Четко определяется, болезненно
Осложнения (артралгия, увеит, узловатая эритема, афтозный стоматит, гангренозная пиодермия, анальная трещина, свищ, абсцесс — отметить все применимые)	1 балл за каждое осложнение

Интерпретация результата (сумма баллов)

Сумма баллов	Толкование
≤4	Ремиссия
5-7	Легкое обострение
8-16	Обострение средней тяжести
≥16	Тяжелое обострение

Приложение 5
Индекс активности БК

Критерий	Коэффициент
1. Количество дефекаций жидким или мягким калом за неделю (сумма за 7 дней)	× 2
2. Интенсивность болей в животе (от 0 до 3 баллов) за неделю (сумма за 7 дней)	× 5
3. Самочувствие в течение недели (от 0 до 4 баллов, сумма за 7 дней)	× 7
4. Число осложнений из перечисленных (артралгии/артриты, увеит, узловатая эритема, гангренозная пиодермия, афтозный стоматит, анальная трещина, свищи/абсцессы, межкишечные свищи, лихорадка за последнюю неделю)	× 20
5. Прием опиатов (0 баллов — нет, 1 балл — да)	× 30
6. Инфильтрат брюшной полости (0 — нет, 2 — сомнительный, 5 — определяется)	× 6
7. Гематокрит: <47% для мужчин или <42% для женщин (разность между нормальным и фактическим показателем)	× 6
8. (1 - (фактическая масса тела/идеальная масса тела)) × 100 (или через индекс массы тела)	× 1
(Снижение массы тела относительно нормы)	

Интерпретация результата (сумма баллов)

Сумма баллов	Толкование
<150	Ремиссия
150-220	Легкая форма
220-450	Среднетяжелая форма
>450	Тяжелая форма

Индекс активности БК, как правило, применяется в клинических испытаниях и не удобен для практического применения из-за сложности расчета, а для клинической практики проще и удобнее применять индекс Харви-Брэдшоу.

doi: 10.15829/3034-4123-2026-158

Приложение 6
Критерии оценки тяжести (клинической активности) обострения БК Всероссийского общества по изучению ВЗК и Ассоциация колопроктологов России

Критерий	Легкая БК	Средней тяжести	Тяжелая БК
Средняя частота стула/сутки (за последние 3 дня)	<4	4–6	7 и более
Боль в животе	отсутствует или незначительная	умеренная	сильная
Лихорадка	отсутствует	<38 °C	>38 °C
Тахикардия	отсутствует	<90 в 1'	>90 в 1'
Снижение массы тела	отсутствует	до 5%	5% и более
Гемоглобин	>100 г/л	90-100 г/л	<90 г/л
Скорость оседания эритроцитов	норма	<30 мм/ч	>30 мм/ч
С-реактивный белок	норма	до 2-х норм	>2-х норм
Гипопротеинемия (гипоальбуминемия)	отсутствует	незначительная	выраженная
Внекишечные проявления (любые)	нет	есть	есть
Кишечные осложнения (любые)	нет	есть	есть

Приложение 7
Простая эндоскопическая шкала оценки БК (SES-CD)

	SES-CD (оценивается в баллах по каждому из 5 сегментов кишечника)			
	0 баллов	**1 балл**	**2 балла**	**3 балла**
Наличие и размер язв	Нет	Афты (d 0,1-0.5 см)	Крупные язвы (d 0,5-2 см)	Очень крупные язвы (d >2 см)
Изъязвленная поверхность	Нет	<10%	10-30%	>30%
Пораженная поверхность	Неповрежденный сегмент	<50%	50-75%	>75%
Наличие стенозов	Нет	Единичный, проходимый	Множественные, проходимые	Непроходимые

Подсчет баллов

- Общая сумма баллов (все 4 критерия × 5 сегментов) = варьирует от **0 до 56**.
- Сумма баллов за стенозы = варьирует от **0 до 11**, так как оценка "3" (непроходимый стеноз) может наблюдаться только один раз.

Шкала SES-CD позволяет не только оценить активность, но и определить достижение современных целей терапии:

	Определение по SES-CD
Эндоскопический ответ	Снижение эндоскопической активности по шкале SES-CD более чем на 50% от исходного
Заживление слизистой оболочки (mucosal healing)	Отсутствие язв слизистой оболочки в зоне поражения (не обязательно полная эндоскопическая ремиссия)
Эндоскопическая ремиссия	Воспалительная активность ≤4 баллов

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-158

Приложение 8
Диетические рекомендации для пациентов с БК [16, 17]

Диетотерапия при БК направлена на поддержание полноценного нутритивного статуса, профилактику дефицитов и уменьшение симптомов, связанных с приёмом пищи. Универсальной диеты, которая подходила бы всем пациентам и предотвращала обострения, не существует. Питание подбирается индивидуально с учётом активности заболевания, наличия нутритивной недостаточности, стриктур, диареи, болевого синдрома, переносимости отдельных продуктов и перенесённых операций.

Оценка нутритивного статуса

Перед назначением диеты необходимо оценить нутритивный статус пациента. Для этого учитывают:

- снижение массы тела;
- индекс массы тела;
- аппетит и фактическое потребление пищи;
- наличие тошноты, боли в животе, диареи, вздутия;
- ограничительные диеты и исключение крупных групп продуктов;
- признаки потери мышечной массы и подкожной жировой клетчатки;
- лабораторные показатели дефицитов [18-20].

Недостаточность питания при БК может приводить к снижению массы тела, потере мышечной массы, дефициту микронутриентов и поражению костной ткани. Потеря тощей массы тела >5-10% ассоциирована с повышением риска осложнений, включая худшее заживление ран и более высокий риск инфекций после операции.

Для лабораторного мониторинга нутритивного статуса у пациентов с БК могут использоваться общий анализ крови, С-реактивный белок (СРБ), скорость оседания эритроцитов, биохимический анализ крови, витамин Д, ферритин, насыщение трансферрина, а по показаниям — витамин B_{12}, кальций, фосфор, магний, витамины А и Е, протромбиновое время/международное нормализованное отношение, цинк, фолаты и денситометрия. В стабильной ремиссии эти показатели обычно оценивают каждые 6-12 мес., при активном заболевании или известном дефиците — чаще.

Пациенты с нутритивной недостаточностью

При активной БК и нутритивной недостаточности рекомендуется использовать энтеральное питание как способ увеличить поступление калорий и белка. Его можно назначать внутрь в виде специализированных питательных смесей или через зонд, если пациент не может покрыть потребности обычным питанием. У взрослых энтеральное питание используется как дополнительная нутритивная поддержка, а не как основной метод индукции или поддержания ремиссии.

Энтеральные смеси могут быть:

- **элементными** — содержат свободные аминокислоты;
- **полуэлементными** — содержат олигопептиды;
- **полимерными** — содержат цельный белок.

Выбор смеси зависит от переносимости, доступности, стоимости и индивидуальных нутритивных потребностей пациента. Количество смеси подбирают по энергетической и белковой потребности.

Парентеральное питание при БК не является рутинным методом лечения. Оно может быть показано при синдроме короткой кишки, кишечной непроходимости, невозможности принимать пищу или переносить энтеральное питание, а также для коррекции выраженных нутритивных нарушений перед операцией.

Пациенты с активной БК без нутритивной недостаточности

При активном заболевании без признаков недостаточности питания не рекомендуется автоматически назначать строгие ограничительные диеты. Нет данных, что какая-либо одна категория продуктов или отдельный продукт универсально провоцируют обострение у всех пациентов с БК.

Если у пациента есть симптомы, похожие на синдром раздражённого кишечника, например вздутие, боль в животе, урчание, метеоризм, возможно кратковременное применение диеты с низким содержанием FODMAP. Такая диета может уменьшать функциональные симптомы, но не доказано, что она снижает воспалительную активность, СРБ или фекальный кальпротектин. Поэтому её следует использовать как симптоматический подход, желательно под контролем диетолога, чтобы избежать чрезмерных ограничений.

При симптомах непереносимости лактозы — вздутии, боли в животе или диарее после употребления молока и молочных продуктов — возможно ограничение лактозы. Желательно подтвердить лактазную недостаточность дыхательным водородным тестом.

Энтеральное питание у взрослых с активной БК без нутритивной недостаточности не рассматривается как стандартная индукционная терапия. По данным, приведённым в тексте, энтеральное питание у взрослых менее эффективно для индукции ремиссии, чем ГКС, и часто плохо переносится пациентами.

Пациенты в ремиссии

Большинству пациентов с БК в ремиссии не следует назначать общие строгие пищевые ограничения. Рацион должен быть полноценным и включать углеводы, белки и жиры. Рекомендуется ограничивать ультрапереработанные продукты, продукты с искусственными подсластителями и трансжирами. В качестве общей модели питания может использоваться средиземноморский тип рациона, прежде всего из-за его общей пользы для здоровья.

В ремиссии не рекомендуется без необходимости исключать клетчатку. У большинства пациентов клетчатка не повышает риск обострения, а может иметь потенциально благоприятное влияние на кишечную микробиоту и образование короткоцепочечных жирных кислот. Рекомендуемое потребление клетчатки для взрослых — около 14 г на 1000 ккал рациона.

Исключение составляют пациенты со стриктурирующей БК или перенесённой кишечной непроходимостью. В этой группе рекомендована низкоклетчаточная диета — ориентировочно до 5 г клетчатки в сутки.

При стриктурах кишечника

При хронической стриктурирующей БК рацион должен снижать риск механического затруднения пассажа кишечного содержимого. Рекомендуется:

- ограничить грубую клетчатку;
- избегать орехов, семечек, попкорна;
- ограничить цельнозерновые продукты, отруби, сухофрукты;
- избегать овощей и фруктов с грубой кожурой, жёсткими волокнами и косточками;
- употреблять овощи и фрукты преимущественно в очищенном, приготовленном, пюрированном виде;
- тщательно пережёвывать пищу;
- питаться небольшими порциями.

При появлении симптомов кишечной непроходимости — нарастающей боли, вздутия, рвоты, задержки стула и газов — диету нельзя расширять самостоятельно; требуется консультация врача.

Элиминационные диеты [21]

Элиминационная диета может использоваться, если пациент уверенно связывает определённый продукт или группу продуктов с ухудшением симптомов. Возможны два подхода: временное исключение подозреваемого продукта с оценкой динамики симптомов или постепенное введение продуктов по одному для выявления индивидуальных триггеров.

Важно отличать индивидуальную непереносимость от воспалительной активности заболевания. Если исключение продукта уменьшает вздутие или боль, но сохраняются диарея, похудание, повышение СРБ или фекального кальпротектина, это не должно рассматриваться как достаточный контроль болезни.

Диеты и добавки, которые не следует рекомендовать рутинно

Специфическая углеводная диета, низкоуглеводные диеты, пробиотики, пребиотики, антиоксиданты и рыбий жир не имеют достаточной доказательной базы для рутинного применения с целью индукции или поддержания ремиссии у взрослых пациентов с БК. В частности, данные не поддерживают использование пробиотиков при БК для индукции или поддержания ремиссии, а рыбий жир не показал эффективности для поддержания ремиссии.

Low-FODMAP диета может уменьшать функциональные симптомы, но не должна рассматриваться как противовоспалительное лечение. Специфическая углеводная диета является достаточно ограничительной, может быть трудной для соблюдения и потенциально повышает риск нутритивных дефицитов; в исследовании у взрослых с лёгкой и среднетяжёлой БК она не превосходила средиземноморскую диету по достижению симптоматической ремиссии [22].

Практические рекомендации для пациента

- В ремиссии придерживаться полноценного разнообразного питания без необоснованных строгих ограничений.
- Использовать средиземноморский тип питания как базовую модель: регулярное употребление овощей и фруктов по переносимости, круп, рыбы, птицы, растительных масел, достаточного количества белка.
- Ограничивать ультрапереработанные продукты, трансжиры и избыток искусственных подсластителей.

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-158

- Не исключать клетчатку полностью, если нет стриктур, кишечной непроходимости или индивидуальной непереносимости.
- При стриктурах или перенесённой непроходимости соблюдать диету с низким содержанием клетчатки — ориентировочно до 5 г клетчатки в сутки.
- При вздутии, боли и диарее после молочных продуктов рассмотреть ограничение лактозы и обследование на лактазную недостаточность.
- При выраженном вздутии и симптомах, похожих на синдром раздраженного кишечника, возможно кратковременное применение low-FODMAP-диеты под контролем специалиста.
- При снижении массы тела, плохом аппетите, гипоальбуминемии, анемии или подготовке к операции рассмотреть энтеральную нутритивную поддержку.
- Не использовать энтеральное или парентеральное питание как самостоятельную замену противовоспалительной терапии у взрослых пациентов без нутритивной недостаточности.
- Вести пищевой дневник, если отмечаете связь симптомов с конкретными продуктами.
- Избегать чрезмерно ограничительных диет без медицинских показаний, так как они могут приводить к дефициту белка, железа, витамина B_{12}, витамина Д, фолатов, цинка и других микронутриентов.

Приложение 9
Медикаментозная терапия при БК[1]

Клиническая ситуация	Индукция ремиссии	Поддержание ремиссии	Оценка ответа на терапию
Лёгкая БК илеоцекальной локализации	Будесонид 9 мг/сут: капсулы — 9 мг 1 раз/сут. или 3 мг × 3 раза/сут. 8 нед., затем снижение по 3 мг/нед. до полной отмены; гранулы — 9 мг/сут. однократно 8 нед., с последующим снижением по 9 мг через день в течение 2 нед.	Одновременно с ГКС назначение азатиоприна 2-2,5 мг/кг/сут. или меркаптопурина 1,5 мг/кг/сут. При непереносимости/неэффективности — метотрексат 25 мг/нед п/к или в/м. Длительность терапии иммуносупрессорами — не менее 2-4 лет в терапевтических дозах.	Эффект будесонида оценить через 2-4 нед. Если ответа нет — лечить как среднетяжёлую атаку. Будесонид не предназначен для поддержания ремиссии; максимальная длительность терапии до 16 нед.
Средней тяжести БК илеоцекальной локализации	Можно начать с будесонида по схеме выше (см. пункт "Легкая БК илеоцекальной локализации"). Если нет эффекта от терапии будесонидом, есть инфильтрат, воспалительное сужение или системное воспаление назначают системные ГКС: преднизолон 1 мг/кг/сут. до клинического ответа, затем снижение по 5 мг каждые 5-7 дней до полной отмены, в течение не более 12 нед. При системном воспалении/инфильтрате — добавить антибиотики (метронидазол 1 г/сут. + фторхинолон 1 г/сут. парентерально 10–14 дней.)	Одновременно с ГКС: азатиоприн 2-2,5 мг/кг/сут. или меркаптопурин 1,5 мг/кг/сут.; при непереносимости/неэффективности — метотрексат 25 мг/нед п/к или в/м. Длительность терапии иммуносупрессорами — не менее 2-4 лет в терапевтических дозах.	Эффект ГКС оценить через 2-4 нед. При стероидорезистентности, стероидозависимости, непереносимости ГКС или неэффективности иммуносупрессоров — переход на ГИБП/ТИС в виде индукционного (инициирующего) курса с последующим длительным поддерживающим лечением. При неэффективности консервативной терапии рекомендовано хирургическое лечение.
БК толстой кишки лёгкой и средней тяжести	Системные ГКС: преднизолон 0,75-1 мг/кг/сут. до достижения клинического ответа, затем снижение по 5 мг каждые 5-7 дней до полной отмены в течение 12 нед. При активном системном воспалении/инфильтрате — добавить антибиотики (метронидазол 1 г/сут. + фторхинолон 1 г/сут. парентерально 10-14 дней).	Одновременно с ГКС: азатиоприн 2-2,5 мг/кг/сут. или меркаптопурин 1,5 мг/кг/сут.; альтернатива — метотрексат 25 мг/нед. п/к или в/м. Длительность терапии иммуносупрессорами — не менее 2-4 лет в терапевтических дозах.	Эффект ГКС оценить через 2-4 нед. При неэффективности — ГИБП/ТИС или хирургическое лечение.
БК тонкой кишки, кроме терминального илеита лёгкой и средней тяжести	Системные ГКС: Преднизолон 1 мг/кг/сут. до достижения клинического ответа, затем снижение по 5 мг каждые 5-7 дней до полной отмены в течение 12 нед. При системном воспалении/ инфильтрате: метронидазол 1 г/сут. + фторхинолон 1 г/сут. парентерально 10-14 дней.	Одновременно с ГКС: Азатиоприн 2-2,5 мг/кг/сут. или меркаптопурин 1,5 мг/кг/сут.; при непереносимости/неэффективности — метотрексат 25 мг/нед. п/к или в/м. Длительность терапии иммуносупрессорами — не менее 2-4 лет в терапевтических дозах.	Эффект ГКС оценить через 2-4 нед. При неэффективности — ГИБП/ТИС; при осложнениях/стриктурах — хирургическое лечение.
Тяжёлая активная БК любой локализации (Индекс Харви-Брэдшоу >16 баллов)	Системные ГКС: Преднизолон 1,5-2 мг/кг/сут. внутрь или в/в до достижения клинического ответа, затем снижение по 5 мг каждые 5-7 дней до полной отмены в течение 12 нед. При системном воспалении/инфильтрате: метронидазол 1 г/сут. + фторхинолон 1 г/сут. парентерально 10-14 дней.	Одновременно: азатиоприн 2-2,5 мг/кг/сут. или меркаптопурин 1,5 мг/кг/сут.; альтернатива — метотрексат 25 мг/нед. п/к или в/м. Длительность терапии иммуносупрессорами — не менее 2-4 лет, в терапевтических дозах. По показаниям — ГИБП/ТИС.	Ответ на ГКС через 2-4 нед. При раннем рецидиве <3 мес. после ремиссии — сразу ГИБП/ТИС без повторного курса ГКС. Повторные курсы ГКС нежелательны.

doi: 10.15829/3034-4123-2026-158

Клиническая ситуация	Индукция ремиссии	Поддержание ремиссии	Оценка ответа на терапию
Перианальная БК	Нет показаний для хирургического лечения или после него: иммуносупрессоры и/или ГИБП/ТИС. При гнойно-воспалительном процессе: метронидазол 0,75 г/сут. и/или ципрофлоксацин 1 г/сут. длительно — до 6 мес. или до побочных эффектов. У пациентов с перианальными проявлениями БК рекомендовано подключение к терапии метронидазола в виде свечей и мазей.	Длительная терапия тем же эффективным препаратом: иммуносупрессор, ГИБП или ТИС. Анти-ФНО + антибиотики повышают эффективность при перианальных поражениях.	Важно исключить/дренировать абсцесс. Сложные свищи часто требуют сетонов + биологической терапии. При трещинах анального канала хирургия обычно не рекомендуется, предпочтительно местное консервативное лечение.
После хирургического лечения, низкий риск рецидива	-	Азатиоприн 2-2,5 мг/кг/сут. или меркаптопурин 1,5 мг/кг/сут. ГИБП: инфликсимаб, адалимумаб, цертолизумаба пэгол, устекинумаб, ведолизумаб, гуселькумаб; выбор зависит от предшествующей терапии и риска.	Противорецидивную терапию при БК начинают в течение 4 нед. после операции (при отсутствии осложнений). Риск рецидива (низкий/высокий) определяют по факторам риска. Высокий риск: ≥2 факторов — курение, перианальные поражения, пенетрирующий фенотип, резекция >50 см, предыдущее вмешательство, раннее начало заболевания. Через 6-12 мес. — контрольная эндоскопия, при необходимости магнитно-резонансной томографии/компьютерной томографии с контрастированием. При выраженных воспалительных изменениях: усиление терапии — иммуносупрессоры (если не получали) или ГИБП/ТИС на фоне тиопуринов (АЗА/6-МП). Далее, независимо от течения БК, эндоскопический контроль 1 раз в 1-3 года.
После хирургического лечения, высокий риск рецидива	Пациентам с высоким риском обострения БК еще до проведения контрольного эндоскопического исследования с целью профилактики рецидива рекомендована терапия ГИБП/ТИС.		

Сокращения: БК — болезнь Крона, ГИБП — генно-инженерные биологические препараты, ГКС — глюкокортикостероиды, ТИС — таргетные иммуносупрессоры.

Приложение 10
Биологическая терапия при БК[1] [23]

Препарат	Индукция	Поддержание
Инфликсимаб	5 мг/кг в/в на 0, 2, 6-й нед.	5 мг/кг в/в каждые 8 нед. При активной БК инфликсимаб рекомендуют комбинировать с тиопуринами. При непереносимости тиопуринов — с метотрексатом
Адалимумаб	Первое введение — 160 мг п/к, повторное (через 2 нед.) — 80 мг п/к	40 мг п/к каждые 2 нед.
Цертолизумаба пэгол	400 мг п/к на 0, 2, 4-й нед.	400 мг п/к каждые 4 нед.
Ведолизумаб	300 мг в/в на 0, 2, 6-й нед.	300 мг в/в каждые 8 нед.
Устекинумаб	В/в однократно в дозе по массе тела	Через 8 нед. 90 мг п/к, далее 90 мг п/к каждые 8 или 12 нед. (в зависимости от характера течения заболевания)
Гуселькумаб	200 мг в/в или 400 мг п/к на 0, 4, 8-й нед.	100 мг п/к каждые 8 нед.
Упадацитиниб	45 мг внутрь 1 раз/сут. 12 нед.	30 мг или 15 мг внутрь 1 раз/сут. (в зависимости от характера течения заболевания)

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-158

Приложение 11
Терапия системными ГКС при БК[1]

Эквивалентные дозы системных ГКС

Препарат	Длительность действия	Эквивалентная доза
Гидрокортизон	8-12 ч	20 мг
Преднизолон	12-36 ч	5 мг
Метилпреднизолон	12-36 ч	4 мг

Пересчет дозы системных ГКС при БК

Ситуация	Преднизолон	Метилпреднизолон	Гидрокортизон
Среднетяжёлая илеоцекальная БК при неэффективности будесонида/ системном воспалении	1 мг/кг/сут.	0,8 мг/кг/сут.	4 мг/кг/сут.
БК толстой кишки лёгкой/средней тяжести	0,75-1 мг/кг/сут.	0,6–0,8 мг/кг/сут.	3–4 мг/кг/сут.
БК тонкой кишки, кроме терминального илеита	1 мг/кг/сут.	0,8 мг/кг/сут.	4 мг/кг/сут.
Тяжёлая активная БК любой локализации	1,5-2 мг/кг/сут.	1,2–1,6 мг/кг/сут.	6–8 мг/кг/сут.

Сокращение: БК — болезнь Крона.

Пример пересчёта системных ГКС для пациента 70 кг

Необходимая суточная дозировка	Преднизолон	Метилпреднизолон	Гидрокортизон
1 мг/кг/сут.	70 мг/сут.	56 мг/сут.	280 мг/сут.
1,5 мг/кг/сут.	105 мг/сут.	84 мг/сут.	420 мг/сут.
2 мг/кг/сут.	140 мг/сут.	112 мг/сут.	560 мг/сут.

Приложение 12
Тактика оптимизации терапии у пациентов с БК[1]

Ситуация	Тактика
Нет ответа на будесонид при лёгкой илеоцекальной БК	Перейти к тактике среднетяжёлой атаки.
Нет ответа на системные ГКС	Рассматривать стероидорезистентность, рассмотреть возможность назначения ГИБП/ТИС, исключить осложнения и инфекции.
Первичная неэффективность анти-ФНО	Смена класс ГИБП или назначение ТИС: ведолизумаб, устекинумаб или упадацитиниб.
Потеря ответа на анти-ФНО	Инфликсимаб: увеличение дозы до 10 мг/кг каждые 8 нед. или сокращение интервала введения до 4-6 нед.; Адалимумаб: увеличение дозы до 80 мг каждые 2 нед. или сокращение интервалов введения до еженедельного (40 мг); Смена класса ГИБП (ведолизумаб/ устекинумаб/гуселькумаб) или назначение ТИС (упадацитиниб)
Потеря ответа на ведолизумаб	Сократить интервал до 4-6 нед. или смена класса ГИБП/ТИС
Потеря ответа на устекинумаб	Сократить интервал с 12 до 8 нед. или смена класса ГИБП/ТИС
Потеря ответа на упадацитиниб	Увеличить поддерживающую дозу с 15 до 30 мг/сут. или смена на ГИБП
Потеря ответа на гуселькумаб	Сокращение интервалов введения до 4 нед. или смена класса ГИБП/ТИС
Активная БК при неэффективности консервативной терапии	Хирургическое лечение с последующим выбором противорецидивной терапии

Сокращения: БК — болезнь Крона, ГИБП — генно-инженерные биологические препараты, ГКС — глюкокортикостероиды, ТИС — таргетные иммуносупрессоры.

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-158

Приложение 13
Шкала приверженности Национального общества доказательной фармакотерапии [13]

Модуль I. "Общая фактическая приверженность фармакотерапии"					
1	**Назначал ли Вам лечащий врач лекарственную терапию?**				
А) Да Б) Нет В) Другое _____					
2	**Укажите, как Вы поступаете в отношении приема лекарственных препаратов (выберите подходящий ответ для каждого пункта):**				
А) Прекращаю прием лекарственных препаратов:					
	всегда	часто	иногда	редко	никогда
Б) Делаю перерывы в приеме лекарственных препаратов:					
	всегда	часто	иногда	редко	никогда
В) Самостоятельно меняю терапию (меняю дозу, кратность, время приема) или принимаю препараты без согласования с врачом:					
	всегда	часто	иногда	редко	никогда
Г) Забываю принимать лекарственные препараты:					
	всегда	часто	иногда	редко	никогда
Д) Воздерживаюсь от приема назначенных лекарственных препаратов					
	всегда	часто	иногда	редко	никогда
3	**Если Вы не стали принимать или изменили прием лекарственных препаратов, укажите причину:**				
А) Опасаюсь побочных эффектов от приема лекарственных препаратов					
Б) Возникли побочные эффекты на фоне приема лекарственных препаратов					
В) Отсутствие ощутимого эффекта/улучшения от лечения					
Г) Высокая цена лекарственных препаратов					
Д) Сомневаюсь в правильности назначенной мне терапии					
Е) Не хочу принимать лекарственные препараты длительно					
Ж) Принимаю очень много разных лекарственных препаратов					
З) Сложная/неудобная схема приема лекарственных препаратов					
И) Другое (укажите)					
Модуль II. "Препарат-специфичная фактическая приверженность фармакотерапии"					
1	**Укажите, как Вы поступаете в отношении приема лекарственных препаратов**				
А) Прекращаю прием лекарственных препаратов. Укажите препараты: _____					
Б) Делаю перерывы в приеме лекарственных препаратов. Укажите препараты: _____					
В) Самостоятельно меняю терапию (меняю дозу, кратность, время приема препаратов) или принимаю препараты без согласования с врачом. Укажите препараты: _____					
Г) Забываю принимать лекарственные препараты. Укажите препараты: _____					
Д) Воздерживаюсь от приема назначенных лекарственных препаратов. Укажите препараты: _____					
2	**Если Вы не стали принимать или изменили лекарственную терапию, укажите причину:**				
А) Опасаюсь побочных эффектов от приема лекарственных препаратов. Укажите препараты: _____					
Б) Возникли побочные эффекты на фоне приема лекарственных препаратов. Укажите препараты: _____					
В) Отсутствие ощутимого эффекта /улучшения от лечения. Укажите препараты: _____					
Г) Высокая цена лекарственных препаратов. Укажите препараты: _____					
Д) Сомневаюсь в правильности назначенной мне терапии. Укажите препараты: _____					
Е) Не хочу принимать лекарственные препараты длительно. Укажите препараты: _____					
Ж) Принимаю очень много разных лекарственных препаратов					
З) Сложная/неудобная схема приема лекарственных препаратов					
И) Другая причина (укажите) _____					
Модуль III. "Потенциальная приверженность фармакотерапии"					
1	**Собираетесь ли Вы принимать лекарственные препараты, рекомендованные Вам врачом?**				
	1) Нет 2) Скорее нет, чем да 3) Скорее да, чем нет 4) Да				

Инструкция:

- Определение балла проводится по ответу на вопрос 2 из модуля I.
- При выявлении неприверженности по модулю I, следует перейти к модулю II для оценки приверженности к каждому лекарственному препарату индивидуально.
- По модулю III оценивается потенциальная приверженность (намерения пациента выполнять врачебные рекомендации) к фармакотерапии.

Ключ к модулю I по вопросу 2

Вопрос	Варианты ответа "всегда", "часто", "иногда", "редко" приравниваются к одному результату	Вариант ответа: "никогда"	Результат **NB! Баллы не суммируются! Для определения уровня приверженности отбирается балл с максимальным значением по полученным ответам**
А	3 балла	0 баллов	0 баллов — полная приверженность
Б	2 балла		1 балл — частичная (неполная), вторичная неприверженность, ненамеренные нарушения врачебных рекомендаций
В	2 балла		2 балла — частичная (неполная), вторичная неприверженность, намеренные нарушения врачебных рекомендаций (в т. ч. самолечение)
Г	1 балл		3 балла — полная, вторичная неприверженность
Д	4 балла		4 балла — полная, первичная неприверженность

Ключ к модулю III Номер вопроса:

1 — потенциально не привержен
2 — потенциально частично не привержен
3 — потенциально частично привержен
4 — потенциально привержен

Литература/References

1. Khavkin AI, Novikova VP, Naletov AV, et al. Current global trends in the epidemiology of inflammatory bowel diseases. Russian Journal of Evidence-Based Gastroenterology. 2025;14(3):104-17. (In Russ.) Хавкин А.И., Новикова В.П., Налетов А.В. и др. Глобальные тенденции эпидемиологии воспалительных заболеваний кишечника на современном этапе. Доказательная гастроэнтерология. 2025;14(3):104-17. doi:10.17116/dokgastro202514031104. EDN: BLHJKC.
2. Dolinger M, Torres J, Vermeire S. Crohn's disease. Lancet. 2024;403(10432):1177-91. doi:10.1016/S0140-6736(23)02586-2.
3. Ng SC, Shi HY, Hamidi N, et al. Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: a systematic review of population-based studies. Lancet. 2017;390(10114):2769-78. doi:10.1016/S0140-6736(17)32448-0. Erratum in: Lancet. 2020;396(10256):e56. doi:10.1016/S0140-6736(20)32028-6.
4. Caron B, Honap S, Peyrin-Biroulet L. Epidemiology of Inflammatory Bowel Disease across the Ages in the Era of Advanced Therapies. J Crohns Colitis. 2024; 18(Supplement_2):ii3-ii15. doi:10.1093/ecco-jcc/jjae082.
5. Belousova EA, Abdulganieva DI, Alexeeva OP, et al. Social and demographic characteristics, features of disease course and treatment options of inflammatory bowel disease in Russia: results of two multicenter studies. Almanac of Clinical Medicine. 2018;46(5):445-63. (In Russ.) Белоусова Е.А., Абдулганиева Д.И., Алексеева О.П. и др. Социально-демографическая характеристика, особенности течения и варианты лечения воспалительных заболеваний кишечника в России. Результаты двух многоцентровых исследований. Альманах клинической медицины. 2018;46(5):445-63. doi: 10.18786/2072-0505-2018-46-5-445-463. EDN: YNLTZB.
6. Bakulin IG, Skalinskaya MI, Skazyvaeva EV. North-Western register of patients with inflammatory bowel diseases: achievements and lessons learned. Koloproktologia. 2022;21(1):37-49. (In Russ.) Бакулин И.Г., Скалинская М.И., Сказываева Е.В. Северо-Западный регистр пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника: достижения и уроки. Колопроктология. 2022;21(1):37-49. doi:10.33878/2073-7556-2022-21-1-37-49. EDN: ITCUJP.
7. Maev IV, Bakulin IG, Skalinskaya MI, Skazyvaeva EV. Inflammatory bowel diseases: Transformation of representations. A review. Terapevticheskii arkhiv. 2023; 95(12):1064-74. (In Russ.) Маев И.В., Бакулин И.Г., Скалинская М.И., Сказываева Е.В. Воспалительные заболевания кишечника: трансформация представлений. Терапевтический архив. 2023;95(12):1064-74. doi:10.26442/00403660.2023.12.202507. EDN: LIYFTI.
8. Knyazev OV, Belousova EA, Abdulganieva DI, et al. Real world practice of medical treatment for moderate and severe inflammatory bowel diseases in Russian Federation, Republic of Belarus and Republic of Kazakhstan: intermediate results of the INTENT study. Almanac of Clinical Medicine. 2021;49(7):443-54. (In Russ.) Князев О.В., Белоусова Е.А., Абдулганиева Д.И. и др. Реальная практика лекарственной терапии среднетяжелых и тяжелых форм воспалительных заболеваний кишечника в России, Республике Беларусь и Республике Казахстан. Промежуточные результаты исследования INTENT. Альманах клинической медицины. 2021;49(7):443-54. doi:10.18786/2072-0505-2021-49-061. EDN: RAOOTK.
9. Belousova EA, Shelygin YuA, Achkasov SI, et al. Clinical and Demographic Features and Treatment Approaches for Inflammatory Bowel Diseases (Crohn's Disease, Ulcerative Colitis) in the Russia. The Primery Results of the Analysis of the National Register. Koloproktologia. 2023;22(1):65-82. (In Russ.) Белоусова Е.А., Шелыгин Ю.А., Ачкасов С.И. и др. Клинико-демографические характеристики и лечебные подходы у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (болезнь Крона, язвенный колит) в РФ. Первые результаты анализа национального Регистра. Колопроктология. 2023;22(1):65-82. doi:10.33878/2073-7556-2023-22-1-65-82. EDN: IMBCQN.
10. Drapkina OM, Drozdova LYu, Kalinina AM, et al. Organization of preventive medical examination and medical examination of certain groups of the adult population. Methodological recommendations. Edited by 2nd edition. Federal State Budgetary Institution "NMITS TPM" of the Ministry of Health of Russia, 2020. p. 232. (In Russ.) Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю., Калинина А.М. и др. Организация проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации. Под ред. 2-е издание. ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России, 2020. с. 232. ISBN: 978-5-6043991-1-8. EDN: QWHFZK.
11. Drapkina OM, Briko NI, Namazova-Baranova LS, et al. Immunoprophylaxis. Guidelines (second edition). Primary Health Care (Russian Federation). 2025;2(3):135-262. (In Russ.) Драпкина О.М., Брико Н.И., Намазова-Баранова Л.С. и др. Иммунопрофилактика. Методические рекомендации (второе издание). Первичная медико-санитарная помощь. 2025;2(3):135-262. doi:10.15829/3034-4123-2025-76. EDN: DBKJIQ.
12. Drapkina OM, Avalueva EB, Bakulin IG, et al. Management of patients with iron deficiency anemia in the context of primary health care. Guidelines. Primary Health Care (Russian Federation). 2025;2(3):55-114. (In Russ.) Драпкина О.М., Авалуева Е.Б., Бакулин И.Г. и др. Ведение пациентов с железодефицитной анемией на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи. Методические рекомендации. Первичная медико-санитарная помощь. 2025;2(3):55-114. doi:10.15829/3034-4123-2025-61. EDN: UKRRDT.
13. Lukina YuV, Kutishenko NP, Martsevich SYu, Drapkina OM. The Questionnaire Survey Method in Medicine on the Example of Treatment Adherence Scales. Rational Pharmacotherapy in Cardiology. 2021;17(4):576-83. (In Russ.) Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П., Марцевич С.Ю., Драпкина О.М. Разработка и валидизация новых опросников в медицине на примере шкалы приверженности лекарственной терапии. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2021;17(4):576-83. doi:10.20996/1819-6446-2021-08-02. EDN: LBFQNW.
14. Baumgart DC, Sandborn WJ. Crohn's disease. Lancet. 2012;380(9853):1590-605. doi:10.1016/S0140-6736(12)60026-9. Erratum in: Lancet. 2013;381(9862):204.
15. Sævik F, Eriksen R, Eide GE, et al. Development and Validation of a Simple Ultrasound Activity Score for Crohn's Disease. J Crohns Colitis. 2021;15(1):115-24. doi:10.1093/ecco-jcc/jjaa112.
16. Levine A, Rhodes JM, Lindsay JO, et al. Dietary Guidance From the International Organization for the Study of Inflammatory Bowel Diseases. Clin Gastroenterol Hepatol. 2020;18(6):1381-92. doi:10.1016/j.cgh.2020.01.046.
17. Hashash JG, Elkins J, Lewis JD, Binion DG. AGA Clinical Practice Update on Diet and Nutritional Therapies in Patients With Inflammatory Bowel Disease: Expert Review. Gastroenterology. 2024;166(3):521-32. doi:10.1053/j.gastro.2023.11.303.
18. Vagianos K, Bector S, McConnell J, Bernstein CN. Nutrition assessment of patients with inflammatory bowel disease. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2007;31(4):311-9. doi:10.1177/0148607107031004311.
19. Rocha R, Santana GO, Almeida N, Lyra AC. Analysis of fat and muscle mass in patients with inflammatory bowel disease during remission and active phase. Br J Nutr. 2009;101(5):676-9. doi:10.1017/S0007114508032224.
20. Smith MA, Smith T, Trebble TM. Nutritional management of adults with inflammatory bowel disease: practical lessons from the available evidence. Frontline Gastroenterol. 2012;3(3):172-9. doi:10.1136/flgastro-2011-100032.
21. Yanai H, Levine A, Hirsch A, et al. The Crohn's disease exclusion diet for induction and maintenance of remission in adults with mild-to-moderate Crohn's disease (CDED-AD): an open-label, pilot, randomised trial. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2022;7(1):49-59. doi:10.1016/S2468-1253(21)00299-5.
22. Pedersen N, Ankersen DV, Felding M, et al. Low-FODMAP diet reduces irritable bowel symptoms in patients with inflammatory bowel disease. World J Gastroenterol. 2017;23(18):3356-66. doi:10.3748/wjg.v23.i18.3356.
23. Nikonov EL, Aksenov VA, Skvortsova TA, Zharova ME. Immunotherapy of inflammatory bowel diseases. Doctor.ru. 2019;10(165):31-7. (In Russ.) Никонов Е.Л., Аксёнов В.А., Скворцова Т.А., Жарова М.Е. Иммунотерапия воспалительных заболеваний кишечника. Доктор.Ру. 2019;10(165):31-7. doi:10.31550/1727-2378-2019-165-10-31-37. EDN: WNPKCN.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Драпкина Оксана Михайловна (Oksana M. Drapkina) — д.м.н., профессор, академик РАН, директор; главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава России; зав. кафедрой терапии и профилактической медицины, президент РОПНИЗ, ORCID: 0000-0002-4453-8430;

Бакулин Игорь Геннадьевич (Igor G. Bakulin) — д.м.н., профессор, директор Института терапии; зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии им. С. М. Рысса, ORCID: 0000-0002-6151-2021;

Ливзан Мария Анатольевна (Maria A. Livzan) — д.м.н., профессор, чл.-корр. РАН, главный внештатный специалист по терапии Сибирского федерального округа, вице-президент РОПНИЗ по направлению "Гастроэнтерология", ORCID: 0000-0002-6581-7017;

Князев Олег Владимирович (Oleg V. Knyazev) — д.м.н., зав. отделением патологии кишечника; профессор научно-преподавательского отдела; главный внештатный специалист-гастроэнтеролог Департамента здравоохранения г. Москвы ORCID: 0000-0001-7250-0977;

Бордин Дмитрий Станиславович (Dmitry S. Bordin) — д.м.н., зав. отделом патологии поджелудочной железы, желчных путей и верхних отделов пищеварительного тракта; профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии; профессор кафедры общей врачебной практики и семейной медицины, ORCID: 0000-0003-2815-3992;

Жарова Мария Евгеньевна (Mariia E. Zharova) — к.м.н., врач-терапевт, врач-гастроэнтеролог, эксперт центра организации программ скрининга онкологических заболеваний, старший научный сотрудник отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, ORCID: 0000-0002-8325-5927;

Шепель Руслан Николаевич (Ruslan N. Shepel) — к.м.н., доцент, зам. директора по перспективному развитию медицинской деятельности, главный внештатный специалист по терапии Минздрава России в Центральном федеральном округе, ORCID: 0000-0002-8984-9056.

Адреса организаций авторов: ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Петроверигский пер., 10, стр. 3, Москва, 101990, Россия; ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России, ул. Долгоруковская, д. 4, Москва, 127006, Россия; ФГБОУ ВО "Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова" Минздрава России, ул. Кирочная, д. 41, Санкт-Петербург, 191015, Россия; ФГБОУ ВО "Омский государственный медицинский университет" Минздрава России, ул. Ленина, д. 12, Омск, 644099, Россия; ГБУЗ "Московский клинический научный центр им. А. С. Логинова Департамента здравоохранения города Москвы", шоссе Энтузиастов, д. 86, Москва, 111123, Россия; ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр колопроктологии им. А. Н. Рыжих" Минздрава России, ул. Саляма Адиля, д. 2, Москва, 123423, Россия; ФГБОУ ВО "Тверской государственный медицинский университет" Минздрава России, ул. Советская, д. 4, Тверь, 170100, Россия.

Addresses of the authors' institutions: National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine of the Ministry of Health of the Russian Federation, Petroverigsky Lane, 10, bld. 3, Moscow, 101990, Russia; Russian University of Medicine of the Ministry of Health of the Russian Federation, Dolgorukovskaya str., 4, Moscow, 127006, Russia; I.I. Mechnikov North-Western State Medical University, Kirochnaya str., 41, Saint Petersburg, 191015, Russia; Omsk State Medical University, Lenina str., 12, Omsk, 644099, Russia; A.S. Loginov Moscow Clinical Research Center, Entuziastov Highway, 86, Moscow, 111123, Russia; Ryzhikh National Medical Research Center of Coloproctology, Salyama Adilya str., 2, Moscow, 123423, Russia; Tver State Medical University, Sovetskaya str., 4, Tver, 170100, Russia.

Первичная медико-санитарная помощь. 2026;3(2S):202-240.
doi: 10.15829/3034-4123-2026-159
ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

Первичная медико-санитарная помощь
Primary Health Care (Russian Federation)

Оказание медицинской помощи различным группам населения ***Редакционная статья***

Диспансерное наблюдение пациентов с язвенным колитом врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации

Драпкина О. М.[1,2],
Бакулин И. Г.[3],
Ливзан М. А.[4],
Князев О. В.[5,6],
Бордин Д. С.[5,2,7],
Жарова М. Е.[1*],
Шепель Р. Н.[1]

[1]ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Москва, Российская Федерация
[2]ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России, Москва, Российская Федерация
[3]ФГБОУ ВО "Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова" Минздрава России, Санкт-Петербург, Российская Федерация
[4]ФГБОУ ВО "Омский государственный медицинский университет" Минздрава России, Омск, Российская Федерация
[5]ГБУЗ "Московский клинический научный центр им. А. С. Логинова" Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Российская Федерация
[6]ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр колопроктологии им. А. Н. Рыжих" Минздрава России, Москва, Российская Федерация
[7]ФГБОУ ВО "Тверской государственный медицинский университет" Минздрава России, Тверь, Российская Федерация

*Corresponding author
(Автор, ответственный за переписку):
zharowa.mariya@yandex.ru

Поступила: 23.06.2026
Принята: 26.06.2026

CC BY 4.0

Методические рекомендации посвящены организации диспансерного наблюдения взрослых пациентов с язвенным колитом врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Документ разработан с учетом современных клинических рекомендаций по язвенному колиту и действующих нормативных документов.

В рекомендациях представлены основные сведения о заболевании, включая определение язвенного колита, особенности его течения, эпидемиологические данные, критерии установления и диагноза. Особое внимание уделено алгоритму диспансерного наблюдения пациента: сбору жалоб и анамнеза, физикальному обследованию, лабораторным и инструментальным исследованиям, критериям достижения целевых показателей здоровья, показания к направлению пациента к врачам-специалистам. Рассмотрены вопросы диетотерапии, нутритивной поддержки и хирургического лечения, а также профилактики осложнений и колоректального рака.

Методические рекомендации предназначены для врачей-терапевтов, врачей общей практики, гастроэнтерологов, колопроктологов и других специалистов, участвующих в ведении пациентов с язвенным колитом. Их применение направлено на повышение качества диспансерного наблюдения и обеспечение преемственности между специалистами.

Ключевые слова: язвенный колит, диспансерное наблюдение, первичное звено здравоохранения, врач-терапевт, воспалительные заболевания кишечника.

Отношения и деятельность: нет.

Рецензенты:
Маммаев С. Н. — д.м.н., профессор кафедры госпитальной терапии №1 ФГБОУ ВО "Дагестанский государственный медицинский университет" Минздрава России, главный внештатный специалист по терапии Министерства здравоохранения Российской Федерации Минздрава России по Северо-Кавказскому федеральному округу (Махачкала, Россия)
Осипенко М. Ф. — д.м.н., профессор, зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО "Новосибирский государственный медицинский университет" Минздрава России (Новосибирск, Россия).

Методические рекомендации утверждены на заседании Ученого совета ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России (протокол № 6 от 23 июня 2026 г.).

Для цитирования: Драпкина О. М., Бакулин И. Г., Ливзан М. А., Князев О. В., Бордин Д. С., Жарова М. Е., Шепель Р. Н. Диспансерное наблюдение пациентов с язвенным колитом врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации. *Первичная медико-санитарная помощь.* 2026;3(2S):202-240. doi: 10.15829/3034-4123-2026-159. EDN: XPVTGM

Primary Health Care (Russian Federation). 2026;3(2S):202-240.
doi: 10.15829/3034-4123-2026-159
ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

Первичная медико-санитарная помощь
Primary Health Care (Russian Federation)

Follow-up care for patients with ulcerative colitis by a primary care physician. Guidelines

Drapkina O. M.[1,2],
Bakulin I. G.[3],
Livzan M. A.[4],
Knyazev O. V.[5,6],
Bordin D. S.[5,2,7],
Zharova M. E.[1*],
Shepel R. N.[1]

[1]National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine, Moscow, Russian Federation
[2]Russian University of Medicine, Moscow, Russian Federation
[3]I. I. Mechnikov North-Western State Medical University, Saint Petersburg, Russian Federation
[4]Omsk State Medical University, Omsk, Russian Federation
[5]Loginov Moscow Clinical Scientific Center, Moscow, Russian Federation
[6]Ryzhikh National Medical Research Center of Coloproctology, Moscow, Russian Federation
[7]Tver State Medical University, Tver, Russian Federation

*Corresponding author:
zharowa.mariya@yandex.ru

Received: 23.06.2026
Accepted: 26.06.2026

These guidelines address the management of outpatient follow-up care for adult patients with ulcerative colitis by a primary care physician. The document was developed taking into account current clinical guidelines for ulcerative colitis and current regulatory documents.

The guidelines provide basic information about the disease, including the definition of ulcerative colitis, clinical course, epidemiological data, and diagnosis criteria. Particular attention is paid to the algorithm for outpatient follow-up care (complaint and history collection, physical examination, paraclinical investigations, criteria for achieving health goals, and indications for referral to specialist physicians). Diet therapy, nutritional support, and surgical treatment are discussed, as well as the prevention of complications and colorectal cancer.

The guidelines are intended for internists, general practitioners, gastroenterologists, proctologists, and other specialists involved in the care of patients with ulcerative colitis. Their use is aimed at improving the quality of follow-up care and ensuring continuity between specialists.

Keywords: ulcerative colitis, clinical follow-up, primary care, general practitioner, inflammatory bowel disease.

Relationships and Activities: none.

For citation: Drapkina O. M., Bakulin I. G., Livzan M. A., Knyazev O. V., Bordin D. S., Zharova M. E., Shepel R. N. Follow-up care for patients with ulcerative colitis by a primary care physician. Guidelines. *Primary Health Care (Russian Federation)*. 2026;3(2S):202-240. doi: 10.15829/3034-4123-2026-159. EDN: XPVTGM

ВЗК — воспалительные заболевания кишечника, ДН — диспансерное наблюдение, ЯК — язвенный колит.

doi: 10.15829/3034-4123-2026-159

Язвенный колит (ЯК) — хроническое рецидивирующее воспалительное заболевание толстой кишки, характеризующееся иммунным воспалением ее слизистой оболочки. При ЯК поражается только толстая кишка, за исключением ретроградного илеита; в патологический процесс обязательно вовлекается прямая кишка, воспаление чаще всего ограничивается слизистой оболочкой и носит диффузный непрерывный характер с распространением от прямой кишки в проксимальном направлении[1].

ЯК относится к группе воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) и протекает с чередованием периодов ремиссии и обострения. Обострение ЯК характеризуется появлением типичных симптомов заболевания у пациента, ранее находившегося в стадии клинической ремиссии, прежде всего учащением дефекаций с выделением крови и/или появлением характерных эндоскопических признаков воспаления слизистой оболочки толстой кишки. Ремиссия ЯК определяется исчезновением основных клинических симптомов заболевания и заживлением слизистой оболочки толстой кишки; выделяют клиническую, эндоскопическую и гистологическую ремиссию. Современная стратегия ведения пациентов основана на концепции "лечение до достижения цели" ("treat-to-target"), предполагающей достижение клинической, эндоскопической, и в идеале, гистологической ремиссии с целью предупреждения осложнений и изменения естественного течения заболевания[1].

ЯК представляет собой глобальную проблему здравоохранения с выраженными географическими различиями в заболеваемости и распространенности. Самые высокие показатели заболеваемости ЯК (на 100 тыс. человеко-лет) зарегистрированы в Северной Европе (Фарерские острова — 57,9), Северной Америке (Канада — 23,1) и Австралазии (Австралия — 17,4). Самые высокие показатели распространенности (на 100 тыс. населения) наблюдаются в Северной Европе (Норвегия — 505) и Северной Америке (США — 286). В большинстве регионов заболеваемость составляет от 5 до 15 на 100 тыс., однако в Скандинавии по необъяснимым причинам годовая заболеваемость превышает 40 на 100 тыс. [1-4].

Эпидемиология ЯК отражает общую эволюцию ВЗК как хронических воспалительных заболеваний, ассоциированных с индустриализацией. В соответствии с современной концепцией глобального развития ВЗК выделяют этапы возникновения заболевания, роста заболеваемости, нарастания распространенности и последующего эпидемиологического равновесия. В странах с высоким уровнем дохода заболеваемость ВЗК в целом стабилизируется или снижается, однако распространенность остается высокой и продолжает увеличиваться. Напротив, в новых индустриальных странах Азии, Латинской Америки и Ближнего Востока наблюдается быстрый рост заболеваемости, напоминающий эпидемиологические тенденции, ранее характерные для западных стран в XX в. [1-4].

По данным мультицентрового анализа глобального бремени ВЗК за 1990-2017 гг., число пациентов с ВЗК в мире существенно увеличилось: распространенность выросла с 79,5 до 84,3 случая на 100 тыс. населения, а общее число больных ВЗК в 2017 г. составило около 6,9 млн человек, что на 85,1% выше, чем в 1990 г. Прогностические модели для Канады и Шотландии показывают, что к 2030 г. до 1% населения может жить с ВЗК, что подчеркивает значимость данной группы заболеваний для систем здравоохранения [1-4].

Данные о распространенности и заболеваемости ЯК в Российской Федерации остаются ограниченными. До 2017 г. общенациональное эпидемиологическое исследование ВЗК в России не проводилось; имеющиеся сведения основывались преимущественно на региональных регистрах и многоцентровых исследованиях ESCApe, ESCApe-2 и INTENT, что не позволяет в полной мере оценить истинное бремя ЯК в масштабах страны [5-7].

Характерными особенностями течения ВЗК, в том числе и в России, являются поздняя диагностика и старт таргетной терапии, а также превышение сроков терапии глюкокортикостероидами (ГКС) с высокой частотой повторных курсов ГКС. Так, по данным исследования INTENT [7] было продемонстрировано, что пациенты в нашей стране получали от 2 до 7 повторных курсов ГКС до назначения таргетной терапии, что не соответствует национальным и международным клиническим рекомендациям [7].

По последним опубликованным данным, распространенность ВЗК в Московской области достигала 60,7 случая на 100 тыс. населения, в Иркутске — 74,9 случая на 100 тыс. населения, в Республике Татарстан — 40 случаев на 100 тыс. населения, в Новосибирской области — 49 случаев на 100 тыс. населения. Ориентировочно общая заболеваемость ВЗК в России может достигать 4,1 случая на 100 тыс. населения для ЯК и 0,8 случая на 100 тыс. населения для болезни Крона (БК). Распространенность ВЗК оценивается в диапазоне 16,6-29,8 случая на 100 тыс. населения с ежегодно регистрируемым приростом 11,3% для ЯК. Наибольшее число случаев ВЗК, согласно данным Национального регистра, отмечено в Москве и Московской области, Санкт-Петербурге, Кемеровской и Нижегородской областях [5, 7].

[1] Клинические рекомендации "Язвенный колит", 2024. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/193_2.

По состоянию на 01.12.2024 в Национальном регистре отражены данные 3827 пациентов, включая 2358 пациентов с ЯК и 1469 пациентов с БК [5,7], на 05.2026 г. — в Северо-Западный регистр пациентов с ВЗК внесены 1710 пациентов, из них 1017 с ЯК и 693 с БК [6, 7]. В российской популяции пациентов с ВЗК, по опубликованным данным, средний возраст дебюта заболевания составляет 35,3 года для ЯК и 31,2 года — для БК. Детальный анализ показал, что средние сроки от начала симптомов до установления диагноза составляют 2,9 года (34,8 мес.) при БК и 1,1 года (13,2 мес.) — при ЯК [7]. По данным Северо-Западного регистра пациентов с ВЗК, у 89,3% пациентов с ЯК период для установления диагноза при наличии симптомов занял 2 года и менее. Однако у 6,2% больных эти сроки составили от 3 до 5 лет, у 3,2% — 6-10 лет, у 1,3% — более 10 лет [6, 7].

Согласно данным российских исследований в настоящее время в Российской Федерации преобладает ЯК с распространенным характером воспаления (левосторонним и тотальным). Европейская популяция демонстрирует значительно более высокие показатели частоты дистального колита, варьирующие в разных странах и разных временных интервалах от 27% до 60% [7]. В некоторых странах отмечен рост заболеваемости ВЗК в возрасте старше 60 лет, что является фактором плохого прогноза ЯК, т.к. у этой категории больных повышена вероятность ранних колэктомий и риск развития колоректального рака, однако, данные национального Регистра пока не свидетельствуют о такой тенденции в России [7].

Учитывая хронический характер заболевания, необходимость длительной иммуносупрессивной терапии, риск хирургических вмешательств и развитие осложнений, пациенты с ЯК требуют диспансерного наблюдения (ДН).

ДН пациентов с ЯК направлено на:

- поддержание бесстероидной ремиссии;
- снижение частоты обострений;
- профилактика и своевременное выявление осложнений (перфорации, кишечные кровотечения, токсическая дилатация, тромбозы, рак толстой кишки);
- мониторинг безопасности и эффективности медикаментозной терапии;
- скрининг злокачественных новообразований;
- профилактику инвалидизации и снижение частоты госпитализаций.

Основными источниками информации по клиническим аспектам проведения ДН пациентов с ЯК являются Клинические рекомендации "Язвенный колит"[1] и стандарт медицинской помощи взрослым при ЯК, утвержденный приказом Минздрава России от 14 декабря 2021 г. № 1144н[2]. ДН пациентов с ЯК врачом-терапевтом[3] осуществляется в соответствии с приказом Минздрава России от 15 марта 2022 г. № 168н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми"[4].

Постановка пациента на ДН должна быть осуществлена в течение трех дней после:

1) установления диагноза при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях;

2) получения выписного эпикриза из медицинской карты стационарного больного по результатам оказания медицинской помощи в стационарных условиях[4].

Диагноз ЯК устанавливается на основании совокупности клинических, лабораторных, эндоскопических, морфологических и инструментальных данных.

Критерии установления диагноза ЯК

Однозначных патогномоничных диагностических критериев ЯК не существует; диагноз выставляется на основании сочетания характерных клинических симптомов и типичных эндоскопических и гистологических изменений[1].

Критериями, учитываемыми при установлении диагноза ЯК, являются:

- *анамнестические данные:* длительность симптомов, характер дебюта, частота и характер стула, наличие примеси крови, тенезмов, ночной диареи, абдоминального болевого синдрома, приема антибиотиков и нестероидных противовоспалительных препаратов, перенесенных кишечных инфекций, факта курения, семейного анамнеза ВЗК и колоректального рака;
- *данные физикального обследования*, включая оценку общего состояния, признаков лихорадки, анемии, дефицита питания, периферических отеков, внекишечных проявлений, признаков перфорации или токсической дилатации толстой кишки, а также обязательный осмотр перианальной области и пальцевое исследование прямой кишки;
- *лабораторные данные:* общий анализ крови (анемия, лейкоцитоз, тромбоцитоз, повышение скорости оседания эритроцитов), повышение

[2] Приказ Минздрава России от 14.12.2021 № 1144н "Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при язвенном колите (диагностика и лечение)". http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202201140011.

[3] Врач-терапевт — врач-терапевт участковый, врач общей практики (семейный врач), врач-терапевт участковый цехового врачебного участка, фельдшер фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского здравпункта) в случае возложения на него руководителем медицинской организации отдельных функций лечащего врача, в том числе по проведению диспансерного наблюдения, в порядке, установленном приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 марта 2012 г. № 252н.

[4] Приказ Минздрава России от 15.03.2022 № 168н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми" http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202204210027.

doi: 10.15829/3034-4123-2026-159

уровня С-реактивного белка, биохимические маркеры белкового и электролитного обмена, показатели функции печени и почек, исследование кала на токсины *Clostridioides difficile* при обострении, а также исключение острой кишечной инфекции при первой атаке заболевания;

- *эндоскопические данные:* диффузное воспаление слизистой оболочки толстой кишки, начинающееся в прямой кишке и распространяющееся проксимально, контактная ранимость, исчезновение сосудистого рисунка, эрозии и изъязвления;
- *морфологические данные* биопсии слизистой оболочки толстой кишки, необходимые для верификации диагноза, дифференциальной диагностики и исключения дисплазии при длительном анамнезе заболевания. К микроскопическим признакам ЯК относятся деформация крипт (разветвленность, разнонаправленность, появление крипт разного диаметра, уменьшение плотности крипт, "укорочение крипт", крипты не достигают подлежащего слоя мышечной пластинки слизистой оболочки), "неровная" поверхность слизистой в биоптате слизистой оболочки, уменьшение числа бокаловидных клеток, базальный плазмоцитоз, инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки моноядерными клетками с примесью сегментоядерных лейкоцитов и эозинофилов, наличие крипт-абсцессов и базальных лимфоидных скоплений. Степень воспалительной инфильтрации обычно уменьшается по мере удаления от прямой кишки[1].

ВАЖНО!

Наличие одного изолированного признака не является достаточным для установления диагноза ЯК. Требуется комплексная оценка клинико-лабораторных и инструментальных данных с обязательным исключением инфекционной и другой органической патологии толстой кишки.

ДН пациентов с ЯК представляет собой ключевой элемент стратегии ведения данного заболевания, направленный на изменение его естественного течения, снижение риска осложнений и улучшение долгосрочных клинических исходов.

Таблица

Алгоритм проведения ДН

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)[5]	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов[4]	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом[1,4]
К51 Язвенный колит	Первое посещение: при взятии под ДН, направление пациента на профилактический медицинский осмотр или диспансеризация определенных групп взрослого населения; В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	***Сбор жалоб с оценкой их динамики:*** Сбор жалоб у пациента с ЯК является ключевым этапом диспансерного приема и направлен на оценку текущей активности заболевания, выявление признаков обострения, осложнений, внекишечных проявлений, нежелательных явлений терапии и факторов, требующих изменения тактики ведения пациента. *Кишечный синдром* Частота и характер стула Необходимо уточнить: • количество дефекаций в сутки; • консистенцию стула (жидкий, кашицеобразный, водянистый); • наличие примеси крови, слизи, гноя; • объем кровянистых выделений: прожилки крови, видимая кровь, преимущественно кровь; • наличие ночных дефекаций; • эпизоды недержания; • связь учащения стула с приемом пищи, стрессом, инфекцией, приемом лекарственных препаратов, включая антибиотики и НПВП; • наличие императивных позывов к дефекации; • частоту ложных позывов; • наличие тенезмов; • ощущение неполного опорожнения кишечника. Для ЯК характерны диарея, нередко в ночное время, и примесь крови в стуле. Кровь в стуле является одним из наиболее типичных симптомов заболевания и должна оцениваться на каждом диспансерном приеме. При проктите диарея может отсутствовать, а в клинической картине могут преобладать тенезмы, императивные позывы и ощущение неполного опорожнения прямой кишки, поэтому их необходимо оценивать отдельно, а не только в рамках общего подсчета дефекаций.

[5] Международная классификация болезней 10-го пересмотра. https://mkb-10.com/.

Таблица. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)[5]	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов[4]	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом[1,4]
		Абдоминальный болевой синдром Необходимо уточнить: • локализация; • интенсивность болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале; • характер боли: спастическая, схваткообразная, постоянная, распирающая; • связь с приемом пищи/дефекацией, другими провоцирующими факторами; • наличие симптомов кишечной непроходимости (схваткообразные боли, вздутие, задержка стула и газов, появление симптомов раздражения брюшины); • динамику болевого синдрома по сравнению с предыдущим визитом. Для ЯК выраженная боль в животе менее характерна, чем для БК, однако умеренный спастический абдоминальный болевой синдром может наблюдаться, чаще перед дефекацией. Появление выраженной постоянной боли в животе, вздутия, лихорадки, тахикардии, резкой слабости, задержки стула и газов, перитонеальных симптомов или ухудшения общего состояния у пациента с ЯК требует исключения токсической дилатации, перфорации толстой кишки, тяжелого кишечного кровотечения и других осложнений. *Признаки системного воспаления и метаболических нарушений* Необходимо уточнить наличие: • повышения температуры тела; • общей слабости; • изменение массы тела; • ночной потливости; • снижения аппетита и работоспособности; • тошноты; • сердцебиения; • признаков обезвоживания (жажда, сухость во рту, уменьшение объема мочи, головокружение); • мышечной слабости; • отеков; • симптомов анемии и нутритивных дефицитов (выпадение волос, ломкость ногтей и пр.). *Внекишечные проявления* Необходимо уточнить: • боли и припухлость суставов, утреннюю скованность, ограничение подвижности; • боли в спине (воспалительный характер боли в нижней части спины); • кожные проявления (узловатая эритема, гангренозная пиодермия и пр.); • симптомы поражения глаз (боль, покраснение, светобоязнь); • симптомы поражения печени и билиарного тракта (кожный зуд; желтушность кожи и склер; потемнение мочи; обесцвечивание кала; боль или тяжесть в правом подреберье). Особое значение имеет выявление симптомов, подозрительных на первичный склерозирующий холангит, поскольку это состояние ассоциировано с ЯК и требует отдельного наблюдения, лабораторного и инструментального контроля, а также более тщательного скрининга колоректального рака, гепатоцеллюлярной и холангиоцеллюлярной карциномы (Приложение 1). **Сбор анамнеза** Сбор анамнеза у пациентов с ЯК направлен на уточнение характера дебюта заболевания, протяженности поражения толстой кишки, тяжести и варианта течения, частоты обострений, эффективности ранее проводимой терапии, наличия осложнений, внекишечных проявлений и факторов неблагоприятного прогноза. Анамнестические данные являются важной частью клинической оценки пациента с ЯК и должны сопоставляться с результатами лабораторных, эндоскопических, морфологических и инструментальных исследований. При ДН особенно важно оценивать не только исходные сведения о заболевании, но и динамику течения ЯК: частоту рецидивов, длительность ремиссий, потребность в системных ГКС, госпитализациях, изменении терапии и хирургических вмешательствах.

doi: 10.15829/3034-4123-2026-159

Таблица. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)[5]	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов[4]	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом[1,4]
		Анамнез данного заболевания • **Начало болезни:** возраст начала заболевания; характер дебюта (острое или постепенное начало); первые проявления (диарея, боль в животе, снижение массы тела, лихорадка); наличие внекишечных симптомов на момент дебюта, обстоятельства, предшествовавшие дебюту (кишечная инфекция, прием антибиотиков, НПВП, стрессовые факторы, изменение питания, поездки, госпитализация). • **Характер течения:** длительность заболевания; острое, хроническое непрерывное или хроническое рецидивирующее; частоту обострений за последний год; количество госпитализаций по поводу ЯК; наличие обращений за экстренной или неотложной медицинской помощью. • **Протяженность поражения толстой кишки.** По данным ранее выполненных обследований уточняется: пораженные отделы толстой кишки (проктит, проктосигмоидит, левосторонний колит, тотальное поражение толстой кишки, наличие ретроградного илеита); динамика протяженности поражения (по данным повторных эндоскопических исследований). Для описания протяженности поражения используется Монреальская классификация ЯК: проктит (Е1), левосторонний колит (Е2), тотальный колит/панколит (Е3). Проктосигмоидит включается в понятие левостороннего ЯК, а тотальный колит включает субтотальное поражение ободочной кишки проксимальнее левого изгиба (Приложение 2). • **Тяжесть атак заболевания:** тяжесть первой атаки ЯК; тяжесть последнего обострения; частоту тяжелых обострений; потребность в системных ГКС; Для правильного формулирования диагноза и определения тактики лечения следует оценивать тяжесть текущего обострения (атаки), для чего используются простые критерии Трулава-Уиттса (Truelove-Witts) (Приложение 3). В клинических исследованиях также используется индекс активности ЯК — индекс Мейо. (Приложение 4). • **Ранее проводимая терапия.** Следует подробно отразить все ранее применявшиеся лекарственные препараты, их дозы, путь введения, длительность применения, эффективность и причины отмены. Отдельно фиксируется: стероидозависимость; стероидорезистентность; наличие иммуносупрессивной и ГИБТ, потеря ответа на иммуносупрессивную терапию, ГИБТ и ТИС. • **Факторы риска и сопутствующие обстоятельства:** перенесенные кишечные инфекции; прием НПВП и антибиотиков; семейный анамнез воспалительных заболеваний кишечника; сопутствующие аутоиммунные заболевания. • **Оценка текущего этапа заболевания:** длительность текущего обострения; динамика симптомов; ответ на текущую терапию; наличие признаков прогрессирования. • **Оперативные вмешательства:** вид операции; дата выполнения; объем вмешательства; наличие послеоперационных осложнений. ***Анамнез жизни*** • **Образование и профессиональный анамнез:** образование, профессия и профессионально-производственные условия, наличие (и каких) неблагоприятных профессиональных факторов. Уточнить контакт с токсичными веществами в рамках профессиональной деятельности; • **Жилищные условия** (удовлетворительные или неудовлетворительные), режим питания и его характеристика (полноценное, рациональное, злоупотребление поваренной солью, жирами и т. д.), характеристика личного гигиенического режима (физическая активность, прогулки, занятия спортом). • **Перенесенные заболевания и травмы**, контузии ранения (при наличии сопутствующих заболеваний вне обострения и не влияющих на тяжесть состояния больного, описать их в этом разделе). • **Привычные интоксикации:** курение, злоупотребление алкоголем, наркотики, как часто и с какого возраста. • **Гинекологический анамнез:** начало менструаций, число беременностей, родов, абортов. При наличии климакса — с какого возраста, его проявления. • **Наследственность:** здоровье и причина смерти родителей, братьев, сестер (особое внимание обратить на патологию, имеющую значение для заболевания больного). • **Семейная жизнь:** время женитьбы (замужества), здоровье детей.

Таблица. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)[5]	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов[4]	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом[1,4]
		• **Аллергологический анамнез:** переносимость лекарств, наличие аллергических реакций на лекарственные препараты, пищевые продукты и т.п. с описанием клиники аллергической реакции (в виде вазомоторного ринита, крапивницы, отека Квинке и др.). • **Эпидемиологический анамнез:** перенесенные инфекционные заболевания, наличие в анамнезе переливания крови, оперативных вмешательств, стоматологических процедур, парентерального введения лекарственных и прочих веществ, пирсинга, татуировок; выезд за пределы постоянного места жительства в течение последних 6 мес., контакт с инфекционными больными. • **Страховой анамнез**: работает или не работает, пенсионер, длительность последнего больничного листка, общая продолжительность больничных листков по данному заболеванию за последние 12 мес. Наличие и группа инвалидности с какого года.
		Физикальное обследование Физикальное обследование пациента с ЯК проводится с целью оценки активности заболевания, выявления осложнений, внекишечных проявлений и признаков нутритивной недостаточности. Объем обследования определяется клинической ситуацией и проводится на каждом диспансерном приеме. ***Данные объективного исследования больного*** • **Общее состояние** (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое). • **Сознание** (ясное, спутанное, сопор, кома). • **Положение** (активное, пассивное, вынужденное с его особенностями). • **Телосложение** • **Рост** • **Вес** • **ИМТ** • **Окружность талии** • **Тип конституции** (нормостеник, астеник, гиперстеник). • **Температура тела** • **Осмотр кожных покровов и слизистых.** Цвет кожи (бледность — возможная анемия). Наличие высыпаний (узловатая эритема, гангренозная пиодермия и пр.). Сухость кожи. Отеки (в т.ч. по причине гипоальбуминемии). Осмотр слизистой полости рта (афтозный стоматит). • **Осмотр глаз.** Наиболее важными симптомами, требующими настороженности, являются боль в глазу, светобоязнь, затуманивание или снижение зрения, выраженное покраснение глаза, слезотечение, ощущение инородного тела, а также болезненность при движении глазного яблока. Эписклерит (локальное или диффузное покраснением глаза, чаще без выраженной боли, лёгкий дискомфорт, чувство раздражения, умеренное жжение или слезотечение, зрение, как правило, не нарушается). Передний увеит/ иридоциклит (боль в глазу, светобоязнь, слезотечение, покраснение вокруг роговицы, затуманивание зрения или его снижение, возможны головная боль и ощущение давления в глазу). Склерит (боль в глазу, усиливается при движении глазного яблока и пальпации, которая может иррадиировать в висок, лоб, челюсть или область орбиты, покраснение обычно выраженное, с багрово-фиолетовым оттенком, слезотечение, светобоязнь и снижение зрения). Кератопатия (ощущение инородного тела, резью, жжением, слезотечением, светобоязнью и затуманиванием зрения, симптомы могут усиливаться при моргании и воздействии яркого света). Синдром сухого глаза (сухость, жжение, ощущение песка или инородного тела в глазах, покраснением, утомляемостью глаз, периодическим затуманиванием зрения и дискомфортом при работе за экраном или в сухом воздухе, иногда пациенты отмечают парадоксальное слезотечение, связанное с раздражением глазной поверхности) Приложение 1. • **Лимфатические узлы.** Пальпация периферических лимфатических узлов. • **Осмотр и пальпация щитовидной железы.** • **Опорно-двигательный аппарат.** Степень развития мышц, их тонус и сила. Активная и пассивная подвижность суставов, их деформация, припухлость, болезненность, ограничение функции, хруст при движении. • **Система органов кровообращения:** частота сердечных сокращений, артериальное давление (на правой и левой руке). Состояние вен — осмотр и ощупывание вен. Осмотр и ощупывание сердечной области. Аускультация во всех пяти точках выслушивания сердца. Шумы: их характер (систолический, пресистолический, диастолический), локализация, сила, тембр, проведение шумов. *Тахикардия может быть проявлением системного воспаления, анемии или интоксикации.*

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-159

Таблица. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)[5]	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов[4]	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом[1,4]
		• **Система органов дыхания.** Форма грудной клетки. Тип дыхания. Равномерность движения грудной клетки при дыхании. Глубина, ритм, частота дыхания в минуту. Одышка и ее характер. Голосовое дрожание на передней, боковой и задней поверхности (симметричность или усиление с одной из сторон). Топографическая перкуссия легких: Перкуторное определение нижней границы легочного звука слева и справа по опознавательным линиям. Сравнительная перкуссия легких, характер перкуторного звука в различных симметричных отделах легкого по передней, боковой и задней поверхностям. Аускультация легких: характер дыхательных шумов, хрипы, их локализация, количество, характер (сухие и влажные), крепитация, шум трения плевры. *Специфические изменения для ЯК, как правило, отсутствуют, однако важно исключить инфекционные осложнения.* • **Система органов пищеварения и брюшной полости.** Осмотр полости рта и зева (афты). Живот — участие в акте дыхания, форма, симметричность, особенности кожи живота, выбухание брюшной стенки в отдельных областях, вздутие, грыжи, расхождение прямых мышц, состояние пупка. Видимая перистальтика. Поверхностная пальпация живота: в подложечной области, в подреберьях, в боковых, околопупочном и подвздошных отделах, над лоном. Определение болезненности, а также зон повышенной чувствительности. Глубокая пальпация кишечника и желудка (область пальпации, форма, подвижность, уплотнение, плеск, урчание). При пальпации новообразований указывается их локализация, размер болезненность. Определение методом перкуссии наличия свободной жидкости в брюшной полости в различных положениях больного, феномен флюктуации. Перкуторное определение размеров печени по Курлову. Пальпация печени и определение степени ее выступания из-под реберной дуги, консистенция, болезненность, характер края. Наличие пульсации печени. Пальпация желчного пузыря. Симптомы Мерфи, Ортнера. При исследовании поджелудочной железы проводится глубокая пальпация в холедохо-панкреатико-дуоденальной зоне и в области между пупком и левым подреберьем (по Гротту). Указываются болезненность, увеличение размеров. Селезенка. Пальпация селезенки (выстояние нижнего полюса из-под реберной дуги, плотность, болезненность, характер края). Перкуторное определение ее границ по Курлову. • Обязательное пальцевое ректальное исследование, при наличии осложнений ЯК рекомендован осмотр/консультация врача-колопроктолога или врача-хирурга. Цели: 1) оценка тонуса, силы волевых сокращений сфинктера заднего прохода. 2) исключение опухолевых образований прямой кишки и ануса; воспаления, тромбоза геморроидальных узлов, недостаточности анального сфинктера, зияние анального канала, расширения ампулы прямой кишки (мегаректум). • **Мочеполовая система.** Частота и объем мочеиспускания. Никтурия. • **Нервная система.** Общая неврологическая оценка (при необходимости). *Специфические изменения не характерны, но возможна оценка общего состояния.*
		Лабораторные диагностические исследования ***На каждом диспансерном приеме*** • Общий (клинический) анализ крови развернутый; • СОЭ; • СРБ; • Фекальный кальпротектин. При терапии иммуносупрессорами дополнительно: • Биохимический анализ крови (общий белок, альбумин, АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТП, амилаза, креатинин, мочевина, электролиты крови (K^+, Na^+, Cl^-)); ***Лабораторные исследования по показаниям*** • Биохимический анализ крови (общий белок, альбумин, глюкоза, АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТП, лактатдегидрогеназа, общий билирубин, холестерин, креатинин, мочевина, электролиты крови (K^+, Na^+, Cl^-)) — при первичной диагностике, при подозрении на сопутствующую патологию, мониторинг безопасности медикаментозной терапии. • Сывороточное железо, ферритин, трансферрин, общая железосвязывающая способность сыворотки (при анемии, подозрении на железодефицитные состояния); • Витамин B_{12}, фолиевая кислота (при макроцитарной анемии, признаках мальабсорбции);

Таблица. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)[5]	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов[4]	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом[1,4]
		• Исследование кала на токсины *Cl. difficile* методами: иммуноферментного анализа с определением токсинов А и В и/или иммунохемилюминесцентного анализа с определением токсинов А и В и/или полимеразной цепной реакции, с последующей обязательной оценкой токсинов А и В при положительном результате[6]. (при обострении ЯК, внезапном усилении диареи, недавней антибиотикотерапии, госпитализации, тяжелой атаке, стероидорезистентности или отсутствии ответа на лечение); • Исследование кала на кишечные инфекции (при первой атаке ЯК, остром начале диареи, лихорадке, эпидемиологическом анамнезе, поездках, необходимости дифференциальной диагностики с острой кишечной инфекцией); • Исследование кала на паразитов и гельминтов (при диарее неясного генеза, поездках в эндемичные регионы, первичной диагностике); • Коагулограмма, Д-димер, фибриноген (при тяжелой атаке ЯК, госпитализации, подозрении на тромбоз или тромбоэмболические осложнения); • Общий анализ мочи (перед началом терапии, при мониторинге безопасности лечения, подозрении на сопутствующую патологию или осложнения).
		Инструментальные диагностические исследования ***На каждом диспансерном приеме*** • Трансабдоминальное УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза (при возможности лечебно-профилактического учреждения оценка толщины кишечной стенки, воспалительных изменений, инфильтратов, осложнений) **Обследования по показаниям:** • Колоноскопия с осмотром терминального отдела подвздошной кишки и биопсией (при подозрении на рецидив заболевания, для оценки активности заболевания, контроля эффективности терапии, подтверждения ремиссии или рецидива). При длительном анамнезе ЯК (>7-10 лет) целесообразна хромоэндоскопия с прицельной биопсией или ступенчатая биопсия (из каждого отдела толстой кишки) для исключения дисплазии эпителия. Рекомендуемым стандартом биопсии при постановке диагноза является взятие биоптатов слизистой оболочки прямой кишки и не менее чем из 4 других участков толстой кишки, а также слизистой оболочки подвздошной кишки. Рекомендуется всем пациентам ЯК в стадии клинической ремиссии выполнение колоноскопии не реже, чем каждые 3 года. • Сигмоидоскопия без подготовки (при первичной диагностике у пациентов с выраженной активностью ЯК) • Обзорная рентгенография брюшной полости (при первичной диагностике у пациентов с выраженной активностью ЯК, при симптомах кишечной непроходимости, токсической дилатации, перфорации толстой кишки) • МРТ толстой кишки с контрастированием или КТ с контрастированием кишечника (КТ толстой кишки с ретроградным контрастированием, КТ толстой кишки с двойным контрастированием, КТ тонкой кишки с контрастированием, КТ тонкой кишки с двойным контрастированием) (в случае недоступности экспертной оценки или невозможности выполнения МРТ) — всем пациентам с подозрением на ЯК при необходимости дифференциальной диагностики или при невозможности проведения полноценной илеоколоноскопии; • Ирригоскопия с двойным контрастированием (пациентам с подозрением на ЯК при необходимости дифференциальной диагностики или при невозможности проведения полноценной колоноскопии, МРТ и КТ для оценки протяженности поражения толстой кишки, уточнения наличия образований, стриктур и т.д.) • УЗИ кишечника ((для оценки толщины, дифференциации слоев, васкуляризации кишечной стенки, наличия воспалительных изменений, инфильтратов, осложнений). При наличии сужений проведение дифференциации воспалительного отека и фиброза)
		Иные диагностические исследования • Патологоанатомическое исследование биопсийного материала (при первичной диагностике, обострении, необходимости уточнения диагноза). Важным при тяжелой атаке ЯК является морфологическое исследование биоптатов и/или проведение ПЦР в материале биоптатов слизистой оболочки толстой кишки (из очагов поражения) на наличие цитомегаловирусной инфекции.

[6] Клинические рекомендации "Энтероколит, вызванный *Clostridioides difficile* (*C. difficile*)", 2024. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/878_1.

doi: 10.15829/3034-4123-2026-159

Таблица. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)[5]	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов[4]	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом[1,4]
		Оценка достижения целевых показателей здоровья • Достижение клинической ремиссии (отсутствие болевого абдоминального синдрома, нормализация частоты и характера стула, отсутствие крови в стуле, отсутствие лихорадки, увеличение массы тела (при ранее существовавшем дефиците), отсутствие внекишечных проявлений и осложнений) • Улучшение качества жизни • Отсутствие потребности в системных ГКС • Нормализация уровня СРБ, СОЭ, фекального кальпротектина, альбумина • Отсутствие анемии • Коррекция дефицита железа, витамина B12, фолиевой кислоты и витамина Д • Отсутствие признаков лекарственной токсичности при мониторинге терапии • Достижение бесстероидной ремиссии • Достижение эндоскопической ремиссии • Стабилизация или улучшение состояния кишечной стенки по данным УЗИ/МРТ • Отсутствие признаков дисплазии эпителия и колоректального рака при эндоскопическом наблюдении у пациентов с длительным анамнезом ЯК • ИМТ — 18,5-24,9 кг/м^2, окружность талии — <94 см (мужчины) и <80 см (женщины).
		Оценка риска неблагоприятных событий У пациентов с ЯК оценка риска неблагоприятного течения необходима для своевременного выявления пациентов высокого риска, определения показаний к консультации врача-гастроэнтеролога/колопроктолога, интенсификации терапии, профилактики осложнений и снижения риска колэктомии. К факторам риска неблагоприятного течения ЯК и риска колэктомии относятся: • возраст установления диагноза <40 лет или >65 лет; • распространенное поражение толстой кишки; • прогрессирование поражения от дистального проктита к тотальному колиту; • высокая активность заболевания по данным эндоскопии; • большие и/или глубокие язвы слизистой оболочки толстой кишки; • наличие внекишечных проявлений; • наличие первичного склерозирующего холангита; • ранняя потребность в системных ГКС, в том числе назначение ГКС в дебюте заболевания; • стероидозависимость; • стероидорезистентность; • отсутствие ответа на терапию 5-АСК, ГКС, иммуносупрессорами, ГИБП или ТИС; • потеря ответа на ранее эффективную биологическую или таргетную терапию; • тяжелое обострение по критериям Truelove-Witts; • сверхтяжелая атака ЯК; • диарея более 10-15 раз в сутки; • прогрессирующая анемия; • лихорадка выше 38 °С; • гипоальбуминемия <27 г/л; • высокий уровень СРБ; • высокий уровень фекального кальпротектина; • кишечные осложнения: массивное кишечное кровотечение, токсическая дилатация, перфорация толстой кишки; • длительный анамнез ЯК, особенно >7-10 лет; • наличие дисплазии эпителия толстой кишки; • наличие колоректального рака у пациента или отягощенный семейный анамнез по колоректальному раку. *Инструменты оценки риска* Клинические шкалы (Приложения 2-4) • критерии Truelove-Witts для оценки тяжести атаки ЯК; • индекс активности ЯК — индекс Мейо; Эндоскопические шкалы (Приложение 4) • эндоскопическая активность по шкале Schroeder;

Таблица. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)[5]	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов[4]	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом[1,4]
		Определение показаний к госпитализации *Показания для госпитализации в круглосуточный или дневной стационар* медицинской организации, оказывающей специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь при ЯК определяются врачом-терапевтом, врачом-гастроэнтерологом и/или врачом-колопроктологом с проведением при необходимости мультидисциплинарного консилиума. *Показанием для госпитализации в медицинскую организацию в экстренной или неотложной форме является*: 1) наличие осложнений ЯК, требующих оказания ему специализированной медицинской помощи в экстренной и неотложной форме; 2) наличие осложнений лечения (хирургическое вмешательство, ГИБТ/ТИС, гормональная и цитостатическая терапия и т.д.) ЯК. *Показанием для госпитализации в медицинскую организацию в плановой форме является:* 1) необходимость выполнения сложных интервенционных диагностических медицинских вмешательств, требующих последующего наблюдения в условиях круглосуточного или дневного стационара; 2) наличие показаний к специализированному лечению ЯК (хирургическое вмешательство, гормональная и цитостатическая терапия, ГИБТ/ТИС), требующему наблюдения в условиях круглосуточного или дневного стационара. *Показанием к выписке пациента из медицинской организации является:* 1) завершение курса лечения, или одного из этапов оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, в условиях круглосуточного или дневного стационара при условии отсутствия осложнений лечения, требующих медикаментозной коррекции и/или медицинских вмешательств в стационарных условиях; 2) отказ пациента или его законного представителя от специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в условиях круглосуточного или дневного стационара, установленной консилиумом медицинской организации, оказывающей лечение ЯК при условии отсутствия осложнений основного заболевания и/или лечения, требующих медикаментозной коррекции и/или медицинских вмешательств в стационарных условиях; 3) необходимость перевода пациента в другую медицинскую организацию по соответствующему профилю оказания медицинской помощи. Заключение о целесообразности перевода пациента в профильную медицинскую организацию осуществляется после предварительной консультации по предоставленным медицинским документам и/или предварительного осмотра пациента врачами специалистами медицинской организации, в которую планируется перевод.
		Установление или уточнение диагноза заболевания (состояния) При формулировке диагноза необходимо указывать все его рубрики, учитывать современные требования законодательства Российской Федерации и принципы кодирования согласно правилам МКБ-10 пересмотра: • основное заболевание, • конкурирующее заболевание (при наличии), • сочетанное заболевание (при наличии), • фоновое заболевание (при наличии), • осложнения основного заболевания (конкурирующего, сочетанного, фонового заболеваний — при наличии), сопутствующие заболевания (при наличии) ***Структура развернутого диагноза:*** а) нозологическая форма заболевания — ЯК; б) характер течения заболевания (острое течение — <6 мес. от дебюта заболевания; хроническое непрерывное течение — длительность ремиссии <6 мес. на фоне адекватной терапии; хроническое рецидивирующее течение — длительность ремиссии >6 мес.); в) протяженность поражения толстой кишки в соответствии с Монреальской классификацией; г) тяжесть текущей атаки или наличие ремиссии (критерии Truelove-Witts и индекс активности ЯК — индекс Мейо);

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-159

Таблица. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)[5]	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов[4]	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом[1,4]
		д) наличие стероидной зависимости или стероидорезистентности; е) наличие внекишечных проявлений; ж) наличие кишечных осложнений. *Примеры формулировок диагноза:* Язвенный колит, хроническое рецидивирующее течение, проктит (Е1), среднетяжелая атака Язвенный колит, хроническое непрерывное течение, левостороннее поражение (Е2), среднетяжелая атака. Стероидозависимость. Внекишечные проявленият (периферическая артропатия) Язвенный колит, хроническое рецидивирующее течение, тотальное поражение (Е3), тяжелая атака. Стероидорезистентность. Токсическая дилатация толстой кишки.
		Назначение по медицинским показаниям профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий *Проведение индивидуального КПК* Проведение КПК и разъяснение лицу с высоким риском развития угрожающего жизни заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) или их осложнения, а также лицам, совместно с ним проживающим, правил действий при их развитии и необходимости своевременного вызова скорой медицинской помощи[4]. В рамках КПК пациент должен получить общие рекомендации (основы здорового образа жизни) и, в зависимости от имеющихся факторов риска, краткие рекомендации по конкретным факторам риска. КПК ограничено по времени (не >10 мин), поэтому проведение его рекомендуется по структурированной схеме [8]: • разъяснение результатов обследования и рекомендации, выдача информационных материалов/памяток при необходимости • информирование о необходимости регулярных визитов в рамках ДН **не реже 1 раза в год** (по показаниям — чаще), о рекомендуемых для пациента целевых уровнях показателей состояния здоровья, о возможности получения углубленного профилактического консультирования группового/индивидуального (при наличии) • с целью экономии средств и рабочего времени медперсонала и пациента целесообразно первое проведение в текущем году диспансерного осмотра (приема) совмещать с приемом (осмотром) пациента, проводимого в рамках профилактического медицинского осмотра или диспансеризации назначение даты следующего диспансерного приема
		Направление на вакцинацию **ВАЖНО!** Вакцинация не противопоказана пациентам с ЯК и должна быть рекомендована как можно раньше. Информировать пациента о необходимости иммунизации согласно национальному календарю профилактических и календарю профилактических прививок по эпидемическим показаниям, возможных поствакцинальных реакциях и осложнениях, а также последствиях отказа от иммунизации и, в случае положительного решения — направить в кабинет вакцинопрофилактики (прививочный кабинет)[7]. Всем пациентам с ЯК рекомендовано оценить вакцинальный статус при диагностике и регулярно (не реже 1 раза в год) мониторировать его. Документированная привитость заменяет серологический скрининг. При отсутствии документов проводится серологическое исследование.

[7] Приказ Минздрава России от 06 декабря 2021 г. № 1122н "Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок" СПС Консультант Плюс.

Таблица. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)[5]	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов[4]	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом[1,4]
		Инактивированные вакцины применяются независимо от лечения ЯК. Живые вакцины вводятся до начала иммуносупрессивной терапии (с интервалом ≥3-4 нед. до её старта) либо в период минимальной дозы иммуносупрессанта. В настоящее время нет однозначных данных об оптимальном интервале между возможным применением живых вакцин после завершения иммуносупрессивной терапии. Дозой ГКС, вызывающей иммуносупрессию, является для преднизолона 2 мг/кг/сут, принимаемой в течение 14 дней и более; введение живых вакцин этим пациентам допускается через 1 месяц и более после окончания терапии При высоком риске инфекции вопрос о введении живых вакцин на фоне терапии решается индивидуально[1,8] [9]. Контроль напряженности иммунитета не ранее, чем через 1 мес. после завершенной вакцинации. Следует вакцинировать родных и близких, тесно контактирующих с больными. Этот подход называется "кокон-вакцинацией" [10]. Рекомендуемые вакцины для пациентов с ЯК: • против гриппа — ежегодно, особенно пациентам старше 65 лет и с наличием других ХНИЗ для снижения риска смерти; • от пневмококковой инфекции, особенно пациентам старше 65 лет и с наличием других ХНИЗ для снижения риска смерти; • против гепатита В, ветряной оспы, кори, краснухи, эпидемического паротита — перед началом иммуносупрессивной терапии, если нет данных о перенесённом заболевании или вакцинации; • против COVID-19 — с осторожностью, индивидуально, с учётом активности заболевания и терапии, при отсутствии модифицированных вакцин под новые штаммы; • для женщин до 26 лет, при отсутствии вируса па момент скрининга рекомендуется вакцинация от вируса папилломы человека. • при подготовке к беременности и во время беременности — вакцинация по национальному календарю с учётом периода заболевания и получаемой терапии. • проверка/составление индивидуального плана вакцинопрофилактики, при наличии показаний и согласии пациента направление в прививочный кабинет для проведения иммунизации. ***Назначение (корректировка) немедикаментозного и медикаментозного лечения*** Назначение (корректировка) медикаментозного лечения проводится согласно клиническим рекомендациям по заболеванию (состоянию), по поводу которого больной состоит на ДН, а также с учетом рекомендаций врачей-специалистов (при наличии таких рекомендаций). **Немедикаментозная терапия** • Рекомендации по питанию Приложение 5. • Отказ от употребления алкоголя [11] • Отказ от употребления табака • Физическая активность **Медикаментозная терапия** Назначение и коррекция медикаментозной терапии пациентам с ЯК проводится в соответствии с клиническими рекомендациями "Язвенный колит"[1] и с учетом рекомендаций врача-гастроэнтеролога/врача-колопроктолога. Выбор терапии определяется тяжестью атаки, протяженностью поражения толстой кишки, наличием внекишечных проявлений, осложнений, эффективностью и безопасностью ранее проводимого лечения, а также факторами неблагоприятного прогноза (см. раздел "Оценка риска неблагоприятных событий"). Основной целью терапии ЯК является достижение и поддержание длительной бесстероидной клинико-эндоскопической, и в идеале, гистологической ремиссии, профилактика осложнений, снижение частоты госпитализаций, хирургических вмешательств, риска колоректального рака и улучшение качества жизни пациента.

[8] Письмо Министерства здравоохранения России от 13.06.2025 № 30-0/И/2-11677 "О направлении методических рекомендаций "Иммунизация иммунокомпрометированных пациентов"" https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_526326.

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-159

Таблица. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)[5]	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов[4]	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом[1,4]
		Медикаментозная терапия подразделяется на: — *средства для индукции ремиссии:* препараты 5-АСК, системные и топические ГКС, тиопурины, метотрексат, ГИБП (анти-ФНО, устекинумаб, ведолизумаб, гуселькумаб), JAK-ингибиторы и антибиотики; — *средства для поддержания ремиссии:* 5-АСК, тиопурины, метотрексат, биологические препараты и JAK-ингибиторы; Приложения 6-10. — *вспомогательную терапию:* коррекция анемии, белково-электролитных нарушений, дефицитов нутриентов, профилактика остеопороза и инфекционных осложнений. ***Вспомогательная терапия:*** **ВАЖНО!** ГКС не применяются в качестве поддерживающей терапии ЯК. После достижения ремиссии пациент должен оставаться на постоянной поддерживающей противорецидивной терапии. *Белково-электролитные и метаболические нарушения:* Метаболические расстройства при ЯК связаны с токсемией, потерей белка с калом, нарушением всасывания воды и электролитов; клинически проявляются снижением массы тела, гипопротеинемией, гипоальбуминемией, отёками, гипокалиемией и гиповитаминозом. Гипоальбуминемия является неблагоприятным прогностическим фактором течение ЯК. *Показания для коррекции:* • среднетяжёлый или тяжёлый ЯК; • потеря массы тела; • гипопротеинемия; • гипоальбуминемия; • отёчный синдром; • гипокалиемия и другие электролитные нарушения; • выраженная интоксикация и системное воспаление. *Тактика в отношении пациента:* • коррекция водно-электролитных нарушений; • коррекция гипопротеинемии и гипоальбуминемии; • нутритивная поддержка при дефиците массы тела, ИМТ <18 кг/м^2, рекомендуется дополнительное энтеральное, в том числе зондовое, питание, сиппинг или парентеральное питание для улучшения нутритивного статуса; • коррекция дефицитов витаминов и микроэлементов; • лечение основного воспалительного процесса, так как гипоальбуминемия часто отражает активность ЯК. *Коррекция анемии:* Показания для коррекции: • снижение уровня гемоглобина; • признаки железодефицитной анемии; • анемия хронических заболеваний; • подозрение на B_{12}- или фолат-дефицитную анемию. Для своевременного обнаружения анемии рекомендовано проводить мониторинг уровня гемоглобина, железа, трансферрина, ферритина, гематокрита, уровня эритроцитов. При необходимости дифференциальной диагностики анемии дополнительно оценивают уровень фолиевой кислоты, витамина B_{12}. Тактика в отношении пациента: • при Hb <80 г/л — гемотрансфузия эритроцитов; • при Hb 80--100 г/л — парентеральная терапия препаратами железа: железа (III) гидроксид сахарозный комплекс, железа (III) гидроксид декстран, железа (III) гидроксид олигоизомальтозат, железа карбоксимальтозат; выбор дозы проводится по инструкции к конкретному препарату и расчёту дефицита железа. • при дефиците B_{12} или фолиевой кислоты — заместительная терапия соответствующим дефициту препаратом [12].

Таблица. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)[5]	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов[4]	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом[1,4]
		Остеопороз: Факторами риска развития остеопении/остеопороза являются: • терапия системными ГКС; • повторные курсы ГКС; • длительное активное воспаление; • низкая масса тела; • гиповитаминоз Д; • признаки остеопении/остеопороза; • мальабсорбция, особенно при поражении тонкой кишки. Тактика в отношении пациента: • назначение препаратов кальция на период терапии ГКС и при выявлении остеопороза; • назначение препаратов витамина Д в профилактических дозах, за исключением случаев его дефицита; • мониторинг показателей денситометрии пациентам групп риска (возраст старше 50 лет, женский пол, анамнез стероидной терапии, наличие белково-энергетической недостаточности и пр.); • минимизация повторных курсов системных ГКС и переход на бесстероидную терапию. *Профилактика тромбообразования у госпитализированных пациентов:* При наличии показаний рекомендуется профилактическая терапия низкомолекулярными гепаринами или другими антикоагулянтами: гепарин натрия 5000 МЕ подкожно 2-3 раза/сут., эноксапарин натрия 40 мг подкожно 1 раз/сут. или фондапаринукс натрия 2,5 мг подкожно 1 раз/сут. *Антибактериальные препараты.* При развитии признаков системного воспаления у пациентов рекомендуется назначение антибактериальных препаратов системного действия с целью профилактики септических осложнений. Терапия 1-й линии: метронидазол 500 мг внутривенно 3 раз/сут. в комбинации с фторхинолонами; ципрофлоксацин 400 мг внутривенно 2 раз/сут. или 500 мг 2 раз/сут.) — в зависимости от лекарственной формы и клинической ситуации. При неэффективности антибактериальной терапии 1-й линии возможно применение других комбинаций антибактериальных препаратов системного действия с учетом предполагаемого или установленного возбудителя, локальных данных антибиотикорезистентности и чувствительности микроорганизмов. ***Мониторинг эффективности терапии включает:*** • **Клиническую оценку на каждом визите:** частота стула, наличие крови в стуле, наличие ректального кровотечения, наличие ночных дефекаций, императивных и ложных позывов, тенезмов, недержания кала, боли в животе, температуры тела, тахикардии, снижения массы тела, признаков обезвоживания, внекишечных проявлений. Для объективизации активности заболевания целесообразно использовать критерии Truelove-Witts, индекс Мейо. • **Оценку ответа на индукционную терапию препаратами 5-АСК:** при применении ректальных и/или пероральных форм месалазина терапевтический ответ оценивают через 2 нед. При положительной клинической и лабораторной динамике дозу 5-АСК оставляют без изменений до 8 нед. При отсутствии ответа необходимо пересмотреть тактику лечения, оценить адекватность дозировок терапии, оценить приверженность терапии, исключить инфекционные причины ухудшения, прежде всего *Cl. difficile*, и рассмотреть назначение топических или системных ГКС в соответствии с тяжестью атаки. • **Оценку ответа на терапию системными ГКС:** при среднетяжелой атаке ЯК отсутствие клинического ответа на пероральные ГКС в дозе, эквивалентной преднизолону 1 мг/кг/сут, в течение 2 нед расценивается как стероидорезистентность. При тяжелой атаке отсутствие положительной динамики на фоне системных ГКС в дозе, эквивалентной преднизолону 2 мг/кг/сут, в течение более 7 дней расценивается как стероидорезистентность и требует пересмотра тактики лечения, включая рассмотрение ГИБП/ТИС или хирургического лечения.

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-159

Таблица. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)[5]	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов[4]	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом[1,4]
		• **ОАК и биохимический анализ крови:** используются для оценки анемии, системного воспаления, лейкоцитоза, тромбоцитоза, гипопротеинемии, гипоальбуминемии, электролитных нарушений, функции печени и почек, а также безопасности проводимой терапии. • **СРБ:** отражает системную воспалительную активность и используется для оценки тяжести атаки, ответа на лечение и выявления сохраняющейся активности заболевания. В рамках ДН у большинства пациентов целесообразен контроль не реже 1 раза в 3-6 мес., а при обострении, изменении терапии, подозрении на осложнения или недостаточный ответ на лечение — чаще. Повышение СРБ >30 мг/л учитывается как один из признаков тяжелой атаки ЯК. • **Фекальный кальпротектин:** используется для неинвазивной оценки активности воспаления слизистой оболочки толстой кишки, мониторинга эффективности терапии и раннего выявления рецидива. Обычно его контролируют каждые 3-6 мес., а также при ухудшении симптомов, появлении крови в стуле, росте СРБ, оценке ответа на терапию или решении вопроса о необходимости эндоскопического контроля. • **Эндоскопический контроль:** проводится для оценки ответа на лечение, уточнения активности заболевания, при ухудшении состояния, повышении СРБ или фекального кальпротектина, а также для скрининга дисплазии и колоректального рака при длительном анамнезе заболевания. • **Для оценки эндоскопического ответа** на проводимую терапию выполнение эндоскопического исследования необходимо осуществить не позднее 6-12 мес. от старта/смены терапии. • Для оценки **эндоскопической активности** используют шкалу Schroeder, **эндоскопическая ремиссия** фиксируется при значении показателя =0 баллов, то есть отсутствие видимых макроскопических признаков воспаления слизистой оболочки толстой кишки. • **Морфологический контроль:** проводится при первичной диагностике, сомнениях в диагнозе, обострении, длительном анамнезе ЯК, подозрении на дисплазию, стероидорезистентности или резистентности к ГИБТ/ТИС. При среднетяжелой и тяжелой атаке, а также при отсутствии ответа на терапию, рекомендуется патологоанатомическое исследование биопсийного материала и/или ПЦР биоптатов слизистой оболочки толстой кишки на цитомегаловирус. • **Ультразвуковое исследование кишечника:** может использоваться для скрининговой диагностики, оценки протяженности и выраженности поражения толстой кишки, а также контроля эффективности проводимой терапии, для динамического наблюдения пациента, в том числе оценки ответа на терапию и мониторинга активности заболевания, следует выполнять каждые 3-6 мес. • **Лучевые методы:** МРТ/КТ-энтерография, МРТ малого таза: выполняются по показаниям для проведения дифференциальной диагностики с БК, оценки протяжённости поражения, трансмуральной активности, инфильтратов, абсцессов, свищей, стриктур и других осложнений. ***Мониторинг безопасности терапии*** Безопасность терапии контролируют с учётом класса препарата, так как основные риски отличаются для ГКС, иммуносупрессоров, ГИБП, ТИС и 5-АСК. *Препараты 5-АСК* К препаратам 5-АСК, применяемым при ЯК, относятся месалазин и сульфасалазин. **Перед началом терапии 5-АСК рекомендуется оценить:** • общий клинический анализ крови развернутый; • биохимический анализ крови (креатинин, мочевину, расчетную скорость клубочковой фильтрации; АЛТ, АСТ, билирубин, ЩФ, ГГТ); • общий анализ мочи; • наличие аллергических реакций на препараты 5-АСК или сульфаниламиды — особенно при планировании терапии сульфасалазином. **На фоне терапии 5-АСК рекомендуется контролировать:** • общий клинический анализ крови — для выявления лейкопении, тромбоцитопении, анемии; • уровень креатинина, мочевины, скорости клубочковой фильтрации (для контроля функции почек с учетом потенциальной нефротоксичности 5-АСК); • общий анализ мочи — для выявления протеинурии, гематурии, признаков интерстициального нефрита;

Таблица. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)[5]	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов[4]	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом[1,4]
		• АЛТ, АСТ, билирубин, ЩФ, ГГТ, амилазу — при подозрении на лекарственное поражение печени/поджелудочной железы; • клинические признаки непереносимости: усиление диареи, боль в животе, лихорадку, сыпь, головную боль, тошноту. **Частота мониторинга:** • в начале лечения — 1 раз в 2 нед. • далее — 1 раз в месяц в течение первых 6 мес. • затем — 1 раз в 3-6 мес. Наиболее частые нежелательные явления на терапии 5-АСК: • острый синдром непереносимости 5-АСК: парадоксальное усиление диареи, боль в животе, лихорадка, ухудшение общего состояния, что может имитировать обострение ЯК; • нарушение функции почек, включая интерстициальный нефрит; • повышение активности печеночных ферментов; • кожные аллергические реакции; • цитопении; • диспепсические явления; • при терапии сульфасалазином — головная боль, тошнота, кожные реакции, обратимое снижение фертильности у мужчин, фолиеводефицитные состояния. *ГКС* При терапии ГКС (преднизолон, метилпреднизолон и гидрокортизон; будесонид) необходимо соблюдать ограниченные сроки терапии (12 нед. с динамическим снижением дозы до отмены терапии) и проводить мониторинг: • Гликемии крови в период лечения, особенно у пациентов с факторами риска сахарного диабета или при высоких дозах ГКС. • Артериального давления, массы тела, отёков, признаки задержки жидкости. • Инфекционных осложнений, так как ГКС повышают риск инфекций и могут маскировать их клинические проявления. • Психоэмоциональных реакций: бессонница, тревожность, раздражительность, депрессивные симптомы. • Риск остеопороза: при необходимости назначают профилактику препаратами кальция и витамина Д. • Язвенно-эрозивных осложнений желудочно-кишечный тракт, особенно у пациентов с факторами риска или сопутствующим приёмом НПВС. • Риск угнетения функции надпочечников. • Риск развития побочных эффектов со стороны органов чувств (задняя субкапсулярная катаракта; повышение внутриглазного давления с возможным повреждением зрительного нерва; трофические изменения роговицы; экзофтальм; центральная серозная хориоретинопатия, глаукома). *Тиопурины* К тиопуринам относятся азатиоприн и меркаптопурин. Эти препараты применяются преимущественно для поддержания ремиссии, так как эффект развивается постепенно. Перед назначением тиопуринов необходимо оценить: • ОАК с лейкоцитами, нейтрофилами и тромбоцитами. • Биохимический анализ крови: АЛТ, АСТ, билирубин, ЩФ, креатинин, мочевина. • Инфекционный скрининг перед иммуносупрессивной терапией: HBsAg, anti-HCV, ВИЧ-1/2, сифилис, туберкулёз, вирус *Varicella Zoster* (VZV). На фоне терапии тиопуринами необходимо контролировать: • ОАК и биохимический анализ крови с оценкой лейкоцитов и печёночных ферментов, амилазы. • В начале лечения — 1 раз в 2 нед. • Далее — 1 раз в месяц в течение первых 6 мес. • Затем — 1 раз в 6 мес. • Скрининг на туберкулёз: консультация фтизиатра, квантифероновый тест; при невозможности — проба Манту или диаскин-тест (каждые 6-12 мес.).

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-159

Таблица. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)[5]	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов[4]	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом[1,4]
		Основные нежелательные явления, которые нужно отслеживать: • лейкопения, нейтропения, тромбоцитопения; • повышение АЛТ/АСТ (лекарственный гепатит); • гиперамилаземия, повышение уровня липазы (лекарственный панкреатит); • инфекционные осложнения; • клиническая непереносимость препарата. При наличии возможности оценка мутаций обмена тиопуринов[9]. *ГИБП: (инфликсимаб, адалимумаб, цертолизумаба пэгол, ведолизумаб, устекинумаб, гуселькумаб):* Перед назначением биологических препаратов необходимо выполнить: • Скрининг на туберкулёз: консультация фтизиатра, квантифероновый тест; при невозможности — проба Манту или диаскин-тест; • HBsAg для исключения гепатита В; • Anti-HCV для исключения гепатита С; • Скрининг на ВИЧ-1/2; • Скрининг на сифилис; • Оценку наличия активных инфекций. (абсцесса или другого гнойно-септического осложнения, особенно при перианальной или пенетрирующей БК). На фоне терапии биологическими препаратами необходимо контролировать: • признаки инфекций; • инфузионные реакции при внутривенном введении препаратов; • местные реакции в месте инъекции при подкожном введении препаратов; • аллергические реакции; • соблюдение графика введения препарата, несоблюдение интервалов введения препарата и режима дозирования ГИБП повышают риск инфузионных реакций и потери эффективности. Скрининг на туберкулёз при терапии ГИБП проводится до начала лечения и далее **каждые 6 мес.** Нерегулярное введение ГИБП повышает риск аллергических реакций и потери эффективности, поэтому необходимо строго соблюдать дозы и интервалы введения. *ТИС (упадацитиниб, тофацитиниб, озанимод)* Перед назначением упадацитиниба необходимо выполнить: • Скрининг на туберкулёз: консультация фтизиатра, квантифероновый тест; при невозможности — проба Манту или диаскин-тест; • HBsAg для исключения гепатита В; • Anti-HCV для исключения гепатита С;. • Скрининг на ВИЧ-1/2; • Скрининг на сифилис; • ОАК; • биохимический анализ крови; • исключить наличие активных инфекций; • уточнение анамнеза герпетической инфекции (опоясывающего герпеса/Herpes Zoster); • у женщин репродуктивного возраста — исключить беременность и обсудить контрацепцию. На фоне терапии необходимо контролировать: • инфекционные осложнения; • ОАК; • АЛТ, АСТ, билирубин, ЩФ, ГГТП, амилазу,липазу; • клиническую переносимость препарата; • факторы риска тромботических осложнений, особенно у пациентов с дополнительными факторами риска. Скрининг на туберкулёз при терапии ТИС проводится до начала лечения и далее **каждые 6 мес.**, как и при применении биологических препаратов.

[9] Инструкция к препарату "Азатиоприн". https://grls.minzdrav.gov.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=d28b028b-5de0-4b86-ace1-aa338dfd7492.

Таблица. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)[5]	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов[4]	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом[1,4]
		Хирургическое лечение Хирургическое лечение при ЯК проводится при неэффективности или невозможности продолжения консервативной терапии, развитии кишечных осложнений, колоректальном раке или высоком риске его возникновения. Выбор вида операции определяется тяжестью атаки, активностью воспаления в толстой и прямой кишке, наличием осложнений, длительностью заболевания, риском колоректального рака, общим состоянием пациента, сопутствующей патологией и функциональным состоянием анального сфинктера. **Показаниями к хирургическому лечению ЯК являются:** • неэффективность консервативной терапии, включая ГИБТ и ТИС; • стероидорезистентность; • стероидозависимость; • неэффективность генно-инженерных биологических препаратов; • невозможность продолжения консервативной терапии вследствие непереносимости или противопоказаний; • токсическая дилатация толстой кишки; • перфорация толстой кишки; • кишечное кровотечение; • колоректальный рак; • дисплазия эпителия толстой кишки высокой степени. **Экстренное хирургическое лечение** Пациентам с осложнениями ЯК рекомендуется экстренное хирургическое лечение при наличии: • кишечного кровотечения; • перфорации толстой кишки; • токсической дилатации толстой кишки на фоне адекватной инфузионной терапии. В этих ситуациях рекомендуется операция в объеме субтотальной колэктомии, тотальной колэктомии или колпроктэктомии при выраженной активности воспаления в прямой кишке. Токсическая дилатация ободочной кишки представляет собой не связанное с обструкцией расширение ободочной кишки 6 см и более с явлениями интоксикации. К факторам риска токсической дилатации относятся гипокалиемия, гипомагниемия, подготовка кишки к колоноскопии осмотическими слабительными, а также прием антидиарейных препаратов. Косвенными признаками токсической дилатации являются внезапное сокращение частоты стула на фоне предшествующей диареи, вздутие живота, внезапное уменьшение или исчезновение болевого синдрома и нарастание интоксикации, включая тахикардию и снижение артериального давления. **Хирургическое лечение при колоректальном раке и риске его развития** У пациентов с длительным анамнезом ЯК повышен риск колоректального рака, что определяет необходимость регулярного эндоскопического наблюдения с целью выявления дисплазии эпителия слизистой оболочки толстой кишки. Факторами, повышающими риск колоректального рака при ЯК, являются: • длительность анамнеза ЯК; • начало заболевания в детском или подростковом возрасте; • тотальное поражение толстой кишки; • первичный склерозирующий холангит; • семейный анамнез колоректального рака; • тяжелые обострения ЯК в анамнезе; • хроническое непрерывное течение заболевания; • воспалительный полипоз. При выявлении колоректального рака, дисплазии высокого риска или невозможности надежного эндоскопического контроля пациент должен быть направлен к врачу-колопроктологу для определения показаний к хирургическому лечению. **Противопоказания и ограничения к отдельным видам хирургического лечения** Абсолютные противопоказания к хирургическому лечению при жизнеугрожающих осложнениях ЯК, таких как перфорация, токсическая дилатация или массивное кишечное кровотечение, отсутствуют, поскольку операция проводится по жизненным показаниям.

doi: 10.15829/3034-4123-2026-159

Таблица. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)[5]	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов[4]	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом[1,4]
		При плановом хирургическом лечении противопоказания и ограничения определяются видом операции, общим состоянием пациента, риском анестезиологического пособия, сопутствующей патологией, функциональным состоянием анального сфинктера и вероятностью неблагоприятного функционального исхода. **Послеоперационные осложнения, требующие наблюдения** После хирургического лечения пациент нуждается в ДН врача-терапевта, по показаниям — врача-колопроктолога и врача-гастроэнтеролога. Возможные послеоперационные проблемы включают: • резервуарит после формирования илеоанальный резервуарный анастомоз; • воспаление слизистой оболочки прямой кишки, сохраняемой при аппаратном анастомозе; • стриктуру анастомоза; • дисфункцию илеостомы; • водно-электролитные нарушения; • инфекционные осложнения, включая *Cl. difficile*-ассоциированную диарею. Дисфункция илеостомы определяется как увеличение объема кишечного отделяемого по илеостоме >1000 мл в сутки и сопровождается быстро прогрессирующими метаболическими и водно-электролитными нарушениями. **Уточнение факта приема лекарственных средств, а также прочих препаратов при наличии показаний к их применению. Определение приверженности к проводимому лечению и его эффективности по оценке самого пациента, выявление причин невыполнения ранее назначенного лечения** [13] **Приложение 11**. • ***Направление на консультацию к врачам-специалистам по медицинским показаниям, в том числе с применением телемедицинских технологий:*** Консультации врачей-специалистов, в том числе с применением телемедицинских технологий[10]: **Консультации врачей-специалистов, в том числе с применением телемедицинских технологий:** • прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога — по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача-колопроктолога — по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача-хирурга — по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача-онколога — по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста — по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача-ревматолога — по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога — по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога — по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога — по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача-гематолога — по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога — по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача-уролога — по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача-диетолога — по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача — психотерапевта или медицинского психолога — по медицинским показаниям. • ***Определение наличия показаний для направления в отделение (кабинет) медицинской реабилитации / на консультацию к врачу по физической и реабилитационной медицине (врачу по медицинской реабилитации)***

[10] Приказ Минздрава России от 11.04.2025 № 193н "Об утверждении Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий". СПС Консультант Плюс.

Таблица. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)[5]	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов[4]	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом[1,4]
		Определение наличия показаний и отсутствия противопоказаний для направления на санаторно-курортное лечение[11] *Диагноз* • Нарушение всасывания после хирургического вмешательства, не классифицируемое в других рубриках (K91.2) • Дисфункция после колостомии и энтеростомии (K91.4) *Форма, стадия, фаза, степень тяжести заболевания* • Болезни оперированного желудка (после операции по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки) с наличием демпинг-синдрома и гипогликемического синдрома легкой и средней степени тяжести, астенического синдрома, гастрита культи, панкреатита, гепатита, холецистита, энтероколита, колита *Природные лечебные ресурсы* • Минеральные воды (питьевые), лечебные грязи
		Особые группы пациентов *Беременность* Беременность не противопоказана пациенткам с воспалительными заболеваниями кишечника. Планирование беременности следует осуществлять в период клинико-эндоскопической ремиссии заболевания, поскольку активное воспаление ассоциировано с повышенным риском неблагоприятных исходов для матери и плода. Большинство лекарственных препаратов, применяемых для лечения воспалительных заболеваний кишечника, могут использоваться во время беременности и лактации с учётом данных инструкции по медицинскому применению конкретного препарата. Исключение составляют метотрексат, ингибиторы янус-киназ, модуляторы рецепторов сфингозин-1-фосфата, а также препараты 5-АСК, содержащие дибутилфталат. Наиболее уязвимым периодом в отношении лекарственно-индуцированных нарушений эмбрионального развития является период органогенеза, соответствующий приблизительно 4-8-й нед. беременности. Эндоскопические исследования, УЗИ кишечника и магнитно-резонансная энтерография без применения гадолинийсодержащих контрастных препаратов считаются допустимыми методами обследования во время беременности при наличии клинических показаний. Выбор способа родоразрешения должен осуществляться совместно с акушером-гинекологом с учётом акушерских показаний, активности воспалительного заболевания кишечника, наличия перианального поражения и перенесённых хирургических вмешательств. ЯК сам по себе не является абсолютным показанием к кесареву сечению. С учётом того, что беременность сопровождается повышением риска венозных тромбоэмболических осложнений, особенно у пациенток с активным воспалительным заболеванием кишечника, рекомендуется проводить индивидуальную оценку тромботического риска. Особое внимание следует уделять послеродовому периоду, в том числе после кесарева сечения. Грудное вскармливание в послеродовом периоде имеет ряд преимуществ, включая снижение риска желудочно-кишечных инфекций у ребёнка и, вероятно, снижение риска развития воспалительных заболеваний кишечника в дальнейшем. Лактация не ассоциирована с повышением риска обострения воспалительного заболевания кишечника у матери. Беременным женщинам с повышенным риском развития гипертензивных расстройств во время беременности может быть рекомендован приём низких доз ацетилсалициловой кислоты в соответствии с акушерскими показаниями и действующими клиническими рекомендациями [14, 15] Приложение 12.
		Информирование пациента о результатах проведенного диспансерного приема (осмотра, консультации) • выдача рекомендаций, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, письменного плана неотложных действий и самопомощи при развитии жизнеугрожающих состояний; • информирование о необходимости регулярного диспансерного приема (осмотра, консультации) в рамках ДН;

[11] Приказ Минздрава России от 27 марта 2024 г. № 143н "Об утверждении классификации природных лечебных ресурсов, указанных в пункте 2 статьи 2.1 Федерального закона от 23 февраля 1995 г. № 26-ФЗ "О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах", их характеристик и перечня медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации с применением таких природных лечебных ресурсов" СПС Консультант Плюс.

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-159

Таблица. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)[5]	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов[4]	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом[1,4]
		• информирование о дате следующего диспансерного приема (осмотра, консультации); • информирование о необходимости прохождения диспансеризации и ежегодного первичного медицинского осмотра и, в случае положительного решения — направление в отделение (кабинет) медицинской профилактики или центр здоровья.
		Оформление медицинской документации • формы № 025/у "Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях"; • форма № 025-1/у "Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях"; • формы № 030/у "Контрольная карта диспансерного наблюдения"; • формы № 057/у-04 "Направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию" (при необходимости); • внесение информации о результатах диспансерного приема (осмотра, консультации) в электронную медицинскую карту медицинской информационной системы.

Сокращения: 5-АСК — 5-аминосалициловая кислота, АЛТ — аланинаминотрансфераза, Anti-HCV — антитела к вирусу гепатита С, АСТ — аспартатаминотрансфераза, БК — болезнь Крона, ГГТП — гамма-глутамилтранспептидаза, ГИБП — генно-инженерные биологические препараты, ГКС — глюкокортикостероиды, ДН — диспансерное наблюдение, ИМТ — индекс массы тела, КПК — краткое профилактическое консультирование, КТ — компьютерная томография, МКБ-10 — Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра, МРТ — магнитно-резонансная томография, НПВП — нестероидные противовоспалительные препараты, ОАК — общий анализ крови, ПЦР — полимеразная цепная реакция, СОЭ — скорость оседания эритроцитов, СРБ — С-реактивный белок, ТИС — таргетные иммуносупрессоры, УЗИ — ультразвуковое исследование, ХНИЗ — хронические неинфекционные заболевания, ЩФ — щелочная фосфатаза, ЯК — язвенный колит, HBsAg — поверхностный антиген вируса гепатита.

Приложение 1
Внекишечные проявления ЯК[1]

Группа внекишечных проявлений	Проявления	Связь с активностью ЯК
Аутоиммунные проявления, связанные с активностью заболевания	Артропатии: артралгии, периферические артриты	Обычно появляются или усиливаются во время обострения ЯК и уменьшаются на фоне лечения кишечного воспаления
	Поражение кожи: узловатая эритема, гангренозная пиодермия	Чаще ассоциировано с активным воспалительным процессом
	Поражение слизистых оболочек: афтозный стоматит	Может сопровождать обострение заболевания
	Поражение глаз: эписклерит, увеит, ирит, иридоциклит	Эписклерит чаще связан с активностью ЯК; увеит может протекать независимо и требует срочной консультации офтальмолога
	Поражение печени: аутоиммунный гепатит	Может сочетаться с активностью воспалительного процесса
Аутоиммунные проявления, не связанные с активностью заболевания	Первичный склерозирующий холангит	Может прогрессировать независимо от активности ЯК; ассоциирован с повышенным риском колоректального рака
	Анкилозирующий спондилит, сакроилеит	Часто протекает независимо от активности кишечного воспаления
	Псориаз, псориатический артрит	Может иметь самостоятельное течение
Проявления, обусловленные длительным воспалением и метаболическими нарушениями	Остеопороз, остеомаляция	Связаны с хроническим воспалением, нутритивной недостаточностью и/или терапией системными глюкокортикостероидами
	Холелитиаз	Может быть связан с метаболическими нарушениями
	Стеатоз печени, стеатогепатит	Может быть связан с метаболическими факторами, воспалением и лекарственной терапией
	Тромбоз периферических вен, тромбоэмболия легочной артерии	Риск повышается при активном воспалении, тяжелой атаке, госпитализации, обезвоживании и иммобилизации
	Амилоидоз	Редкое осложнение длительного хронического воспаления

Сокращение: ЯК — язвенный колит.

doi: 10.15829/3034-4123-2026-159

Приложение 2
Монреальская классификация ЯК[1]

Монреальская классификация язвенного колита

Протяженность воспаления (E)



E1

Проктит — поражение ограниченно прямой кишкой

E2

Левосторонний колит — поражение от анального сфинктера до левого изгиба ободочной кишки

E3

Тотальный (панколит) колит — поражение проксимальнее левого изгиба, захватывая всю толстую кишку, иногда с ретроградным илеитом

Приложение 3
Классификация тяжести атаки ЯК согласно критериям Truelove–Witts[1]

Показатель	Легкая атака	Среднетяжелая атака	Тяжелая атака
Частота стула с кровью в сутки	<4	≥4, если отсутствуют признаки тяжелой атаки	≥6 и наличие хотя бы одного системного признака
Частота сердечных сокращений	<90 уд./мин	≤90 уд./мин	>90 уд./мин
Температура тела	<37,5 °C	≤37,8 °C	>37,8 °C
Гемоглобин	>115 г/л	≥105 г/л	<105 г/л
Скорость оседания эритроцитов или С-реактивный белок	<20 мм/ч	≤30 мм/ч	>30 мм/ч
	Норма	<30 мг/л	>30 мг/л

doi: 10.15829/3034-4123-2026-159

Приложение 4
Тяжесть атаки ЯК согласно индексу активности ЯК — индексу Мейо[1]

Показатель	0 баллов	1 балл	2 балла	3 балла
Частота стула	Обычная	На 1-2 раза в сутки больше обычной	На 3-4 раза в сутки больше обычной	На 5 и более раз в сутки больше обычной
Примесь крови в стуле	Нет	Прожилки крови	Видимая кровь	Преимущественно кровь
Состояние слизистой оболочки при эндоскопии (шкала Schroeder)	Норма или неактивное заболевание	Минимальная активность	Умеренная активность	Выраженная активность
Общая оценка состояния врачом	Норма	Удовлетворительное состояние	Состояние средней тяжести	Тяжелое состояние

Интерпретация полного индекса Мейо:

Сумма баллов	Интерпретация
0-2 балла	Ремиссия*
3-5 баллов	Легкая атака ЯК
6-9 баллов	Среднетяжелая атака ЯК
10-12 баллов	Тяжелая атака ЯК

* при ремиссии параметры "ректальное кровотечение" и "эндоскопическое состояние слизистой оболочки" должны быть равны 0 баллов.

Частичный индекс Мейо без эндоскопии

Сумма баллов	Интерпретация
0-1 балл	Клиническая ремиссия*
1-2 балла	Легкая атака
3-5 баллов	Среднетяжелая атака
≥6 баллов	Тяжелая атака

* при клинической ремиссии параметр "ректальное кровотечение" должен быть равен 0 баллов.

Приложение 5
Диетотерапия и нутритивная поддержка у пациентов с ЯК

Диетические рекомендации при ЯК являются обязательным компонентом комплексного ведения пациента и должны рассматриваться не как самостоятельный метод противовоспалительного лечения, а как способ поддержания адекватного нутритивного статуса, профилактики белково-энергетической недостаточности, коррекции дефицитных состояний, уменьшения симптомов, связанных с индивидуальной пищевой непереносимостью, и подготовки пациента к хирургическому лечению при наличии соответствующих показаний.

Нет доказательств связи ЯК с продуктами питания. Поэтому врач не должен рекомендовать пациенту строгие ограничительные диеты без клинического обоснования. Необоснованное исключение крупных групп продуктов может приводить к снижению энергетической ценности рациона, недостаточному потреблению белка, железа, кальция, витамина Д, фолиевой кислоты и других микронутриентов, что особенно неблагоприятно у пациентов с активным воспалением, хронической кровопотерей, снижением массы тела или длительным применением системных ГКС.

При каждом диспансерном приеме необходимо оценивать нутритивный статус пациента. У пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника нутритивный статус рекомендуется оценивать на основании клинического анамнеза, физикального осмотра, индекса массы тела и анализа фактического рациона; индекс массы тела <18,5 кг/м^2 рассматривается как признак выраженного дефицита массы тела [16, 17].

В фазе клинической и эндоскопической ремиссии пациентам с ЯК следует рекомендовать полноценный сбалансированный рацион без необоснованных ограничений. Питание должно обеспечивать достаточное поступление белков, жиров, углеводов, витаминов и микроэлементов. Рацион может включать мясо, птицу, рыбу, яйца, творог и кисломолочные продукты при переносимости, крупы, картофель, макаронные изделия, хлеб, овощи и фрукты в индивидуально переносимой форме. В качестве модели здорового питания целесообразно ориентироваться на принципы средиземноморского рациона, предусматривающего достаточное потребление овощей и фруктов по переносимости, рыбы, растительных масел, цельнозерновых продуктов, умеренное потребление мяса и ограничение ультрапереработанных продуктов. Международные экспертные рекомендации по питанию при ВЗК также указывают на необходимость полноценного рациона, содержащего углеводы, белки и жиры, с ограничением переработанных продуктов, искусственных подсластителей и трансжиров [18].

Особого внимания требует вопрос употребления пищевых волокон. У пациентов с ЯК в ремиссии не следует рутинно ограничивать клетчатку. Напротив, при хорошей переносимости пищевые волокна могут быть частью полноценного рациона, поскольку они поддерживают кишечную микробиоту, а продукты их ферментации, включая короткоцепочечные жирные кислоты, участвуют в поддержании функции слизистой оболочки толстой кишки. Ограничение грубой клетчатки может быть временно оправдано при выраженной диарее, метеоризме, спастических болях, высокой активности воспаления или плохой индивидуальной переносимости. После купирования обострения рацион следует постепенно расширять, начиная с термически обработанных овощей, фруктов без кожуры, круп и других продуктов, переносимых пациентом [18, 19].

При обострении ЯК питание должно быть щадящим. Цель диетотерапии в этот период состоит в обеспечении достаточного поступления энергии, белка, жидкости и электролитов и предупреждении нутритивной недостаточности. При легкой и среднетяжелой атаке целесообразно рекомендовать дробное питание небольшими порциями, достаточное потребление жидкости, временное ограничение продуктов, усиливающих диарею, метеоризм или боль, а также преимущественное использование термически обработанной пищи. На период активной диареи обычно ограничивают алкоголь, острые блюда, жирные жареные продукты, избыток кофеина, газированные напитки и большое количество грубой клетчатки. При снижении массы тела, гипоальбуминемии или высокой воспалительной активности необходимо дополнительно оценивать достаточность белка в рационе [18].

Важно подчеркнуть, что при активном воспалительном заболевании кишечника не установлено универсальной связи между какой-либо одной категорией продуктов и развитием обострения. Поэтому пациентам не следует сообщать, что конкретный продукт сам по себе является причиной рецидива ЯК. Вместе с тем у отдельных пациентов пищевые продукты могут усиливать симптомы, особенно при сочетании ЯК с функциональными кишечными расстройствами, лактазной недостаточностью или повышенной висцеральной чувствительностью. В таких случаях допустимо индивидуальное временное исключение плохо переносимого продукта с последующей контролируемой повторной оценкой переносимости [20].

Молочные продукты не должны автоматически исключаться у всех пациентов с ЯК. Ограничение лактозы показано только при симптомах, подозрительных на лактазную недостаточность: вздутии живота, урчании, болях, усилении диареи после употребления молока или продуктов с высоким содержанием лактозы. При наличии таких симптомов возможно временное ограничение лактозы с оценкой клинического ответа; при необходимости диагноз подтверждают дыхательным водородным тестом. При исключении молока важно обеспечить адекватное поступление кальция и витамина Д, особенно у пациентов, получающих системные ГКС или имеющих факторы риска остеопении и остеопороза [20].

Диету с низким содержанием FODMAP можно рекомендовать пациентам в ремиссии или при минимальной воспалительной активности, если сохраняются симптомы, напоминающие синдром раздраженного кишечника: вздутие, метеоризм, урчание, абдоминальный дискомфорт, нестабильный стул при отсутствии признаков активного воспаления. Такая диета должна назначаться на ограниченный срок, желательно под контролем врача или диетолога, с последующим постепенным повторным введением продуктов. Длительное соблюдение диеты с ограничением продуктов FODMAP без контроля нежелательно из-за риска неоправданного сужения рациона и дефицита отдельных нутриентов. Данные по применению диеты с ограничением продуктов FODMAP при ВЗК ограничены: в небольших исследованиях показано уменьшение симптомов, но не снижение воспалительных маркеров [21].

Энтеральное питание у взрослых пациентов с язвенным колитом не используется как самостоятельный метод индукции или поддержания ремиссии. Его назначают как вспомогательную нутритивную поддержку при недостаточности питания, невозможности обеспечить потребности обычным рационом, подготовке к хирургическому лечению или восстановлении после тяжелого обострения. Предпочтительным является пероральный прием специализированных питательных смесей; зондовое питание рассматривается в случаях, когда пациент не способен обеспечить необходимые потребности через рот. Показаниями к дополнительному энтеральному питанию являются индекс массы тела <18,5 кг/м^2, непреднамеренное снижение массы тела, недостаточное фактическое потребление пищи, снижение мышечной массы, гипоальбуминемия в сочетании с клиническими признаками недостаточного питания, тяжелое течение заболевания после стабилизации состояния и подготовка к плановому хирургическому вмешательству [20].

Парентеральное питание не является рутинным методом лечения ЯК. Оно может рассматриваться только при невозможности перорального или энтерального питания, выраженной нутритивной недостаточности, кишечной непроходимости, тяжелом послеоперационном состоянии или необходимости коррекции нутритивного статуса перед хирургическим вмешательством. Назначение парентерального питания должно проводиться в условиях специализированной медицинской помощи с участием гастроэнтеролога, хирурга и специалиста по клиническому питанию [22].

Отдельно следует рассмотреть применение пробиотиков, омега-3 жирных кислот, антиоксидантов и специальных диет [23-25]. Пробиотики не должны назначаться всем пациентам с ЯК как обязательный компонент терапии. Для отдельных пробиотических штаммов получены обнадеживающие данные, однако препараты не валидированы для универсального рутинного применения у всех пациентов с ЯК. Омега-3 жирные кислоты и рыбий жир не следует использовать для индукции или поддержания ремиссии, поскольку имеющиеся данные не подтверждают их клиническую эффективность при ВЗК. Антиоксиданты, пребиотики, низкоуглеводные и другие строгие специальные диеты также не являются стандартом лечения ЯК и могут рассматриваться только индивидуально, с учетом нутритивных рисков и предпочтений пациента [23-25].

Пациенту необходимо объяснить, что питание влияет преимущественно на нутритивный статус, переносимость симптомов и качество жизни, но не заменяет базисную противовоспалительную терапию. Даже при минимальных жалобах или их отсутствии в слизистой оболочке толстой кишки может сохраняться воспаление, поэтому соблюдение рекомендаций по медикаментозной, немедикаментозной терапии и регулярное ДН имеют ключевое значение в контроле заболевания. Необоснованные строгие диеты могут ухудшить состояние пациента, особенно при активном заболевании, хронической кровопотере и снижении массы тела.

Приложение 6
Медикаментозная терапия[1]

Клиническая ситуация	Индукция ремиссии	Поддержание ремиссии
Проктит, легкая/ среднетяжелая атака	Месалазин ректально: суппозитории 1 г/сут., при необходимости до 2 г/сут., или ректальная пена 1 г 1 раз/сут., при необходимости до 2 раз/сут. Оценка ответа через 2 нед., при эффекте продолжить до 6-8 нед. При неэффективности — ректальные ГКС: будесонид пена 2 мг/сут. или преднизолон суппозитории 10 мг 2 раза/сут. При отсутствии эффекта — пероральный месалазин; далее ГКС внутрь в дозе, эквивалентной преднизолону 0,5-0,75 мг/кг/сут.	Месалазин ректально 1 г 3 раза в неделю не менее 2 лет. При ГКС-индуцированной ремиссии или повторной потребности в ГКС — азатиоприн 2-2,5 мг/кг/сут. или меркаптопурин 1,5 мг/кг/сут. не менее 2 лет.
Проктит, тяжелая атака	Системные ГКС внутривенно в дозе, эквивалентной преднизолону 1-1,5 мг/кг/сут, в комбинации с местной терапией: месалазин ректально или ректальные ГКС.	После первой атаки — месалазин ректально 1 г 3 раза в неделю ± месалазин внутрь 2-2,4 г/сут. не менее 2 лет. При рецидиве, требующем повторных ГКС, — азатиоприн 2-2,5 мг/кг/сут. или меркаптопурин 1,5 мг/кг/сут. не менее 2 лет.
Левосторонний или тотальный ЯК, легкая атака	Месалазин* (гранулы, таблетки, таблетки кишечнорастворимые с пролонгированным высвобождением, покрытые пленочной оболочкой ММХ) внутрь в максимальной терапевтической дозе согласно инструкции по применению + месалазин в клизмах 4 г/сут. Оценка ответа через 2 нед., при эффекте продолжить до 6-8 нед. При недостаточном эффекте — ректальные ГКС: будесонид пена 2 мг/сут. или гидрокортизона ацетат + лидокаин 125-250 мг 1 раз/сут. в виде клизм/ректального капельного введения.	Месалазин внутрь 2-2,4 г/сут. Дополнительно возможно месалазин в клизмах 2 г 2 раза в неделю.
Левосторонний или тотальный ЯК, среднетяжелая атака	Месалазин внутрь в максимальной терапевтической дозе + месалазин в клизмах 4 г/сут. При отсутствии эффекта через 2 нед. без признаков системного воспаления — будесонид ММХ 9 мг/сут. в течение 8 нед. с последующей отменой через день в течение 1-2 нед. При признаках системного воспаления — системные ГКС в дозе, эквивалентной преднизолону 1 мг/кг/сут., с последующим снижением на 5 мг каждые 5-7 дней, общая длительность не более 12 нед.	Месалазин внутрь 2-2,4 г/сут. + месалазин в клизмах 4 г 2 раза в неделю. При непереносимости месалазина или повторной потребности в ГКС в течение года — азатиоприн 2–2,5 мг/кг/сут. или меркаптопурин 1,5 мг/кг/сут. не менее 2 лет.
Стероидозависимый ЯК	Системные ГКС в дозе, соответствующей тяжести атаки, + азатиоприн 2-2,5 мг/кг/сут. или меркаптопурин 1,5 мг/кг/сут. При неэффективности/высоком риске — ГИБП или таргетные иммуносупрессоры.	Азатиоприн 2–2,5 мг/кг/сут. или меркаптопурин 1,5 мг/кг/сут. не менее 2 лет; при достижении ремиссии на ГИБП/ТИС — продолжить тот же препарат в поддерживающем режиме не менее 2 лет.
Стероидорезистентный ЯК	При отсутствии эффекта от ГКС — ГИБП или ТИС: инфликсимаб, адалимумаб, голимумаб, ведолизумаб, устекинумаб, тофацитиниб, упадацитиниб или озанимод.	Поддерживающая терапия тем же препаратом, на котором достигнут ответ/ремиссия, как минимум 2 года.
Тяжелая атака ЯК	Госпитализация. Системные ГКС внутривенно в дозе, эквивалентной преднизолону 1-1,5 мг/кг/сут.; при стероидорезистентности — "терапия спасения" ГИБП/ТИС (инфликсимабом, циклоспорин, тофацитинибом) по решению специалиста или хирургическое лечение.	После достижения ремиссии — азатиоприн/меркаптопурин, ГИБП или ТИС в зависимости от предшествующей терапии, ответа и риска рецидива.
Цитомегаловирусная инфекция слизистой оболочки толстой кишки	Ганцикловир 5 мг/кг 2 раза/сут. в течение 14-21 дня.	На период лечения ганцикловиром отмена базисной терапии не требуется.

Примечание: * — допустимо назначение сульфасалазина вместо месалазина.
Сокращения: ГИБП — генно-инженерные биологические препараты, ГКС — глюкокортикостероиды, ММХ — мультиматриксная оболочка, ТИС — таргетные иммуносупрессоры, ЯК — язвенный колит.

doi: 10.15829/3034-4123-2026-159

Приложение 7

Генно-инженерные биологические препараты и таргетные иммуносупрессоры при ЯК[1] [26]

Препарат	Механизм/группа	Индукция ремиссии	Поддержание ремиссии
Инфликсимаб	Ингибитор ФНО-α	5 мг/кг внутривенно на 0, 2 и 6-й нед.	5 мг/кг внутривенно 1 раз в 8 нед.
Адалимумаб	Ингибитор ФНО-α	160 мг подкожно, затем через 2 нед. 80 мг подкожно	40 мг подкожно каждые 2 нед.
Голимумаб	Ингибитор ФНО-α	200 мг подкожно, через 2 нед. 100 мг подкожно	Далее 50 мг или 100 мг подкожно каждые 4 нед. в зависимости от массы тела пациента
Ведолизумаб	Селективный иммунодепрессант, антиинтегриновый препарат	300 мг внутривенно на 0, 2 и 6-й нед.	300 мг внутривенно каждые 8 нед.
Устекинумаб	Ингибитор интерлейкинов 12/23	Индукционная доза внутривенно однократно с расчетом по массе тела пациента	Через 8 нед. — 90 мг подкожно, далее 90 мг подкожно каждые 12 нед.; при потере ответа возможно сокращение интервала до каждых 8 нед.
Гуселькумаб	Ингибитор интерлейкина 23	200 мг в/в или 400 мг п/к на 0, 4, 8-й нед.	100 мг п/к каждые 8 нед.
Тофацитиниб	Таргетный иммуносупрессор, ингибитор JAK	10 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 8 нед.	5 мг внутрь 2 раза в сутки
Упадацитиниб	Таргетный иммуносупрессор, селективный ингибитор JAK1	45 мг внутрь 1 раз в сутки в течение 8 нед.	30 мг или 15 мг внутрь 1 раз в сутки
Озанимод	Таргетный иммуносупрессор, модулятор S1P-рецепторов	Титрация дозы в течение 7 дней: с 0,23 мг/сут. до 0,92 мг/сут.; с 8-го дня — 0,92 мг внутрь 1 раз в сутки	0,92 мг внутрь 1 раз в сутки

Примечание: у бионаивных пациентов любой из указанных препаратов может применяться в качестве первой линии терапии.
Сокращение: ФНО-α — фактор некроза опухоли альфа.

Приложение 8

Оптимизация терапии при потере ответа на генно-инженерные биологические препараты и таргетные иммуносупрессоры при ЯК[1]

Клиническая ситуация	Возможная тактика оптимизации
Потеря ответа на инфликсимаб	Увеличение дозы до 10 мг/кг каждые 8 нед. или сокращение интервала введения до 4-6 нед.
Потеря ответа на адалимумаб	Увеличение дозы до 80 мг каждые 2 нед. или 40 мг каждую неделю
Потеря ответа на голимумаб	Увеличение дозы до 100 мг каждые 4 нед.
Потеря ответа на ведолизумаб	Сокращение интервала введения до 300 мг каждые 4 нед. или смена на препарат другого класса
Потеря ответа на устекинумаб	Сокращение интервала введения до 90 мг каждые 8 нед. или смена на препарат другого класса
Потеря ответа на гуселькумаб	Увеличение дозы до 200 мг каждые 8 нед. Сокращение интервала введения 100 мг каждые 4 нед. или смена на препарат другого класса
Потеря ответа на тофацитиниб	Оптимизация терапии до 20 мг/сут., то есть 10 мг 2 раза в сутки, по решению специалиста

Примечание: при первичной неэффективности или потере ответа на ингибитор фактора некроза опухоли альфа возможен переход на препарат другого механизма действия: ведолизумаб, устекинумаб, тофацитиниб, упадацитиниб или озанимод. Рекомендуется комбинировать инфликсимаб с азатиоприном 2,0-2,5 мг/кг/сут. для повышения эффективности лечения допустимо применение меркаптопурина 1,5 мг/кг/сут. вместо азатиоприна, поскольку меркаптопурин является метаболитом азатиоприна.

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-159

Приложение 9
Варианты терапии спасения при стероидорезистентной тяжелой атаке ЯК[1]

Вариант терапии спасения	Режим дозирования	Особенности применения
Инфликсимаб	5 мг/кг внутривенно на 0, 2 и 6-й нед.	Применяется как терапия второй линии при стероидорезистентности. При достижении ремиссии поддерживающую терапию продолжают инфликсимабом по стандартной схеме, возможно в комбинации с азатиоприном 2–2,5 мг/кг/сут. или меркаптопурином 1,5 мг/кг/сут.
Циклоспорин	2-4 мг/кг/сут. внутривенно в течение 7 дней	Требует мониторирования функции почек и определения концентрации препарата в крови. Предпочтительно внутривенное введение.
Тофацитиниб	20 мг/сут в рамках индукционного курса в течение 8 нед.	Может рассматриваться как вариант терапии спасения; уровень доказательности ниже, чем для инфликсимаба и циклоспорина.

Примечание: другие ГИБТ/ТИС в качестве терапии спасения при тяжелой стероидорезистентной атаке ЯК в клинических рекомендациях не рассматриваются. При отрицательной динамике или отсутствии ответа на 7-й день терапии инфликсимабом, циклоспорином или тофацитинибом показано хирургическое лечение.

Приложение 10
Эквивалентные дозы системных ГКС[1]

Препарат	Эквивалентная доза	Длительность действия
Гидрокортизон	20 мг	8-12 ч
Преднизолон	5 мг	12-36 ч
Метилпреднизолон	4 мг	12-36 ч
Дексаметазон	0,75 мг	36-54 ч

Пересчет дозы системных ГКС при ЯК

Клиническая ситуация	Доза в пересчете на преднизолон	Эквивалентная доза метилпреднизолона	Эквивалентная доза гидрокортизона
Среднетяжелая атака ЯК при признаках системного воспаления	1 мг/кг/сут.	0,8 мг/кг/сут.	4 мг/кг/сут.
Тяжелая атака ЯК	1-1,5 мг/кг/сут.	0,8-1,2 мг/кг/сут.	4-6 мг/кг/сут.
Тяжелая атака ЯК/ стероидорезистентность оценивается на фоне адекватной дозы глюкокортикостероидов	2 мг/кг/сут.	1,6 мг/кг/сут.	8 мг/кг/сут.
Проктит, легкая/среднетяжелая атака при неэффективности местной и пероральной терапии	0,5-0,75 мг/кг/сут.	0,4-0,6 мг/кг/сут.	2–3 мг/кг/сут.

Сокращение: ЯК — язвенный колит.

Пример пересчета системных ГКС для пациента 70 кг

Клиническая ситуация (доза преднизолона)	Расчет дозы преднизолона	Эквивалент метилпреднизолона	Эквивалент гидрокортизона
0,5 мг/кг/сут.	70 × 0,5 =35 мг/сут.	28 мг/сут.	140 мг/сут.
0,75 мг/кг/сут.	70 × 0,75 =52,5 мг/сут.	42 мг/сут.	210 мг/сут.
1 мг/кг/сут.	70 × 1 =70 мг/сут.	56 мг/сут.	280 мг/сут.
1,5 мг/кг/сут.	70 × 1,5 =105 мг/сут.	84 мг/сут.	420 мг/сут.
2 мг/кг/сут.	70 × 2 =140 мг/сут.	112 мг/сут.	560 мг/сут.

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-159

Приложение 11
Шкала приверженности Национального общества доказательной фармакотерапии [13]

Модуль I. "Общая фактическая приверженность фармакотерапии"					
1	**Назначал ли Вам лечащий врач лекарственную терапию?**				
А) Да Б) Нет В) Другое _____					
2	**Укажите, как Вы поступаете в отношении приема лекарственных препаратов (выберите подходящий ответ для каждого пункта):**				
А) Прекращаю прием лекарственных препаратов:					
	всегда	часто	иногда	редко	никогда
Б) Делаю перерывы в приеме лекарственных препаратов:					
	всегда	часто	иногда	редко	никогда
В) Самостоятельно меняю терапию (меняю дозу, кратность, время приема) или принимаю препараты без согласования с врачом:					
	всегда	часто	иногда	редко	никогда
Г) Забываю принимать лекарственные препараты:					
	всегда	часто	иногда	редко	никогда
Д) Воздерживаюсь от приема назначенных лекарственных препаратов					
	всегда	часто	иногда	редко	никогда
3	**Если Вы не стали принимать или изменили прием лекарственных препаратов, укажите причину:**				
А) Опасаюсь побочных эффектов от приема лекарственных препаратов					
Б) Возникли побочные эффекты на фоне приема лекарственных препаратов					
В) Отсутствие ощутимого эффекта/улучшения от лечения					
Г) Высокая цена лекарственных препаратов					
Д) Сомневаюсь в правильности назначенной мне терапии					
Е) Не хочу принимать лекарственные препараты длительно					
Ж) Принимаю очень много разных лекарственных препаратов					
З) Сложная/неудобная схема приема лекарственных препаратов					
И) Другое (укажите)					
Модуль II. "Препарат-специфичная фактическая приверженность фармакотерапии"					
1	**Укажите, как Вы поступаете в отношении приема лекарственных препаратов**				
А) Прекращаю прием лекарственных препаратов. Укажите препараты: _____					
Б) Делаю перерывы в приеме лекарственных препаратов. Укажите препараты: _____					
В) Самостоятельно меняю терапию (меняю дозу, кратность, время приема препаратов) или принимаю препараты без согласования с врачом. Укажите препараты: _____					
Г) Забываю принимать лекарственные препараты. Укажите препараты: _____					
Д) Воздерживаюсь от приема назначенных лекарственных препаратов. Укажите препараты: _____					
2	**Если Вы не стали принимать или изменили лекарственную терапию, укажите причину:**				
А) Опасаюсь побочных эффектов от приема лекарственных препаратов. Укажите препараты: _____					
Б) Возникли побочные эффекты на фоне приема лекарственных препаратов. Укажите препараты: _____					
В) Отсутствие ощутимого эффекта /улучшения от лечения. Укажите препараты: _____					
Г) Высокая цена лекарственных препаратов. Укажите препараты: _____					
Д) Сомневаюсь в правильности назначенной мне терапии. Укажите препараты: _____					
Е) Не хочу принимать лекарственные препараты длительно. Укажите препараты: _____					
Ж) Принимаю очень много разных лекарственных препаратов					
З) Сложная/неудобная схема приема лекарственных препаратов					
И) Другая причина (укажите) _____					
Модуль III. "Потенциальная приверженность фармакотерапии"					
1	**Собираетесь ли Вы принимать лекарственные препараты, рекомендованные Вам врачом?**				
	1) Нет 2) Скорее нет, чем да 3) Скорее да, чем нет 4) Да				

Инструкция:

- Определение балла проводится по ответу на вопрос 2 из модуля I.
- При выявлении неприверженности по модулю I, следует перейти к модулю II для оценки приверженности к каждому лекарственному препарату индивидуально.
- По модулю III оценивается потенциальная приверженность (намерения пациента выполнять врачебные рекомендации) к фармакотерапии.

Ключ к модулю I по вопросу 2

Вопрос	Варианты ответа "всегда", "часто", "иногда", "редко" приравниваются к одному результату	Вариант ответа: "никогда"	Результат **NB! Баллы не суммируются! Для определения уровня приверженности отбирается балл с максимальным значением по полученным ответам**
А	3 балла	0 баллов	0 баллов — полная приверженность
Б	2 балла		1 балл — частичная (неполная), вторичная неприверженность, ненамеренные нарушения врачебных рекомендаций
В	2 балла		2 балла — частичная (неполная), вторичная неприверженность, намеренные нарушения врачебных рекомендаций (в т. ч. самолечение)
Г	1 балл		3 балла — полная, вторичная неприверженность
Д	4 балла		4 балла — полная, первичная неприверженность

Ключ к модулю III Номер вопроса:

1 — потенциально не привержен
2 — потенциально частично не привержен
3 — потенциально частично привержен
4 — потенциально привержен

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-159

Приложение 12
Безопасность препаратов при беременности [14, 27]

Препарат	Периконцепция	Беременность	Лактация
Месалазин (5-АСК)	Совместим	Совместим	Совместим
Сульфасалазин	Совместим (♀); избегать у ♂ за 3 мес.	Совместим + фолиевая кислота 2 мг/сут.	Совместим
Глкюкокортикостериоды	Совместим	Совместим (короткие курсы)	Совместим
Тиопурины (АЗА, 6-МП)	Совместим	Совместим (мониторинг метаболитов, ферментов печени)	Совместим
Метотрексат	Противопоказан (♀ — отмена за 3-6 мес.)	Противопоказан	Неясно
Ингибиторы ФНО-α (инфликсимаб, адалимумаб, голимумаб, цертолизумаб)	Совместим	Совместим (продолжать на протяжении всей беременности)	Совместим
Ведолизумаб	Совместим	Совместим	Совместим
Устекинумаб	Совместим	Совместим	Совместим
Гуселькумаб	Совместим	Совместим	Совместим
Янус киназы (тофацитиниб, упадацитиниб)	Избегать	Избегать (только при отсутствии альтернатив)	Не кормить грудью
Модуляторы S1P (озанимод)	Избегать (отмена за 3-6 мес.)	Избегать (только при отсутствии альтернатив)	Не кормить грудью

Сокращения: 5-АСК — 5-аминосалициловая кислота, АЗА — азатиоприн, ФНО-α — фактор некроза опухоли альфа.

Литература/References

1. Piovani D, Danese S, Peyrin-Biroulet L, Bonovas S. Inflammatory bowel disease: estimates from the global burden of disease 2017 study. Aliment Pharmacol Ther. 2020;51(2):261-70. doi:10.1111/apt.15542.
2. Le Berre C, Honap S, Peyrin-Biroulet L. Ulcerative colitis. Lancet. 2023;402(10401): 571-84. doi:10.1016/S0140-6736(23)00966-2.
3. Gros B, Kaplan GG. Ulcerative Colitis in Adults: A Review. JAMA. 2023;330(10):951-65. doi: 10.1001/jama.2023.15389.
4. Ng SC, Shi HY, Hamidi N, et al. Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: a systematic review of population-based studies. Lancet. 2017;390(10114):2769-78. doi:10.1016/S0140-6736(17)32448-0. Erratum in: Lancet. 2020;396(10256):e56. doi:10.1016/S0140-6736(20)32028-6.
5. Khavkin AI, Novikova VP, Naletov AV, et al. Current global trends in the epidemiology of inflammatory bowel diseases. Russian Journal of Evidence-Based Gastroenterology. 2025;14(3):104 17. (In Russ.) Хавкин А.И., Новикова В.П., Налетов А.В. и др. Глобальные тенденции эпидемиологии воспалительных заболеваний кишечника на современном этапе. Доказательная гастроэнтерология. 2025;14(3):104 17. doi:10.17116/dokgastro202514031104. EDN: BLHJKC.
6. Bakulin IG, Skalinskaya MI, Skazyvaeva EV. North-Western register of patients with inflammatory bowel diseases: achievements and lessons learned. Koloproktologia. 2022;21(1):37-49. (In Russ.) Бакулин И.Г., Скалинская М.И., Сказываева Е.В. Северо-Западный регистр пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника: достижения и уроки. Колопроктология. 2022;21(1):37-49. doi:10.33878/2073-7556-2022-21-1-37-49. EDN: ITCUJP.
7. Belousova EA, Shelygin YuA, Achkasov SI, et al. Clinical and Demographic Features and Treatment Approaches for Inflammatory Bowel Diseases (Crohn's Disease, Ulcerative Colitis) in the Russia. The Primery Results of the Analysis of the National Register. Koloproktologia. 2023;22(1):65-82. (In Russ.) Белоусова Е.А., Шелыгин Ю.А., Ачкасов С.И. и др. Клинико-демографические характеристики и лечебные подходы у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (болезнь Крона, язвенный колит) в РФ. Первые результаты анализа национального Регистра. Колопроктология. 2023;22(1):65-82. doi:10.33878/2073-7556-2023-22-1-65-82. EDN: IMBCQN.
8. Drapkina OM, Drozdova LYu, Kalinina AM, et al. Organization of preventive medical examination and medical examination of certain groups of the adult population. Methodological recommendations. Edited by 2nd edition. Federal State Budgetary Institution "NMITS TPM" of the Ministry of Health of Russia, 2020. p. 232. (In Russ.) Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю., Калинина А.М. и др. Организация проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации. Под ред. 2-е издание. ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России, 2020. с. 232. ISBN: 978-5-6043991-1-8. EDN: QWHFZK.
9. Drapkina OM, Briko NI, Namazova-Baranova LS, et al. Immunoprophylaxis. Guidelines (second edition). Primary Health Care (Russian Federation). 2025; 2(3):135-262. (In Russ.) Драпкина О.М., Брико Н.И., Намазова-Баранова Л.С. и др. Иммунопрофилактика. Методические рекомендации (второе издание). Первичная медико-санитарная помощь. 2025;2(3):135-262. doi:10.15829/3034-4123-2025-76. EDN: DBKJIQ.
10. Kucharzik T, Ellul P, Greuter T, et al. ECCO Guidelines on the Prevention, Diagnosis, and Management of Infections in Inflammatory Bowel Disease. J Crohns Colitis. 2021 Jun 22;15(6):879-913. doi: 10.1093/ecco-jcc/jjab052. Erratum in: J Crohns Colitis. 2023;17(1):149. doi:10.1093/ecco-jcc/jjac104.
11. Drapkina O.M., Gambaryan M.G., Kalinina A.M., Shepel R.N. Organization and provision of medical care aimed at stopping tobacco consumption, treating tobacco addiction, and the consequences of tobacco consumption. Methodological recommendations. Voronezh: LLC "Kantstovary", 2019, 66 p. (In Russ.) Драпкина О.М., Гамбарян М.Г., Калинина А.М., Шепель Р.Н. Организация и оказание медицинской помощи, направленной на прекращение потребление табака, лечение табачной зависимости и последствий потребления табака. Методические рекомендации. Воронеж: ООО "Канцтовары", 2019, 66 с. ISBN: 978-5-6043603-3-0.
12. Drapkina OM, Avalueva EB, Bakulin IG, et al. Management of patients with iron deficiency anemia in the context of primary health care. Guidelines. Primary Health Care (Russian Federation). 2025;2(3):55-114. (In Russ.) Драпкина О.М., Авалуева Е.Б., Бакулин И.Г. и др. Ведение пациентов с железодефицитной анемией на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи. Методические рекомендации. Первичная медико-санитарная помощь. 2025;2(3):55-114. doi:10.15829/3034-4123-2025-61. EDN: UKRRDT.
13. Lukina YuV, Kutishenko NP, Martsevich SYu, Drapkina OM. The Questionnaire Survey Method in Medicine on the Example of Treatment Adherence Scales. Rational Pharmacotherapy in Cardiology. 2021;17(4):576-83. (In Russ.) Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П., Марцевич С.Ю., Драпкина О.М. Разработка и валидизация новых опросников в медицине на примере шкалы приверженности лекарственной терапии. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2021; 17(4):576-83. doi:10.20996/1819-6446-2021-08-02. EDN: LBFQNW.
14. Nielsen OH, Gubatan JM, Kolho KL, et al. Updates on the management of inflammatory bowel disease from periconception to pregnancy and lactation. Lancet. 2024;403(10433):1291-303. doi:10.1016/S0140-6736(24)00052-7.
15. Memel Z, Yu A, Fenton C, et al. The Effect of Low-Dose Aspirin on Disease Activity in Pregnant Individuals With Inflammatory Bowel Disease. Am J Gastroenterol. 2025;120(11):2603-10. doi:10.14309/ajg.0000000000003304.
16. Valentini L, Schaper L, Buning C, et al. Malnutrition and impaired muscle strength in patients with Crohn's disease and ulcerative colitis in remission. Nutrition. 2008;24(7-8):694-702. doi:10.1016/j.nut.2008.03.018.
17. Vagianos K, Bector S, McConnell J, Bernstein CN. Nutrition assessment of patients with inflammatory bowel disease. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2007;31(4):311-9. doi:10.1177/0148607107031004311.
18. Levine A, Rhodes JM, Lindsay JO, et al. Dietary Guidance From the International Organization for the Study of Inflammatory Bowel Diseases. Clin Gastroenterol Hepatol. 2020;18(6):1381-92. doi:10.1016/j.cgh.2020.01.046.
19. Brotherton CS, Martin CA, Long MD, et al. Avoidance of Fiber Is Associated With Greater Risk of Crohn's Disease Flare in a 6-Month Period. Clin Gastroenterol Hepatol. 2016;14(8):1130-6. doi:10.1016/j.cgh.2015.12.029.
20. Hashash JG, Elkins J, Lewis JD, Binion DG. AGA Clinical Practice Update on Diet and Nutritional Therapies in Patients With Inflammatory Bowel Disease: Expert Review. Gastroenterology. 2024;166(3):521-32. doi:10.1053/j.gastro.2023.11.303.
21. Pedersen N, Ankersen DV, Felding M, et al. Low-FODMAP diet reduces irritable bowel symptoms in patients with inflammatory bowel disease. World J Gastroenterol. 2017;23(18):3356-66. doi:10.3748/wjg.v23.i18.3356.
22. Evans JP, Steinhart AH, Cohen Z, McLeod RS. Home total parenteral nutrition: an alternative to early surgery for complicated inflammatory bowel disease. J Gastrointest Surg. 2003;7(4):562-6. doi:10.1016/S1091-255X(02)00132-4.
23. Turner D, Steinhart AH, Griffiths AM. Omega 3 fatty acids (fish oil) for maintenance of remission in ulcerative colitis. Cochrane Database Syst Rev. 2007;(3):CD006443. doi:10.1002/14651858.CD006443.
24. Lewis JD, Sandler RS, Brotherton C, et al.; DINE-CD Study Group. A Randomized Trial Comparing the Specific Carbohydrate Diet to a Mediterranean Diet in Adults With Crohn's Disease. Gastroenterology. 2021;161(3):837-52. doi:10.1053/j.gastro.2021.05.047. Erratum in: Gastroenterology. 2022;163(5):1473. doi:10.1053/j.gastro.2022.07.058.
25. Kaibysheva VO, Zharova ME, Filimendikova KYu, Nikonov EL. Diseases associated with impaired composition. Intestinal microbiota. Doctor.Ru. 2021;20(4):40-5. (In Russ.) Кайбышева В.О., Жарова М.Е., Филимендикова К.Ю., Никонов Е.Л. Заболевания, ассоциированные с нарушением состава. микробиоты кишечника. Доктор.Ру. 2021;20(4):40-5.
26. Nikonov EL, Aksenov VA, Skvortsova TA, Zharova ME. Immunotherapy of inflammatory bowel diseases. Doctor.ru. 2019;10(165):31-7. (In Russ.) Никонов Е.Л., Аксёнов В.А., Скворцова Т.А., Жарова М.Е. Иммунотерапия воспалительных заболеваний кишечника. Доктор.Ру. 2019;10(165):31-7. doi:10.31550/1727-2378-2019-165-10-31-37. EDN: WNPKCN.
27. Mahadevan U, Seow CH, Barnes EL, et al.; Global Consensus Group for Pregnancy and IBD. Global Consensus Statement on the Management of Pregnancy in Inflammatory Bowel Disease. Am J Gastroenterol. 2026;121(1):31-79. doi:10.14309/ajg.0000000000003651.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Драпкина Оксана Михайловна (Oksana M. Drapkina) — д.м.н., профессор, академик РАН, директор; главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава России; зав. кафедрой терапии и профилактической медицины, ORCID: 0000-0002-4453-8430;

Бакулин Игорь Геннадьевич (Igor G. Bakulin) — д.м.н., профессор, директор Института терапии; зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии им. С. М. Рысса, ORCID: 0000-0002-6151-2021;

Ливзан Мария Анатольевна (Maria A. Livzan) — д.м.н., профессор, чл.-корр. РАН, главный внештатный специалист по терапии Сибирского федерального округа, вице-президент РОПНИЗ по направлению "Гастроэнтерология", ORCID: 0000-0002-6581-7017;

Князев Олег Владимирович (Oleg V. Knyazev) — д.м.н., зав. отделением патологии кишечника; профессор научно-преподавательского отдела; главный внештатный специалист-гастроэнтеролог Департамента здравоохранения г. Москвы ORCID: 0000-0001-7250-0977;

Бордин Дмитрий Станиславович (Dmitry S. Bordin) — д.м.н., профессор, зав. отдела патологии поджелудочной железы и желчевыводящих, патологии верхних отделов пищеварительного тракта, ORCID: 0000-0003-2815-3992;

Жарова Мария Евгеньевна (Mariia E. Zharova) — к.м.н., врач-терапевт, врач-гастроэнтеролог, эксперт центра организации программ скрининга онкологических заболеваний, старший научный сотрудник отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, ORCID: 0000-0002-8325-5927;

Шепель Руслан Николаевич (Ruslan N. Shepel) — к.м.н., доцент, зам. директора по перспективному развитию медицинской деятельности, главный внештатный специалист по терапии Минздрава России в Центральном федеральном округе, ORCID: 0000-0002-8984-9056.

Адреса организаций авторов: ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Петроверигский пер., 10, стр. 3, Москва, 101990, Россия; ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России, ул. Долгоруковская, д. 4, Москва, 127006, Россия; ФГБОУ ВО "Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова" Минздрава России, ул. Кирочная, д. 41, Санкт-Петербург, 191015, Россия; ФГБОУ ВО "Омский государственный медицинский университет" Минздрава России, ул. Ленина, д. 12, Омск, 644099, Россия; ГБУЗ "Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова Департамента здравоохранения города Москвы", шоссе Энтузиастов, д. 86, Москва, 111123, Россия; ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр колопроктологии им. А.Н. Рыжих" Минздрава России, ул. Саляма Адиля, д. 2, Москва, 123423, Россия; ФГБОУ ВО "Тверской государственный медицинский университет" Минздрава России, ул. Советская, д. 4, Тверь, 170100, Россия.

Addresses of the authors' institutions: National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine of the Ministry of Health of the Russian Federation, Petroverigsky Lane, 10, bld. 3, Moscow, 101990, Russia; Russian University of Medicine of the Ministry of Health of the Russian Federation, Dolgorukovskaya str., 4, Moscow, 127006, Russia; I.I. Mechnikov North-Western State Medical University, Kirochnaya str., 41, Saint Petersburg, 191015, Russia; Omsk State Medical University, Lenina str., 12, Omsk, 644099, Russia; A.S. Loginov Moscow Clinical Research Center, Entuziastov Highway, 86, Moscow, 111123, Russia; Ryzhikh National Medical Research Center of Coloproctology, Salyama Adilya str., 2, Moscow, 123423, Russia; Tver State Medical University, Sovetskaya str., 4, Tver, 170100, Russia.

Первичная медико-санитарная помощь. 2026;3(2S):241-268.
doi: 10.15829/3034-4123-2026-150
ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

Первичная медико-санитарная помощь
Primary Health Care (Russian Federation)

Диспансерное наблюдение пациентов с интерстициальными заболеваниями легких врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации

Драпкина О. М.[1,2],
Авдеев С. Н.[3],
Бухтияров И. В.[3,4],
Смирнова М. И.[1],
Крякова М. Ю.[1*],
Шепель Р. Н.[1],
Невзорова В. А.[5],
Викторова И. А.[6],
Дроздова Л. Ю.[1],
Ипатов П. В.[1],
Калинина А. М.[1],
Мержоева З. М.[3],
Румянцева О. И.[4],
Явелов И. С.[1]

[1]ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Москва, Российская Федерация
[2]ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России, Москва, Российская Федерация
[3]ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация
[4]ФГБНУ "Научно-исследовательский институт медицины труда им. акад. Н. Ф. Измерова", Москва, Российская Федерация
[5]ФГБОУ ВО "Тихоокеанский государственный медицинский университет" Минздрава России, Владивосток, Российская Федерация
[6]ФГБОУ ВО "Омский государственный медицинский университет" Минздрава России, Омск, Российская Федерация

*Corresponding author
(Автор, ответственный за переписку):
mkryakova@gnicpm.ru

Поступила: 21.05.2026
Принята: 01.06.2026

CC BY 4.0

Интерстициальные заболевания легких (ИЗЛ) представляют собой гетерогенную группу патологий, наиболее распространенной из которых является идиопатический легочный фиброз. Причины интерстициальных заболеваний зачастую остаются неизвестными, при этом в основе патогенеза лежит постепенное замещение нормальной ткани легких фиброзной. Более чем у половины больных ИЗЛ прогрессирование фиброза, нарастание симптомов, появление дыхательной недостаточности отмечается в течение 2 лет после установления диагноза. Ранняя диагностика и своевременное установление диспансерного наблюдения является основным способом контроля заболевания, в частности — идиопатического легочного фиброза, включая замедление прогрессирования болезни, снижения частоты и тяжести обострений, снижения риска развития и прогрессирования острых и хронических заболеваний различной этиологии, способных влиять на респираторные симптомы и прогноз ИЗЛ.

Методические рекомендации предназначены для врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей), врачей-терапевтов участковых цеховых врачебных участков, медицинских сестер, работающих с указанными врачами, фельдшеров медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в случае возложения на них отдельных функций лечащего врача, в том числе по проведению диспансерного наблюдения, для врачей-специалистов — врачей-пульмонологов, врачей — аллергологов-иммунологов и других врачей-специалистов, участвующих в ведении пациентов с ИЗЛ, для руководителей медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих первичную медико-санитарную помощь, а также для студентов, ординаторов и аспирантов медицинских и фармацевтических образовательных организаций.

Ключевые слова: интерстициальные заболевания легких, диспансерное наблюдение, врач-терапевт, первичная медико-санитарная помощь.

Отношения и деятельность: нет.

Рецензенты:
Победенная Г. П. — д.м.н., профессор, зав. кафедрой внутренней медицины, пульмонологии и аллергологии ФГБОУ ВО "Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки" Минздрава России (Луганск, Россия)
Тыренко В. В. — д.м.н., профессор, начальник кафедры и клиники факультетской терапии ФГБОУ ВО "Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова" Минобороны России, Санкт-Петербург, Россия).

Методические рекомендации утверждены на заседании Ученого совета ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России (протокол № 4 от 28 апреля 2026 г.).

Для цитирования: Драпкина О. М., Авдеев С. Н., Бухтияров И. В., Смирнова М. И., Крякова М. Ю., Шепель Р. Н., Невзорова В. А., Викторова И. А., Дроздова Л. Ю., Ипатов П. В., Калинина А. М., Мержоева З. М., Румянцева О. И., Явелов И. С. Диспансерное наблюдение пациентов с интерстициальными заболеваниями легких врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации. *Первичная медико-санитарная помощь.* 2026;3(2S):241-268. doi: 10.15829/3034-4123-2026-150. EDN: ZMHNJL

Primary Health Care (Russian Federation). 2026;3(2S):241-268.
doi: 10.15829/3034-4123-2026-150
ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

Первичная медико-санитарная помощь
Primary Health Care (Russian Federation)

Follow-up of patients with interstitial lung diseases by a primary care physician. Guidelines

Drapkina O. M.[1,2],
Avdeev S. N.[3],
Bukhtiyarov I. V.[3,4],
Smirnova M. I.[1],
Kryakova M. Yu.[1*],
Shepel R. N.[1],
Nevzorova V. A.[5],
Viktorova I. A.[6],
Drozdova L. Yu.[1],
Ipatov P. V.[1],
Kalinina A. M.[1],
Merzhoeva Z. M.[3],
Rumyantseva O. I.[4],
Yavelov I. S.[1]

[1]National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine, Moscow, Russian Federation
[2]Russian University of Medicine, Moscow, Russian Federation
[3]I. M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University), Moscow, Russian Federation
[4]Izmerov Research Institute of Occupational Health, Moscow, Russian Federation
[5]Pacific State Medical University, Vladivostok, Russian Federation
[6]Omsk State Medical University, Omsk, Russian Federation

*Corresponding author:
mkryakova@gnicpm.ru

Received: 21.05.2026
Accepted: 01.06.2026

Interstitial lung diseases are a heterogeneous group of pathologies, the most common of which is idiopathic pulmonary fibrosis. The causes of interstitial diseases often remain unknown, but their pathogenesis is based on the gradual replacement of normal lung tissue with fibrous tissue. More than half of patients with interstitial lung diseases experience fibrosis progression, worsening symptoms, and the onset of respiratory failure within 2 years of diagnosis. Early diagnosis and timely follow-up are the primary means of disease management, particularly for idiopathic pulmonary fibrosis. This includes slowing disease progression, reducing the frequency and severity of exacerbations, and reducing the risk of developing and progressing different acute and chronic conditions that can affect respiratory symptoms and the prognosis of interstitial lung diseases.

These guidelines are intended for primary care physicians, general practitioners, nurses working with these physicians, and paramedics at primary care facilities performing the doctor functions, including conducting outpatient follow-up. These guidelines are also intended for specialists such as pulmonologists, allergists/immunologists, and other specialists involved in the care of patients with interstitial lung diseases. In addition, these guidelines are intended for heads of healthcare facilities (or its divisions) providing primary care, as well as students, residents, and postgraduate students at medical and pharmaceutical educational institutions.

Keywords: interstitial lung diseases, outpatient follow-up, general practitioner, Primary Health Care.

Relationships and Activities: none.

For citation: Drapkina O. M., Avdeev S. N., Bukhtiyarov I. V., Smirnova M. I., Kryakova M. Yu., Shepel R. N., Nevzorova V. A., Viktorova I. A., Drozdova L. Yu., Ipatov P. V., Kalinina A. M., Merzhoeva Z. M., Rumyantseva O. I., Yavelov I. S. Follow-up of patients with interstitial lung diseases by a primary care physician. Guidelines. *Primary Health Care (Russian Federation).* 2026;3(2S):241-268. doi: 10.15829/3034-4123-2026-150. EDN: ZMHNJL

АД — артериальное давление, БОК — балльная оценка кашля (шкала оценки дневного и ночного кашля; CSS, Cough Symptoms Score), ВАШ — визуальная аналоговая шкала, ГЭРБ — гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, ДН — диспансерное наблюдение, ИЗЛ — интерстициальные заболевания легких, ИЛФ — идиопатический легочный фиброз, не-ХС-ЛВП — не холестерин липопротеинов высокой плотности, СД — сахарный диабет, ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания, ССР — сердечно-сосудистый риск, ТШХ — тест с шестиминутной ходьбой, SpO_2 — сатурация — доля насыщенного кислородом гемоглобина в артериальной крови, SCORE — Systematic COronary Risk Evaluation (шкала для оценки риска развития фатальных сердечно-сосудистых событий в течение ближайших 10 лет), SCORE2-РФ — Systematic COronary Risk Evaluation 2 — РФ (адаптированная шкала для оценки риска развития фатальных сердечно-сосудистых событий в течение ближайших 10 лет для российских мужчин и женщин).

Интерстициальные заболевания легких (ИЗЛ) — это гетерогенная группа заболеваний и патологических состояний известной и неизвестной природы, характеризующаяся распространенным, как правило, двусторонним поражением респираторных отделов легких (альвеол, респираторных бронхиол)[1].

Идиопатический легочный фиброз (ИЛФ) — особая форма хронической прогрессирующей фиброзирующей интерстициальной пневмонии неизвестной этиологии; возникает преимущественно у людей старшего возраста, поражает только легкие и связана с гистологическим и/или компьютерно-томографическим паттерном обычной интерстициальной пневмонии[1].

При ИЛФ легочная ткань замещается рубцовой, теряя эластичность и способность к газообмену. Фиброз может быть очаговым, когда область поражения небольшая, ограниченная, или диффузным, когда поражается значительная площадь лёгочной ткани. Основные последствия включают тяжелую дыхательную и сердечную недостаточность, легочную гипертензию, постоянную одышку и высокий риск летального исхода[1].

В отсутствие лечения фиброз прогрессирует, приводя к необратимому нарушению функции дыхания. Лечение направлено на замедление прогрессирования болезни и улучшение качества жизни. ИЛФ является наиболее частой патологией из ИЗЛ.

У многих пациентов с ИЛФ прогрессирует одышка, слабость, появляется невозможность выполнять повседневные действия. ИЛФ могут приводить к депрессии и социальной изоляции. Установление диспансерного наблюдения (ДН) является основным подходом в лечении таких пациентов, т.к. необходимо своевременное определение потребности в антифибротической терапии; диагностика, лечение и профилактика сопутствующих заболеваний, способных влиять на респираторные симптомы и скорость фиброза (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), сахарный диабет (СД), гипотиреоз, респираторные инфекции, ожирение и др.); своевременное назначение респираторной поддержки и трансплантация легких, если нет противопоказаний.

Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной классификации болезней 10 пересмотра[2], подлежащих ДН врачом-терапевтом[3,4]:

J84.1 — Другие интерстициальные легочные болезни с упоминанием о фиброзе.

Основным нормативным правовым актом, регламентирующим проведение врачом-терапевтом ДН пациентов с ИЛФ является Порядок проведения ДН за взрослыми[4]. Основными источниками информации о клинических аспектах проведения диагностики и лечения ИЛФ являются клинические рекомендации[1] и иные документы.

Алгоритм диспансерного приема (осмотра, консультации) врачом-терапевтом пациента с ИЛФ представлен в таблице 1.

Таблица 1

Алгоритм диспансерного приема (осмотра, консультации) пациента с ИЛФ врачом-терапевтом[1,4,5] [1–10]

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом
1	2	3
J84.1 — Другие интерстициальные легочные болезни с упоминанием о фиброзе	**Первое посещение** — при установлении ДН; **далее** — не реже 2 раз в год, по медицинским показаниям — чаще; для пациентов с ХДН — 1 раз в 3 мес.	**Сбор жалоб с оценкой их динамики:** • выраженность одышки (Приложение 1); • характеристики кашля (Приложение 2); • непереносимость физических нагрузок; • слабость; • потеря веса; • повышения температуры; • сбор жалоб о сопутствующих заболеваниях, влияющих на течение ИЛФ, в первую очередь — ГЭРБ (изжога, отрыжка); • оценка уровня тревоги и депрессии (Приложение 3)

1 Клинические рекомендации "Идиопатический легочный фиброз", 2021. https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/677_1.

2 Международная классификация болезней 10-го пересмотра, https://mkb-10.com/index.php?pid=8073.

3 Врач-терапевт — врач-терапевт участковый, врач общей практики (семейный врач), врач-терапевт участковый цехового врачебного участка, фельдшер медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, в случае возложения отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи, в том числе по проведению диспансерного наблюдения, в соответствии с Порядком, утвержденным приказом Минздрава России от 27 марта 2025 г. № 155н. СПС "Консультант Плюс".

4 Приказ Минздрава России от 15 марта 2022 г. № 168н "Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми". СПС "Консультант Плюс".

5 Патент на промышленный образец № 148915 Схема "Алгоритм диспансерного приема (осмотра, консультации) врачом-терапевтом пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением".

doi: 10.15829/3034-4123-2026-150

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом
1	2	3
		Сбор анамнеза и анализ медицинской документации (карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях; выписной эпикриз/-ы и др.)[1,6,7,8]: • частота и тяжесть обострений (при наличии), динамика SpO_2 и других параметров функции внешнего дыхания (ФЖЕЛ, ЖЕЛ, $ОФВ_1$), площади фиброза по данным компьютерной томографии органов грудной клетки (КТ ОГК) высокого разрешения, ателектазы; • наследственный (семейный) анамнез, в т.ч. по ишемической болезни сердца, ТЭЛА, венозным и артериальным тромбозам, раку легких и др.; • анализ динамики симптомов заболевания за весь период болезни, а также от предыдущего осмотра: *При прогрессировании симптомов обязательна дифференциальная диагностика с ТЭЛА, пневмотораксом, респираторной инфекцией, аспирацией, ГЭРБ, гипотиреозом, сердечно-сосудистыми и др. заболеваниями.* • частота и тяжесть респираторных инфекций; • наличие и характеристики контроля хронических заболеваний (ГЭРБ, заболеваний верхних дыхательных путей и полости рта, сердечно-сосудистых заболеваний, хронической сердечной недостаточности, ожирения, сахарный диабет, гипотиреоза и др.), хронических инфекций, инвазий; *Достигать целевых уровней контролируемых показателей здоровья: параметров липидного спектра крови, гликемии, пуринового обмена; клинического и амбулаторного артериального давления, частоты сердечных сокращений, компенсации сердечной недостаточности; определять индивидуальный сердечно-сосудистый риск[9] [11-14] (Приложение 4).* • наличие в анамнезе венозных и артериальных тромбозов, ТЭЛА; • регистрация сведений о проводимой медикаментозной и немедикаментозной терапии, отдельное внимание уделить препаратам с потенциальным фибротическим действием и побочным эффектам антифибротических лекарственных средств: ✓ *наименования, дозы и длительность приема каждого препарата;* ✓ *анализ приверженности к проводимому медикаментозному и немедикаментозному лечению и профилактике (Приложение 5);* ✓ *оценка эффективности препаратов и побочных эффектов;* ✓ *оценка совместимости препаратов;* ✓ *отмена/замена/коррекция доз препаратов;* ✓ *вакцинный анамнез и анамнез введения препаратов для пассивной иммунизации против инфекций (Приложение 6);* ✓ *методы легочной реабилитации, их эффективность;* ✓ *при наличии — тип респираторной поддержки в домашних условиях (ХДН, нарушения дыхания во сне), длительность в сутки, достигаемый уровень SpO_2 и пульса, удовлетворенность пациентов респираторной поддержкой;* ✓ *оценка эффективности немедикаментозной терапии и профилактики (курения, ГЭРБ, респираторных инфекций и др.);* ✓ *выяснение причин невыполнения ранее назначенного лечения (при необходимости)* • общий аллергологический анамнез и сведения о непереносимости лекарственных веществ (в том числе вакцин), процедур

6 Клинические рекомендации "Злокачественное новообразование бронхов и легкого", 2025. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/30_5.

7 Клинические рекомендации "Легочная гипертензия, в том числе хроническая тромбоэмболическая легочная гипертензия", 2024. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/159_2.

8 Клинические рекомендации "Тромбоз глубоких вен конечностей", 2025. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/960_1.

9 Клинические рекомендации "Артериальная гипертензия у взрослых". 2024. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/62_3.

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом
1	2	3
		Следует учесть, что по мере прогрессирования ИЛФ, нарастания фиброза легочной ткани (возможно формирование тромбов *in situ*), а также при обострениях ИЛФ и других факторов риска (ФР) (иммобилизация, рак, др.) риск тромбоза и тромботических осложнений растет. Профилактика тромбозов и их осложнений у амбулаторных больных ИЛФ к настоящему времени не изучена и не разработана; для амбулаторных пациентов с ИЛФ целесообразно оценивать наличие других ФР тромбоза и тромботических осложнений и действовать соответствующим образом. Наиболее частой причиной смерти при ИЛФ (60%) является прогрессирующая дыхательная недостаточность, а также ишемическая болезнь сердца, ТЭЛА и рак легкого. **Оценка ФР прогрессирования фиброза, усиления респираторных симптомов, персистирующего системного воспаления, осложнений, прогностически неблагоприятных сопутствующих заболеваний, анализ динамики ФР и тактика врача:** • курение — вид, стаж, интенсивность, длительность полного отказа от курения, расчет пачка/лет по формуле: $$\frac{\text{число сигарет,выкуриваемых в день} * \text{количество лет курения}}{20}$$ *Рекомендовать полный отказ от курения любых изделий, пассивного курения, в т.ч. до начала антифибротической терапии; разъяснить последствия курения табака, электронных и др. средств доставки никотина и иных веществ, виды лечебно-профилактических мероприятий при трудностях с отказом от курения[10]; при наличии показаний направить на углубленное профилактической консультирование или к врачу — психиатру-наркологу [11].* • контакт с профессиональными факторами (включая неорганическую пыль (металлическая, минеральная); органическую пыль (растительная или животная), пыль искусственного происхождения (пластмассы, резины, смолы), смешанную пыль, промышленные аэрозоли сложного состава), различными химическими соединениями и лекарственными препаратами, грибками/плесенью, работа в неблагоприятных климатических и природных условиях, работа в условиях высоких или низких температур, влажности, сменный график работы, а также оценка продолжительности работы в условиях воздействия вредных производственных факторов. *Рекомендовать полное исключение таких контактов, включая смену трудовой деятельности, ношение с собой и применение в случае риска контакта средств индивидуальной и общей защиты, промывание полости носа после работы и в перерывах, санитарно-гигиенические и другие профилактические мероприятия, при необходимости — направление к врачу-профпатологу.* • ГЭРБ и другие заболевания пищевода (риск микроаспираций содержимого желудка) [15]. *Профилактика, лечение (регулярная терапия блокатором протонной помпы, если показана), направление к врачу-гастроэнтерологу при наличии показаний, при тяжелой форме — хирургическое лечение.* • метаболические (эндокринные) заболевания (сахарный диабет, гипотиреоз). *Своевременная диагностика и лечение с достижением целевых уровней показателей здоровья.* • ожирение (может ухудшать респираторные симптомы из-за усиления рестрикции, возможной ночной гиповентиляции, др. нарушений дыхания во сне). *Лечение, подбор пищевого рациона; респираторная поддержка при наличии показаний; наблюдение врача-невролога, специалиста по респираторной поддержке.*

[10] Обучающий видеофильм "Краткое консультирование курящего пациента 5С". https://ropniz.ru/doctor-pm/doctor/instruction/education.

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-150

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом
1	2	3
		• респираторные инфекции (могут ухудшать прогноз и выраженность респираторных симптомов). *Направление на вакцинацию при отсутствии противопоказаний или решение вопроса о пассивной иммунизации для иммунокомпрометированных пациентов (Приложение 6); рекомендовать ограничение контактов с больными острыми и хроническими инфекциями дыхательных путей, использование средств индивидуальной защиты, других мероприятий, особенно в периоды распространения и эпидемий респираторных инфекций; для иммунокомпрометированных пациентов — иммунизация при участии врачей-специалистов.* *Рекомендовать пациенту прием противовирусного препарата при первых признаках ОРВИ или контакте с больным для профилактики тяжелого течения заболевания*[11,12]. **Физикальное исследование:** • общий осмотр, оценка состояния сознания, положения, телосложения, кожи, ее придатков (возможно наличие изменений дистальных фаланг пальцев рук по типу "барабанных палочек", а ногтей — по типу "часовых стекол"), глаз, видимых слизистых, определение наличия, выраженности и характера отеков, состояние вен; • осмотр глотки, миндалин, полости рта, языка; • осмотр шеи, щитовидной железы • пальпация лимфатических узлов, молочных/грудных желез; • перкуссия и аускультация области сердца, сонных артерий; • пальпация, перкуссия и аускультация грудной клетки (двусторонняя трескучая крепитация, особенно в базальных отделах в конце вдоха, ее распространенность; экскурсия легких, появление "немых" участков с притуплением перкуторного звука); • перкуссия, пальпация живота, печени, селезенки; • подсчет частоты дыхательных движений; • оценка общего состояния. **Выполнение инструментальных исследований на диспансерном приеме (сравнение показателей с нормой и/или целевым уровнем, анализ динамики):** • измерение роста, веса, расчет индекса массы тела; • измерение окружности талии; • измерение артериального давления [16], частоты сердечных сокращений; • пульсоксиметрия: *обязательно проведение пульсоксиметрии при физической нагрузке (например, тест с шестиминутной ходьбой) у пациентов с нормальным уровнем SpO_2 в покое (95-99%);* • термометрия **Функциональные пробы (сравнение показателей с данными предыдущего теста):** • тест с шестиминутной ходьбой (тест с шестиминутной ходьбой Приложение 7) — при отсутствии противопоказаний (не рекомендован пациентам с поздней стадией ИЛФ) *Первым признаком появления или усугубления дыхательной недостаточности может быть десатурация (снижение SpO_2) при ходьбе, др. физической нагрузке на 4-5% по сравнению с исходным значением в покое до начала нагрузки.* ***SpO_2 <88% в покое или десатурация SpO_2 <88% при физической нагрузке** — показание к длительной кислородотерапии в домашних условиях 15 ч/сут. и более*

[11] Клинические рекомендации "Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) у взрослых", 2025. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/724_2.

[12] Клинические рекомендации "Грипп у взрослых", 2025. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/749_2.

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом
1	2	3
		Иные инструментальные исследования (сравнение показателей с нормой и/или целевым уровнем, анализ динамики): • исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков, контроль ФЖЕЛ, ЖЕЛ, $ОФВ_1$ (при отсутствии медицинских противопоказаний) — спирометрия **(1 раз в 3–6 мес. в зависимости от тяжести течения заболевания)**; проведение бронходилатационного теста при наличии показаний и отсутствии медицинских противопоказаний; • КТ ОГК высокого разрешения — **не реже 1 раза в год**; • бодиплетизмография (оценка DLCO) — **1 раз в 3–6 мес. в зависимости от скорости прогрессирования заболевания и частоты/тяжести обострений**; • исследования для скрининга ночной десатурации с последующей диагностикой типа и тяжести нарушения дыхания во время сна (дыхательной недостаточности во сне), если подтверждена десатурация (обструктивное апноэ сна, синдром ожирения-гиповентиляции, др.) (например, кардиореспираторный мониторинг ночной) Пациентам с нормальной дневной сатурацией, но десатурацией ночью показана ночная кислородотерапия Пациентам с ночной гиперкапнией, ассоциированной с апноэ сна, синдромом ожирения-гиповентиляции показана СИПАП-терапия (в т.ч. с кислородотерапией, если выраженный легочный фиброз и СИПАП-терапия не обеспечивают удовлетворительную сатурацию во время сна при хорошем контроле pCO_2) *При наличии показаний:* • электрокардиография и другие исследования **Лабораторные исследования (сравнение показателей с нормой и/или целевым уровнем, анализ динамики):** *При наличии показаний:* • общий (клинический) анализ крови развернутый (с лейкоцитарной формулой, скорость оседания эритроцитов); • С-реактивный белок; • иные исследования 1. При лечении ***нинтеданибом*** — контроль нейтрофилов, АСТ, АЛТ (увеличение в 5 раз от верхней границы нормы требует перерыва в лечении; возобновляют терапию, если АЛТ, АСТ вернулись к исходным значениям; если поражение/заболевание печени — прекращение терапии). 2. При лечении ***пирфенидоном*** — контроль АСТ, АЛТ, билирубина общего: 1 раз/мес. первые 6 мес., затем — каждые 3 мес.; при необходимости — коррекция дозы. **Консультации врачей-специалистов (в том числе с применением телемедицинских технологий)[13]:** *При наличии показаний:* • врач-пульмонолог; • врач-оториноларинголог; • врач-гастроэнтеролог; • врач-эндокринолог; • врач — аллерголог-иммунолог; • врач-фтизиатр; • врач-онколог; • врач-кардиолог; • врач-профпатолог и другие врачи-специалисты **Оценка достижения целевых показателей здоровья:** • стойкий отказ от курения и употребления никотинсодержащей продукции; • профилактика внешне-средовых ингаляционных воздействий;

[13] Приказ Минздрава России от 11 апреля 2025 г. № 193н "Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий". СПС "Консультант Плюс".

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-150

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом
1	2	3
		• сохранение ФЖЕЛ по данным спирометрии или снижение менее, чем на 5% от предыдущих величин; • сохранение DLCO >40%; • сохранение SpO_2 на уровне не <93% в покое при дыхании комнатным воздухом и на фоне кислородотерапии (если показана); • проведена иммунизация против гриппа, пневмококковой инфекции (Приложение 6) **Краткое профилактическое консультирование (при наличии ФР):** *Включает обсуждение всех индивидуальных ФР (см. выше), рекомендации по немедикаментозной и медикаментозной профилактике модифицируемых ФР, психоэмоционального стресса, тревоги, депрессии, что важно для всех пациентов, особенно с ХДН, сопутствующими хроническими неинфекционными заболеваниями* **Назначение или корректировка немедикаментозной и медикаментозной терапии и профилактики, выдача рекомендаций:** • назначение/корректировка антифибротической терапии показаны, если: ✓ *относительное снижение ФЖЕЛ ≥10% от должного;* ✓ *относительное снижение 5% ≤ФЖЕЛ <10% от должного и усиление респираторных симптомов (увеличение баллов mMRC);* ✓ *относительное снижение 5% ≤ФЖЕЛ <10% от должного и увеличение распространенности фиброза по данным КТ ОГК высокого разрешения;* ✓ *усиление респираторных симптомов (увеличение баллов mMRC) и увеличение распространенности фиброза по данным КТ ОГК высокого разрешения* • назначение/корректировка методов респираторной поддержки [17]; • лечение сопутствующих заболеваний, особенно относящихся к ФР прогрессирования, обострений и осложнений ИЛФ (см. выше); • лечебная гимнастика, регулярные дозированные аэробные физические нагрузки (с применением кислородотерапии при ХДН); • учет побочных эффектов и совместимости препаратов; • оформление и выдача рецептов; • выдача памяток о лечении ИЛФ и профилактике ФР (Приложение 8) **Определение наличия показаний и отсутствия противопоказаний для направления на госпитализацию** *Экстренная госпитализация в стационар осуществляется при обострении ИЛФ (нарастание одышки, ухудшение оксигенации) или при развитии осложнений ИЛФ (ТЭЛА, острая инфекция нижних дыхательных путей), других показаниях* **При отсутствии противопоказаний — направление в отделение (кабинет) медицинской реабилитации**[14] *Всем пациентам с ИЛФ рекомендуется проводить легочную реабилитацию, объем которой определяется тяжестью состояния больного (аэробные тренировки скелетной и дыхательной мускулатуры, обучение пациентов, коррекция нутритивного статуса, психологическая помощь)* **Направление на вакцинацию** (Приложение 6): • против гриппа ежегодно в августе-сентябре; • против пневмококковой инфекции в соответствии с иммунным статусом пациента; • против других инфекционных заболеваний; • составление/коррекция индивидуального плана вакцинопрофилактики; • направление пациента с первичными и вторичными иммунодефицитами (иммунокомпрометированных) к врачу — аллергологу-иммунологу и др. врачам-специалистам Лицам, находящихся в тесном контакте с пациентом (особенно при наличии легочного трансплантата), необходима иммунизация против инфекционных заболеваний

[14] Приказ Минздрава России от 31 июля 2020 г. № 788н "Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых". СПС "Консультант Плюс".

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом
1	2	3
		Определение показаний к трансплантации легких[15] [17]: *снижение ФЖЕЛ на 10% или более в течение 6 мес.* *SpO_2 <88% при тесте с шестиминутной ходьбой, или дистанция <250 метров, или отрицательная динамика >50 метров в течение 6 мес.;* *DLCO <40% от должных величин или снижение на 15% и более в течение 6 мес.;* *легочная гипертензия по данным катетеризации правых отделов сердца или по данным эхокардиографического исследования* Для пациентов с легочным трансплантатом необходимо соблюдение частоты визитов ДН, назначенных врачом-специалистом, контроль приверженности к иммуносупрессивной терапии, ее эффективности и безопасности, рациональности сочетания с другими лекарственными средствами, контроль иммунизации против инфекционных заболеваний с учетом иммунного статуса, а также контроль иммунизации лиц, находящихся в тесном контакте с пациентом (Приложение 6) **Определение медицинских показаний к оказанию паллиативной медицинской помощи**[16]: • дыхательная недостаточность 3 степени в период ремиссии заболевания (одышка в покое или при незначительной физической нагрузке); • нуждаемость в респираторной поддержке вследствие дыхательной недостаточности (ночная десатурация, требующая кислородотерапии во время сна; необходимость кислородотерапии ХДН 15 ч/сут. и более; необходимость кислородотерапии ХДН с помощью СИПАП при апноэ сна, др. нарушениях дыхания во сне, характеризующихся гиперкапнией). **Определение медицинских показаний для направления пациента на медико-социальную экспертизу**[12,17,18] **Формулирование клинического диагноза и информирование пациента о результатах проведенного диспансерного приема (осмотра, консультации):** • о целевых уровнях показателей здоровья, выдача рекомендаций; • о необходимости прохождения углубленного профилактического консультирования с целью коррекции ФР в отделении/кабинете медицинской профилактики или центре здоровья (при наличии ФР хронических неинфекционных заболеваний); • о необходимости регулярного диспансерного наблюдения, в т.ч. по сопутствующим заболеваниям; • о необходимости прохождения диспансеризации и ежегодно профилактического медицинского осмотра[19]; • о дате следующей явки.

[15] Приказ Минздрава России от 10 апреля 2025 г. № 180н "Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации". СПС "Консультант Плюс".

[16] Приказ Минздрава России № 208н, Минтруда России № 243н от 14 апреля 2025 г. "Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья". СПС "Консультант Плюс".

[17] Постановление Правительства Российской Федерации от 05 апреля 2022 г. № 588 "О признании лица инвалидом". СПС "Консультант Плюс".

[18] Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации". СПС "Консультант Плюс".

[19] Приказ Минздрава России от 27 апреля 2021 г. № 404н "Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения". СПС "Консультант Плюс".

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-150

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом
1	2	3
		Оформление медицинской документации (в том числе в форме электронных документов)[20]: • формы №025/у "Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях"[21]; • формы №057/у "Направление для оказания медицинской помощи"[22] (при необходимости); • для врачебной комиссии (при необходимости); • иной документации

Сокращения: АЛТ — аланинаминотрансфераза, АСТ — аспартатаминотрансфераза, ГЭРБ — гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, ЖЕЛ — жизненная емкость легких, ИЛФ — идиопатический легочный фиброз, КТ ОГК — компьютерная томография органов грудной клетки, ОРВИ — острая респираторная вирусная инфекция, $ОФВ_1$ — объем форсированного выдоха за первую секунду, СИПАП — поддержки с созданием постоянного положительного давления в дыхательных путях без использования интубационной трубки, ТЭЛА — тромбоэмболия легочной артерии, ФЖЕЛ — форсированная жизненная емкость легких, ФР — фактор риска, ХДН — хроническая дыхательная недостаточность, SpO_2 — сатурация — доля насыщенного кислородом гемоглобина в крови, измеренная пульсоксиметром, DLCO — Diffusing Capacity of the Lungs for Carbon Monoxide (диффузионная способность легких по монооксиду углерода), mMRC — the Modified Medical Research Council Dyspnea Scale (модифицированная шкала Британского медицинского исследовательского совета для оценки тяжести одышки).

[20] Приказ Минздрава России от 07 сентября 2020 г. № 947н "Об утверждении Порядка организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов". СПС "Консультант Плюс".

[21] Приказ Минздрава России от 13 мая 2025 г. № 274н "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков их ведения". СПС "Консультант Плюс".

[22] Приказ Минздрава России от 02 сентября 2025 г. № 519н "Об утверждении учетной формы "Направление для оказания медицинской помощи" и порядка ее ведения". СПС "Консультант Плюс".

Приложение 1
Оценка одышки по шкале mMRC

Шкала mMRC — модифицированная шкала Британского медицинского исследовательского совета для оценки тяжести одышки [18].

Пациент выбирает один пункт, наиболее соответствующий его одышке.

Ф.И.О. _____ Дата " _____ " _____ 20 _____ г.

Степень	Тяжесть	Описание
0	Нет	Одышка только при очень интенсивной нагрузке
1	Легкая	Одышка при быстрой ходьбе
2	Средняя	Одышка заставляет идти медленнее, чем люди того же возраста
3	Тяжелая	Одышка заставляет останавливаться при ходьбе примерно через каждые 100 м
4	Очень тяжелая	Одышка не позволяет выйти за пределы дома или появляется при переодевании

Примечание: дополнительный анализ причин усиления одышки у пациентов с ИЛФ при увеличении баллов особенно важен при наличии других заболеваний, ассоциированных с одышкой, для улучшения их контроля. Увеличение балла требует дифференциальной диагностики причин. С одышкой ассоциируются: астенический синдром, анемия, ожирение, кахексия, гипотиреоз, хроническая сердечная недостаточность, тромбоэмболия легочной артерии, нервно-мышечные заболевания, др. патологии. Если увеличение баллов связано с нарастанием дыхательной недостаточности, рассматривают целесообразность коррекции терапии ИЛФ[1].

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-150

Приложение 2
Шкалы для оценки кашля

Анализ характеристик кашля важен для оценки течения ИЛФ, потребности в симптоматической терапии. Следует учитывать, что кашель может быть и проявлением плохого контроля ГЭРБ, патологии верхних дыхательных путей, неврологических заболеваний, гельминтозов и других болезней. Ночной кашель (в положении лежа) может быть проявлением ГЭРБ, хронической сердечной недостаточности, апноэ сна и др. заболеваний. Выраженный кашель у пациента с ИЛФ требует назначения симптоматической терапии (противокашлевые, бронхолитические препараты), при их неэффективности у пациента с мучительным кашлем рассматривается вопрос о назначении опиоидных анальгетиков в рамках оказания паллиативной медицинской помощи[1].

Основные количественные методики оценки кашля при динамическом наблюдении включают визуальную аналоговую шкалу выраженности кашля (ВАШ, рисунок 1) и шкалу оценки дневного и ночного кашля (шкалу симптомов кашля, или Балльную оценку кашля — БОК; Cough Symptoms Score — CSS; таблица 1). Дополнительно можно оценивать характеристики кашля по дневнику тяжести кашля (Cough Severity Diary — CSD), Лестерскому вопроснику по кашлю (Leicester Cough Questionnaire — LCQ) и вопроснику качества жизни при кашле (Cough Specific Quality of Life Questionnaire — CQLQ) [7, 19-21].

ВАШ выраженности кашля — это рисунок с 10-балльной шкалой, в которой отсутствие кашля соответствует 0 баллов, а наличие мучительного, изнуряющего кашля — 10 баллам [7]. Пациент самостоятельно должен отметить балл, наиболее точно отражающий выраженность симптомов кашля.

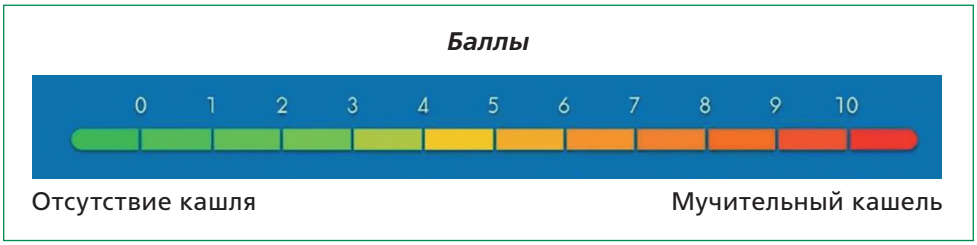


Рис. 1. Визуальная аналоговая шкала оценки кашля (ВАШ).

БОК, или Шкала оценки дневного и ночного кашля (CSS), основана на анализе количества и выраженности кашлевых толчков в дневное и ночное время, а также их влияния на дневную активность и сон (таблица 1). БОК демонстрирует бóльшую, по сравнению с ВАШ, корреляцию с объективными характеристиками кашля [7, 21]. По этой шкале оценивают сумму баллов, характеризующих дневной и ночной кашель. БОК является более точным инструментом для анализа кашля при динамическом наблюдении больного.

Таблица 1

Балльная оценка кашля (БОК; Шкала оценки дневного и ночного кашля; Cough Symptoms Score, CSS)

Баллы	Дневное время	Баллы	Ночное время
0	Нет кашля	0	Нет кашля
1	Единичные кашлевые толчки	1	Кашель, не прерывающий сон
2	Редкий кашель в течение дня	2	Кашель, приводящий к прерыванию сна не более 2 раз за ночь
3	Частый кашель, не влияющий на дневную активность	3	Кашель, приводящий к прерыванию сна более 2 раз за ночь
4	Частый кашель, снижающий дневную активность	4	Частое прерывание сна из-за кашля
5	Тяжелый кашель, невозможность вести обычную активность	5	Кашель, не дающий возможности заснуть

Приложение 3
Госпитальная шкала тревоги и депрессии [22]

Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) включает 14 вопросов, которые помогают определить степень выраженности симптомов тревоги и депрессии.

Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа. Необходимо выбрать тот из ответов, который соответствует состоянию пациента, а затем просуммировать баллы в каждой части.

Ф.И.О. _____ Дата " _____ " _____ 20 _____ г.

Часть I (оценка уровня ТРЕВОГИ)

1. Я испытываю напряжение, мне не по себе
3 — все время
2 — часто
1 — время от времени, иногда
0 — совсем не испытываю

2. Я испытываю страх, кажется, что что-то ужасное может вот-вот случиться
3 — определенно это так, и страх очень велик
2 — да, это так, но страх не очень велик
1 — иногда, но это меня не беспокоит
0 — совсем не испытываю

3. Беспокойные мысли крутятся у меня в голове
3 — постоянно
2 — большую часть времени
1 — время от времени и не так часто
0 — только иногда

4. Я легко могу присесть и расслабиться
0 — определенно, это так
1 — наверно, это так
2 — лишь изредка, это так
3 — совсем не могу

5. Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь
0 — совсем не испытываю
1 — иногда
2 — часто
3 — очень часто

6. Я испытываю неусидчивость, мне постоянно нужно двигаться
3 — определенно, это так
2 — наверно, это так
1 — лишь в некоторой степени, это так
0 — совсем не испытываю

7. У меня бывает внезапное чувство паники
3 — очень часто
2 — довольно часто
1 — не так уж часто
0 — совсем не бывает

Количество баллов в I части ____

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-150

Часть II (оценка уровня ДЕПРЕССИИ)

1. То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство
0 — определенно, это так
1 — наверное, это так
2 — лишь в очень малой степени, это так
3 — это совсем не так

2. Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное
0 — определенно, это так
1 — наверное, это так
2 — лишь в очень малой степени, это так
3 — совсем не способен

3. Я испытываю бодрость
3 — совсем не испытываю
2 — очень редко
1 — иногда
0 — практически все время

4. Мне кажется, что я стал все делать очень медленно
3 — практически все время
2 — часто
1 — иногда
0 — совсем нет

5. Я не слежу за своей внешностью
3 — определенно, это так
2 — я не уделяю этому столько времени, сколько нужно
1 — может быть, я стал меньше уделять этому времени
0 — я слежу за собой так же, как и раньше

6. Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения
0 — точно так же, как и обычно
1 — да, но не в той степени, как раньше
2 — значительно меньше, чем обычно
3 — совсем так не считаю

7. Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы
0 — часто
1 — иногда
2 — редко
3 — очень редко

Количество баллов во II части _____

Интерпретация результатов отдельно для каждой части
0-7 баллов: "норма" (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги/депрессии);
8-10 баллов: "субклинически выраженная тревога/депрессия";
11 баллов и выше: "клинически выраженная тревога/депрессия".

Приложение 4
Оценка индивидуального сердечно-сосудистого риска[9,19] [2, 3, 23, 24]

ИЛФ может индуцировать дебют или прогрессирование сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), например, ишемическая болезнь сердца, тромбоэмболия легочной артерии, в связи с чем у каждого пациента целесообразно оценивать индивидуальный сердечно-сосудистый риск (ССР) для уточнения мер профилактики ССЗ и сердечно-сосудистых осложнений (таблица 1).

В случае отсутствия у пациента установленных атеросклеротических ССЗ, СД 2 типа, хроническая болезнь почек, семейной гиперхолестеринемии и тяжелой сопутствующей патологии рекомендовано оценить ССР по шкале SCORE2-РФ (рисунок 1).

Таблица 1

Категории ССР

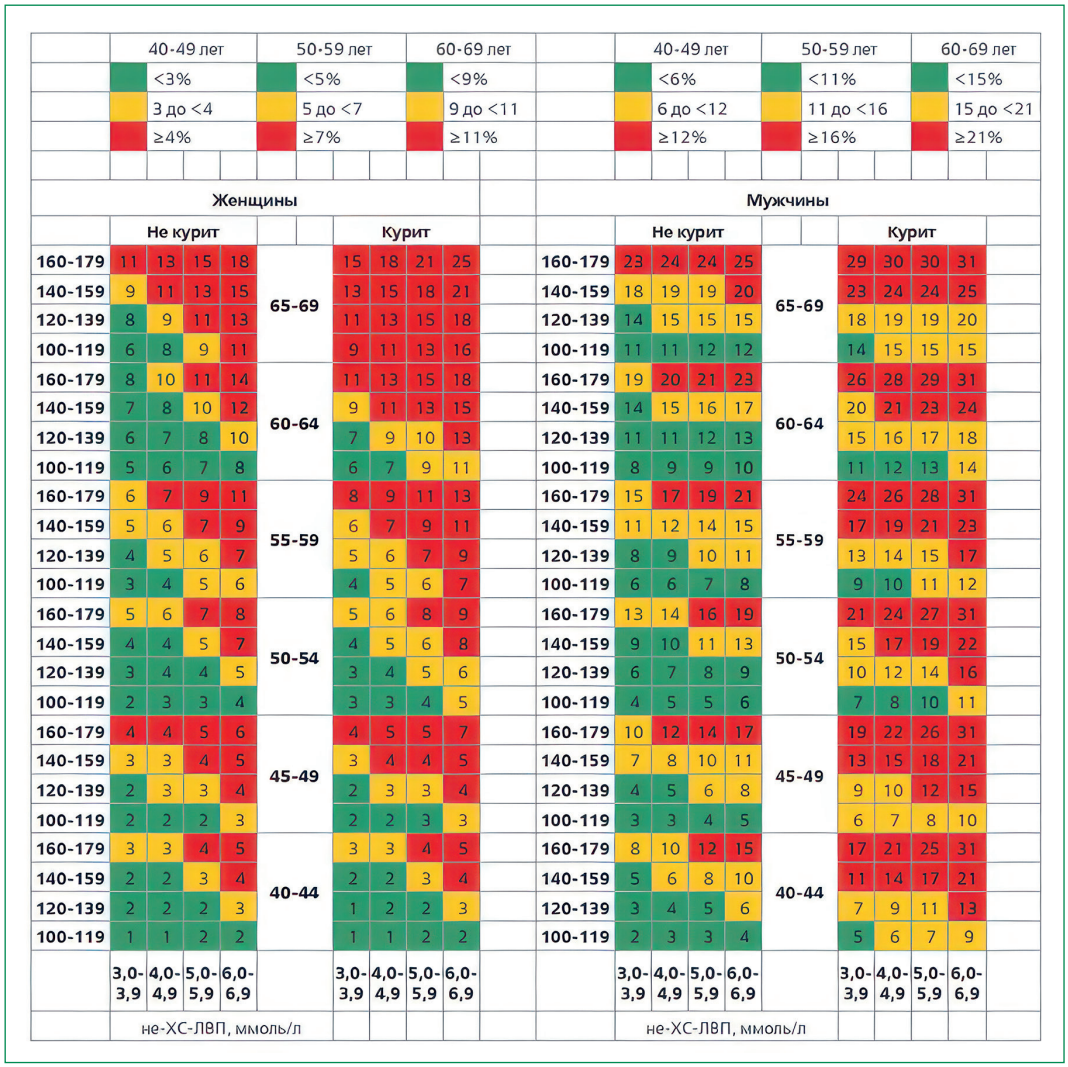
Категории риска	Описание
Экстремальный	Сочетание клинически значимого ССЗ *(ишемическая болезнь сердца: стенокардия напряжения 3-4 функционального класса, нестабильная стенокардия, перенесенный инфаркт миокарда, ишемический инсульт, чрескожное коронарное вмешательство, операция коронарного шунтирования, ангиопластика сонных артерий или артерий нижних конечностей, каротидная эндартерэктомия, подвздошно-бедренное, бедренно-подколенное шунтирование)*, вызванного атеросклерозом, с СД 2 типа и/или СГХС или два сердечно-сосудистых события (осложнения) в течение 2-х лет *(инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия, перемежающаяся хромота, транзиторная ишемическая атака/ишемический инсульт)* у пациента с ССЗ, вызванным атеросклерозом, несмотря на оптимальную гиполипидемическую терапию *(назначение статинов в максимально переносимых дозах в сочетании с эзетимибом)* и/или достигнутый уровень холестерина липопротеидов низкой плотности ≤1,5 ммоль/л
Очень высокий	• Документированное атеросклеротическое ССЗ, клинически или по результатам обследования, включая перенесенный острый коронарный синдром, стабильную стенокардию, чрескожное коронарное вмешательство, операцию коронарного шунтирования или другие операции на артериях, инсульт/транзиторная ишемическая атака, поражения периферических артерий • Атеросклеротическое ССЗ по данным обследований — значимая атеросклеротическая бляшка (стеноз >50%); • СД в сочетании с поражением органов-мишеней, ≥3 факторов риска, а также раннее начало СД 1 типа с длительностью >20 лет; • Выраженная ХБП со скоростью клубочковой фильтрации <30 мл/мин/1,73 м^2; • SCORE ≥10% • СГХС в сочетании с атеросклеротическим ССЗ или с факторами риска
Высокий	• Значимо выраженный фактор риска (общий холестерин >8 ммоль/л и (или) холестерин липопротеидов низкой плотности >4,9 ммоль/л и (или) АД ≥180/110 мм рт.ст.); • СГХС без факторов риска; • СД без поражения органов-мишеней, СД ≥10 лет или с факторами риска; • Умеренная ХБП со скоростью клубочковой фильтрации 30-59 мл/мин/1,73 м^2; • SCORE ≥5% и <10%; • Гемодинамически незначимый атеросклероз некоронарных артерий (стеноз(-ы) >25-49%)
Умеренный	• Молодые пациенты (СД 1 типа моложе 35 лет, СД 2 типа моложе 50 лет) с длительностью СД <10 лет без поражения органов мишеней и факторов риска; • SCORE ≥1% и <5%
Низкий	• SCORE <1%

Сокращения: СГХС — семейная гиперхолестеринемия, СД — сахарный диабет, ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания, ХБП — хроническая болезнь почек.

Для оценки риска по шкале SCORE2-РФ следует выбрать квадрат в зависимости от пола, возраста и статуса курения пациента. В найденном квадрате следует отыскать ячейку, наиболее соответствующую уровню систолического артериального давления (АД) и не холестерин липопротеинов высокой плотности (не-ХС-ЛВП) данного пациента. Если пациент находится между возрастными категориями, следует отнести его к более высокой категории риска. Исходный уровень риска оценивается по уровням не-ХС-ЛВП и систолического АД до начала лечения, если эти данные известны.

При отсутствии возможности оценить уровень не-ХС-ЛВП рекомендуется оценить ССР по шкале SCORE.

doi: 10.15829/3034-4123-2026-150



	40-49 лет	50-59 лет	60-69 лет
	<3%	<5%	<9%
	3 до <4	5 до <7	9 до <11
	≥4%	≥7%	≥11%

	40-49 лет	50-59 лет	60-69 лет
	<6%	<11%	<15%
	6 до <12	11 до <16	15 до <21
	≥12%	≥16%	≥21%

Женщины									Мужчины							
	Не курит					Курит				Не курит					Курит	
160-179	11	13	15	18	65-69	15	18	21	25	23	24	24	25	65-69	29	30	30	31
140-159	9	11	13	15		13	15	18	21	18	19	19	20		23	24	24	25
120-139	8	9	11	13		11	13	15	18	14	15	15	15		18	19	19	20
100-119	6	8	9	11		9	11	13	16	11	11	12	12		14	15	15	15
160-179	8	10	11	14	60-64	11	13	15	18	19	20	21	23	60-64	26	28	29	31
140-159	7	8	10	12		9	11	13	15	14	15	16	17		20	21	23	24
120-139	6	7	8	10		7	9	10	13	11	11	12	13		15	16	17	18
100-119	5	6	7	8		6	7	9	11	8	9	9	10		11	12	13	14
160-179	6	7	9	11	55-59	8	9	11	13	15	17	19	21	55-59	24	26	28	31
140-159	5	6	7	9		6	7	9	11	11	12	14	15		17	19	21	23
120-139	4	5	6	7		5	6	7	9	8	9	10	11		13	14	15	17
100-119	3	4	5	6		4	5	6	7	6	6	7	8		9	10	11	12
160-179	5	6	7	8	50-54	5	6	8	9	13	14	16	19	50-54	21	24	27	31
140-159	4	4	5	7		4	5	6	8	9	10	11	13		15	17	19	22
120-139	3	4	4	5		3	4	5	6	6	7	8	9		10	12	14	16
100-119	2	3	3	4		3	3	4	5	4	5	5	6		7	8	10	11
160-179	4	4	5	6	45-49	4	5	5	7	10	12	14	17	45-49	19	22	26	31
140-159	3	3	4	5		3	4	4	5	7	8	10	11		13	15	18	21
120-139	2	3	3	4		2	3	3	4	4	5	6	8		9	10	12	15
100-119	2	2	2	3		2	2	3	3	3	3	4	5		6	7	8	10
160-179	3	3	4	5	40-44	3	3	4	5	8	10	12	15	40-44	17	21	25	31
140-159	2	2	3	4		2	2	3	4	5	6	8	10		11	14	17	21
120-139	2	2	2	3		1	2	2	3	3	4	5	6		7	9	11	13
100-119	1	1	2	2		1	1	2	2	2	3	3	4		5	6	7	9
	3,0-3,9	4,0-4,9	5,0-5,9	6,0-6,9		3,0-3,9	4,0-4,9	5,0-5,9	6,0-6,9	3,0-3,9	4,0-4,9	5,0-5,9	6,0-6,9		3,0-3,9	4,0-4,9	5,0-5,9	6,0-6,9
	не-ХС-ЛВП, ммоль/л									не-ХС-ЛВП, ммоль/л								

Рис. 1. Стратификация 10-летнего риска ССЗ для российских мужчин и женщин согласно адаптированной шкале SCORE2-РФ.

Приложение 5
Шкала приверженности фармакотерапии Национального общества доказательной фармакотерапии (НОДФ) [25]

Модуль I. "Общая фактическая приверженность"

1. Назначал ли Вам лечащий врач лекарственную терапию?	
А) Да	
Б) Нет	
В) Другое:	
2. Укажите, как Вы поступаете в отношении приема лекарственных препаратов (выберите подходящий ответ для каждого пункта):	
А) Прекращаю прием лекарственных препаратов:	*Всегда*
	Часто
	Иногда
	Редко
	Никогда
Б) Делаю перерывы в приеме лекарственных препаратов:	*Всегда*
	Часто
	Иногда
	Редко
	Никогда
В) Самостоятельно меняю терапию (меняю дозу, кратность, время приема) или принимаю препараты без согласования с врачом:	*Всегда*
	Часто
	Иногда
	Редко
	Никогда
Г) Забываю принимать лекарственные препараты:	*Всегда*
	Часто
	Иногда
	Редко
	Никогда
Д) Воздерживаюсь от приема назначенных лекарственных препаратов	*Всегда*
	Часто
	Иногда
	Редко
	Никогда
3. Если Вы не стали принимать или изменили прием лекарственных препаратов, укажите причину:	
А) Опасаюсь побочных эффектов от приема лекарственных препаратов	
Б) Возникли побочные эффекты на фоне приема лекарственных препаратов	
В) Отсутствие ощутимого эффекта/улучшения от лечения	
Г) Высокая цена лекарственных препаратов	
Д) Сомневаюсь в правильности назначенной мне терапии	
Е) Не хочу принимать лекарственные препараты длительно	
Ж) Принимаю очень много разных лекарственных препаратов	
З) Сложная/неудобная схема приема лекарственных препаратов	
И) Другое (укажите):	

Модуль II. "Препарат-специфичная фактическая приверженность фармакотерапии"

1. Укажите, как Вы поступаете в отношении приема лекарственных препаратов:
А) Прекращаю прием лекарственных препаратов. *Укажите препараты:*
Б) Делаю перерывы в приеме лекарственных препаратов. *Укажите препараты:*
В) Самостоятельно меняю терапию (меняю дозу, кратность, время приема препаратов) или принимаю препараты без согласования с врачом. *Укажите препараты:*
Г) Забываю принимать лекарственные препараты. *Укажите препараты:*

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-150

Д) Воздерживаюсь от приема назначенных лекарственных препаратов. *Укажите препараты:*
2. Если Вы не стали принимать или изменили лекарственную терапию, укажите причину:
А) Опасаюсь побочных эффектов от приема лекарственных препаратов. *Укажите препараты:*
Б) Возникли побочные эффекты на фоне приема лекарственных препаратов. *Укажите препараты:*
В) Отсутствие ощутимого эффекта /улучшения от лечения. *Укажите препараты:*
Г) Высокая цена лекарственных препаратов. *Укажите препараты:*
Д) Сомневаюсь в правильности назначенной мне терапии. *Укажите препараты:*
Е) Не хочу принимать лекарственные препараты длительно. *Укажите препараты:*
Ж) Принимаю очень много разных лекарственных препаратов
З) Сложная/неудобная схема приема лекарственных препаратов
И) Другая причина (укажите):

Модуль III. "Потенциальная приверженность фармакотерапии"

1. Собираетесь ли Вы принимать лекарственные препараты, рекомендованные Вам врачом?
1) Нет
2) Скорее нет, чем да
3) Скорее да, чем нет
4) Да

Инструкция:

• Определение балла проводится по ответу на вопрос 2 из модуля I.

• При выявлении неприверженности по модулю I, следует перейти к модулю II для оценки приверженности к каждому лекарственному препарату индивидуально.

• По модулю III оценивается потенциальная приверженность (намерения пациента выполнять врачебные рекомендации) к фармакотерапии.

Ключ к модулю I по вопросу 2

Вопрос	Варианты ответа "всегда", "часто", "иногда", "редко" приравниваются к одному результату	Вариант ответа: "никогда"	Результат NB! Баллы не суммируются! Для определения уровня приверженности отбирается балл с максимальным значением по полученным ответам.
А	**3 балла**	**0 баллов**	**0 баллов** — полная приверженность
Б	**2 балла**		**1 балл** — частичная (неполная), вторичная неприверженность, ненамеренные нарушения врачебных рекомендаций
В	**2 балла**		**2 балла** — частичная (неполная), вторичная неприверженность, намеренные нарушения врачебных рекомендаций (в т.ч. самолечение)
Г	**1 балл**		**3 балла** — полная, вторичная неприверженность
Д	**4 балла**		**4 балла** — полная, первичная неприверженность

Ключ к модулю III

Номер варианта ответа:

1 — потенциально не привержен

2 — потенциально частично не привержен

3 — потенциально частично привержен

4 — потенциально привержен

Приложение 6
Рекомендации по проведению иммунизации против инфекционных заболеваний пациентов с ИЛФ

Иммунизация иммунокомпетентных пациентов с ИЛФ осуществляется как это принято в общей популяции (в соответствии с национальным календарем профилактических прививок, календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям)[23,24] [26-29]. Если установлен иммунодефицит, например, связанный с иммуносупрессивной терапией ИЛФ или др. причинами, и пациент характеризуется как иммунокомпрометированный, используют подходы, отраженные в методических рекомендациях "Иммунизация иммунокомпрометированных пациентов", с обязательным участием профильных врачей-специалистов[25].

Необходимо информировать пациентов, готовящихся к трансплантации легких, пациентов с легочным трансплантатом о важности соблюдения плана иммунизации против инфекционных болезней, назначенного врачом, а также о необходимости иммунизации лиц, находящихся с ними в тесном контакте, по специальному регламенту[24].

Основные рекомендации по проведению вакцинации пациентов с ИЛФ в рамках ДН представлены в таблице 1.

Таблица 1

Рекомендации по проведению вакцинации пациентов с ИЗЛ в рамках ДН

№ п/п	Наименование профилактической прививки	Категории пациентов и подходы к вакцинации
1.	Вакцинация против гриппа	Рекомендована всем пациентам ежегодно (оптимальный период проведения — август-сентябрь, до начала сезонного подъема заболеваемости)
2.	Против пневмококковой инфекции	Рекомендована всем пациентам однократная вакцинация ПКВ13 или ПКВ20 (пневмококковая конъюгированная вакцина); оценка необходимости вакцинации ППВ23 (пневмококковая полисахаридная вакцина) 1 раз в 5 лет. Для иммунокомпрометированных рекомендована схема: ПКВ13, затем ППВ23 через 8 недель или другие схемы[17] [26-28]
3.	Вакцинация/ревакцинация против дифтерии, столбняка	Каждые 10 лет от момента последней ревакцинации (для иммунокомпетентных пациентов)
4.	Вакцинация/ревакцинация против коклюша	Иммунокомпрометированные пациенты, которые не были полностью привиты против коклюша, дифтерии и столбняка, могут получить одну дозу комбинированной бесклеточной коклюшной вакцины с уменьшенным содержанием антигенов в комплексе с дифтерийным и столбнячным анатоксином (АаКДС) [26, 28, 29]
5.	Против респираторного синцитиального вируса, коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2	При наличии эпидемических показаний
6.	Вакцинация против краснухи, ревакцинация против краснухи; вакцинация против кори, ревакцинация против кори; вакцинация против ветряной оспы, вирусного гепатита В, клещевого вирусного энцефалита, туляремии, чумы, бруцеллеза, сибирской язвы, бешенства, лептоспироза, лихорадки Ку, желтой лихорадки, холеры, брюшного тифа, вирусного гепатита А, шигеллезов, менингококковой инфекции, эпидемического паротита, полиомиелита	В соответствии с календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям[23-25]

Сокращения: АаКДС — адсорбированная коклюшно-дифтерийно-столбнячная бесклеточная вакцина, ПКВ — пневмококковая конъюгированная вакцина, ППВ — пневмококковая полисахаридная вакцина.

[23] Приказ Минздрава России от 06 декабря 2021 г. № 1122н "Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок". СПС "Консультант Плюс".

[24] Письмо Минздрава России от 21.01.2022 № 15-2/И/2-806 "О методических рекомендациях по проведению иммунизации в соответствии с приказом Минздрава России от 06.12.2021 № 1122н". СПС "Консультант Плюс".

[25] Письмо Минздрава России от 13.06.2025 № 30-0/И/2-11677 о направлении методических рекомендаций "Иммунизация иммунокомпрометированных пациентов", https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2024/03/mr_immunizaciya_immunokomprometirovannyh_pacientov.pdf.

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-150

Приложение 7
Инструкция по проведению теста с шестиминутной ходьбой (ТШХ)

ТШХ не рекомендован пациентам с поздней стадией ИЛФ. В остальных случаях проводится на каждом визите ДН, результаты по всем параметрам сравнивают с предыдущими. Если пройденная дистанция в ТШХ <250 м или она сократилась более чем на 50 м за 6 мес. и отсутствуют другие причины для такого ухудшения толерантности к физическим нагрузкам (кровопотеря, заболевания опорно-двигательного аппарата, др. заболевания), то оценивают и другие показания к трансплантации легких[1] (см. алгоритм диспансерного приема в таблице 1).

Протокол проведения ТШХ подробно описан в рекомендациях Американского Торакального общества [30]. Для выполнения теста необходим отрезок коридора длиной не менее 30 м с разметкой поверхности через каждые 3 м. Пройденное расстояние измеряется путем подсчета количества полных кругов и округления до ближайшего метра для неполного последнего круга.

До начала тестирования пациент должен отдохнуть не менее 10 минут. В течение этого времени следует документировать уровень АД, частоты сердечных сокращений, сатурации — доли насыщенного кислородом гемоглобина в крови, измеренная пульсоксиметром (SpO_2), а также исходную одышку и утомляемость по шкале Борга с целью исключения относительных противопоказаний для проведения теста ТШХ [31].

В ходе ТШХ оцениваются те же параметры, а также подсчитывается количество остановок, фиксируются причины его прекращения (например, развитие болевого синдрома в грудной клетке или выраженной одышки, потоотделение, нарушение устойчивости, судороги в ногах, резкая бледность кожных покровов, головокружение, другие). Время отдыха необходимо включать в 6-минутный период, таймер не следует останавливать. Следует отметить время, когда пациент остановился и возобновил ходьбу. Протокол ТШХ представлен в таблице 1.

Вариации в протоколе и инструктировании пациента существенно влияют на результаты ТШХ. Для повышения информативности и точности ТШХ необходима строгая стандартизация протокола, которая позволит правильно оценивать эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий.

Пациента следует уведомить о необходимости идти самостоятельно, при этом не бежать, проходить от одного конца маршрута до другого своим обычным шагом, стараясь пройти максимально возможное расстояние за 6 мин.

Пациент должен быть одет в удобную одежду и пользоваться обычными вспомогательными средствами для ходьбы, если нужны. Допускается применение трости для пациентов, которые на нее опираются, однако необходимо применять одну и ту же трость во время всех тестов ТШХ. Если при проведении ТШХ потребовалась какая-либо помощь при ходьбе, это следует отражать в протоколе.

Во время проведения ТШХ исследователь не должен идти рядом с пациентом. Кроме того, во время теста необходимо применять только стандартные фразы для поддержки пациента. С целью обеспечения воспроизводимости стандартные фразы следует использовать каждую минуту в соответствии с приведенной ниже схемой:

— По прошествии первой минуты необходимо сказать пациенту следующее (спокойным тоном): "У Вас все получается. Осталось пройти 5 минут".

— Когда таймер показывает, что осталось 4 минуты, необходимо сказать пациенту следующее: "Старайтесь также хорошо продолжить. Вам осталось пройти 4 минуты".

— Когда таймер показывает, что осталось 3 минуты, необходимо сказать пациенту следующее: "У Вас хорошо получается. Вы уже прошли половину пути".

— Когда таймер показывает, что осталось 2 минуты, необходимо сказать пациенту следующее: "Продолжайте также хорошо, как раньше. Вам осталось пройти лишь 2 минуты".

— Когда таймер показывает, что осталась лишь 1 минута, скажите пациенту: "У Вас все хорошо получается. Вам осталось пройти всего лишь 1 минуту".

С целью снижения вариабельности результатов ТШХ крайне важным является проведение ознакомительной пробы, исходного теста, а также всех остальных проб в одних и тех же условиях. Необходимо избегать изменения условий проведения теста, чтобы все процедуры ТШХ на каждом визите были выполнены в одинаковых условиях, включая время дня.

С целью контроля качества тестирования и оценки эффективности лечебных и других мероприятий в протоколе должны быть указаны данные о применении ингаляций кислорода, использовании вспомогательных средств для ходьбы, лекарственных препаратов перед и во время ТШХ.

Абсолютные противопоказания для проведения ТШХ:
- нестабильная стенокардия или инфаркт миокарда в течение предыдущего месяца;
- заболевания опорно-двигательного аппарата, препятствующие выполнению пробы.

Относительные противопоказания для проведения ТШХ:
- исходная частота сердечных сокращений <50 в минуту или >120 в минуту;
- систолическое АД >180 мм рт.ст., диастолическое АД >120 мм рт.ст.

Критерии немедленного прекращения теста:
- боль в грудной клетке;
- невыносимая одышка;
- судороги в ногах;
- нарушение устойчивости;
- головокружение;
- резкая бледность;
- снижение SpO_2 <80%.

Таблица 1

Ф.И.О. пациента		
Дата "____" _____20___г.		
Показатель	До проведения теста	После проведения теста
АД (мм рт.ст.)		
ЧСС (в мин.)		
SpO_2 (%)		
ЧДД (в мин.)		
Балл по шкале Борга		
Пройденное расстояние (м)	X	
Прошел/прошла 6 минут ДА/НЕТ, если НЕТ, укажите причину _____ _____ (см. критерии немедленного прекращения теста выше) *Комментарии:* — применение трости ДА/НЕТ — применение кислородной поддержки ДА/НЕТ — остановки во время теста (время начала, время завершения каждой, количество остановок) _____ — применение лекарственных препаратов (перед тестом/во время теста) _____ _____ — динамика функциональных показателей теста по сравнению с предыдущими от "__" _____20___г. (улучшение/ухудшение/без динамики) _____		

Шкала субъективной оценки переносимости физической нагрузки (шкала Борга CR10; Borg scale)

Шкала Борга CR10 — это шкала для оценки переносимости физической нагрузки. Она отражает ощущение наиболее выраженной нагрузки, которую пациент когда-либо испытывал (таблица 2).

Если ощущение соответствует "очень слабой степени нагрузки", необходимо отметить "1", если оно "умеренное" — отметьте "3". Следует отметить, что "3" имеет более слабую степень, чем "половинная", "средняя" или "промежуточная". Если ощущение соответствует "значительной" или "тяжелой нагрузке" (воспринимается как "трудная"), отметьте "5". Имейте в виду, что "значительная" соответствует примерно половине от "максимальной". Если ощущение "очень значительная" — выбирайте цифры от 6 до 8. Если ощущение сильнее, чем "10" — "крайне выраженная — максимальная", можно использовать более высокое значение, например, "12" (поэтому "однозначно максимальная" степень отмечена знаком "*").

При проведении оценки степени нагрузки укажите цифру (возможно указание любого значения), которая соответствует степени тяжести нагрузки, которую ощущаете при осуществлении ТШХ. Ощущение нагрузки выражается преимущественно как напряжение и утомляемость Ваших мышц, а также как одышка и любые болевые ощущения.

Таблица 2

Шкала Борга CR10

0	"отсутствие" означает, что Вы вообще не ощущаете какой-либо нагрузки, мышечной утомляемости, одышки или затруднений дыхания
0,3	
0,5	"крайне слабая", "едва заметная"
0,7	
1	"очень слабая" означает мало выраженную нагрузку. Например, если Вы прошли небольшое расстояние своим обычным шагом
1,5	
2	"слабая", "незначительная"
2,5	
3	"умеренная" означает некоторую нагрузку, но не особо выраженную. Вы хорошо себя чувствуете и Вам не трудно продолжать
4	
5	"значительная — тяжелая". Нагрузка является тяжелой и утомительной, однако продолжение не является крайне затруднительным. Усилия и напряжение соответствуют примерно половине от степени, которая обозначается как "максимальная"
6	
7	"очень значительная" означает выраженное напряжение. Вы все еще можете продолжать, однако Вам приходится себя заставлять и Вы чувствуете сильную усталость
8	
9	
10	"крайне значительная — максимальная" означает крайне выраженное напряжение. Для большинства людей это самая значительная нагрузка, которую когда-либо испытывали в своей жизни
11	
*	Это "однозначно максимальная — наивысшая степень из возможных", например, "12" и даже больше.

Приложение 8
ПАМЯТКА ДЛЯ ПАЦИЕНТА С ИДИОПАТИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ ФИБРОЗОМ

Обязательно прекратите курение любых изделий (в том числе пассивное), т.к. оно способствует ухудшению здоровья

Регулярно принимайте лекарственные препараты, назначенные врачом

Участвуйте в программахлегочной реабилитации: вам расскажут о дыхательных упражнениях, которые способствуют уменьшению одышки и общей слабости, и покажут, как правильно их выполнять

Лечите гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь (ГЭРБ), если она есть. Гастроэзофагеальная (желудочно-пищеводная) рефлюксная болезнь - заболевание, при котором происходит заброс небольшого количества кислого содержимого желудка в пищевод и затем - в дыхательные пути. Доказано, что это заболевание способствует прогрессированию идиопатического легочного фиброза. Лечение ГЭРБ поможет уменьшить повреждение легких при идиопатическом легочном фиброзе. Следует регулярно принимать назначенный врачом препарат от ГЭРБ, соблюдать режим питания (не переедать, не ложиться 2-3 часа после еды, спать на более высокой подушке)

Проводите длительную кислородотерапию, не менее 15 часов в сутки, если показана

Проводите ночную кислородотерапию и/или СИПАП-терапию, если показана: при ИЛФ со временем развивается дыхательная недостаточность (низкое содержание кислорода в крови)

- ***Показания к ночной кислородотерапии —*** падение насыщения крови кислородом (SpO_2 во время сна)
- ***Показания для длительной кислородотерапии 15 часов в сутки и более —*** SpO_2 <88% в покое или при физической нагрузке
- ***Показания для СИПАП-терапии —*** повышенный уровень углекислого газа в крови, что может быть при апноэ сна, выраженном ожирении

Краткая информация о лекарственных препаратах

К лекарственным препаратам для лечения ИЛФ с доказанной эффективностью относятся только два: нинтеданиб и пирфенидон. Данные препараты позволяют приостановить прогрессирование заболевания и, возможно, продлить жизнь. При лечении назначают нинтеданиб или пирфенидон, или их комбинации

При наличии ГЭРБ — ингибитор протонной помпы (омепразол, эзомепразол, пантопрозол или др.), в тяжелых случаях показано хирургическое лечение

При устойчивом к обычной противокашлевой терапии мучительном кашле, если не помогают противокашлевые средства, ингаляции бронхорасширяющих лекарств, назначают опиоидный анальгетик (в рамках оказания паллиативной медицинской помощи) с оценкой эффективности и побочных эффектов через 1 неделю от первоначального приема, затем — ежемесячно

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-150

Нинтеданиб при одновременном назначении с антикоагулянтами может увеличивать риск кровотечений, необходим мониторинг признаков, в т.ч. скрытого кровотечения (кровь при чистке зубов, положительная проба кала на скрытую кровь, изменение цвета мочи), при необходимости врач корректирует дозу антикоагулянта. При появлении диареи (побочный эффект) — проводят соответствующее восполнение жидкости, лечение электролитами (например, регидрон) в сочетании с лоперамидом или другими средствами от диареи; при неэффективности — снижают дозы, делают перерыв в лечении или прекращают лечение.

При появлении тошноты, рвоты врач может назначить глюкокортикостероид, антигистаминный препарат или антагонист серотониновых 5-HT_3-рецепторов; при неэффективности — снизит дозу нинтеданиба, назначит перерыв в лечении или прекращение лечения.

Нинтеданиб противопоказан при опасных для жизни венозных тромбоэмболиях.

Рекомендуется бросить курить до начала терапии и не курить при лечении!

Пирфенидон:
— ***необходим полный отказ от курения до и во время лечения;***
— нельзя использовать при приеме флувоксамина (антидепрессант);
— с осторожностью используют при назначении ципрофлоксацина даже 250 мг 1 раз в день, особенно если доза пирфенидона >1600 мг в сутки;
— нельзя применять при использовании умеренных и сильных ингибиторов изоферментов CYP1A2 и др.;
— сильные индукторы CYP1A2 и др. изоферментов не рекомендованы, т.к. сильно снижают концентрацию пирфенидона;
— избегать солнечного света и ламп солнечного света, препаратов, повышающих фоточувствительность; следует использовать солнцезащитные средства, одежду;
— при реакциях фоточувствительности или сыпи — проводят коррекцию дозы или делают перерыв в лечении.

Дополнительные сведения

При быстром ухудшении самочувствия, внезапном нарастании одышки необходимо срочно обратиться к врачу. Такая ситуация часто требует госпитализации в стационар

Для профилактики обострений Ваш лечащий врач может рекомендовать противогриппозную вакцинацию 1 раз в год и однократную противопневмококковую вакцинацию (для профилактики развития пневмонии), другие прививки

Самым эффективным способом лечения выраженного идиопатического легочного фиброза является трансплантация легких - хирургическая операция по замене поврежденных легких на легкие здорового донора

Старайтесь быть физически активными в повседневной жизни, при наличии дыхательной недостаточности используйте кислород и во время физической активности. Кислород можно использовать из специальных баллонов, а также портативных, в том числе мобильных, кислородных концентраторов

МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ



Ежегодно прививайтесь **от гриппа и по отдельному плану от пневмококковой инфекции**



Ограничьте контакты с больными ОРВИ/ОРЗ



Чаще мойте руки, при необходимости проводите антисептическую обработку



Используйте респиратор или маску в местах повышенного риска заражения
(магазины, аптеки, общественный транспорт, др.)



Если был контакт с больным ОРВИ/ОРЗ, начните прием противовирусного профилактического препарата, рекомендованного врачом



При первых признаках ОРВИ/ОРЗ используйте противовирусный препарат, рекомендованный врачом

doi: 10.15829/3034-4123-2026-150



Клинические рекомендации "Идиопатический легочный фиброз", 2021.

Литература/References

1. Shepel RN, Ipatov PV, Drozdova LYu, et al. Algorithm for outpatient appointment (examination, consultation) by a general practitioner of patients under outpatient observation. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2025;24(3):4372. (In Russ.) Шепель Р.Н., Ипатов П.В., Дроздова Л.Ю. и др. Алгоритм диспансерного приема (осмотра, консультации) врачом-терапевтом пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2025;24(3):4372. doi:10.15829/1728-8800-2025-4372.
2. Drapkina OM, Shepel RN, et al. Primary Health Care for Adults. National Guidelines in 7 Volumes. Edited by O.M. Drapkina. Vol. III. Moscow: ROPNIZ, OOO SILICEA-POLYGRAPH, 2026, 414 p. (In Russ.) Драпкина О.М., Шепель Р.Н. и др. Первичная медико-санитарная помощь взрослому населению. Национальное руководство в 7 томах. Под редакцией О.М. Драпкиной. Т. III. М.: РОПНИЗ, ООО "СИЛИЦЕЯ-ПОЛИГРАФ" 2026 г. 414 с. ISBN: 978-5-6054371-3-0. doi:10.15829/ROPNIZ-d105-2025. EDN: VUTNQV.
3. Drapkina OM, Shepel RN, et al. Primary health care for the adult population. National guidelines in 7 volumes. Edited by O.M. Drapkina. Vol. IV. Moscow: ROPNIZ, OOO SILICEA-POLYGRAPH, 2026, 790 p. (In Russ.) Драпкина О.М., Шепель Р.Н. и др. Первичная медико-санитарная помощь взрослому населению. Национальное руководство в 7 томах. Под редакцией О.М. Драпкиной. Т. IV. М.: РОПНИЗ, ООО "СИЛИЦЕЯ-ПОЛИГРАФ" 2026 г. 790 с. ISBN: 978-5-6054371-4-7. doi:10.15829/ROPNIZ-d105-2025. EDN: LCMVKO.
4. Drapkina OM, Shepel RN, et al. Primary health care for the adult population. National guidelines in 7 volumes. Edited by O.M. Drapkina. T. V. M.: ROPNIZ, OOO "SILITSEYA-POLIGRAF" 2026. 442 p. (In Russ.) Драпкина О.М., Шепель Р.Н. и др. Первичная медико-санитарная помощь взрослому населению. Национальное руководство в 7 томах. Под редакцией О.М. Драпкиной. Т. V. М.: РОПНИЗ, ООО "СИЛИЦЕЯ-ПОЛИГРАФ" 2026 г. 442 с. ISBN: 978-5-6054371-5-4. doi:10.15829/ROPNIZ-d105-2025. EDN: FDFPQF.
5. Drapkina OM, Shepel RN, et al. Primary health care for the adult population. National guidelines in 7 volumes. Edited by O.M. Drapkina. Vol. VI. Moscow: ROPNIZ, OOO SILICEA-POLIGRAF, 2026, 978 p. (In Russ.) Драпкина О.М., Шепель Р.Н. и др. Первичная медико-санитарная помощь взрослому населению. Национальное руководство в 7 томах. Под редакцией О.М. Драпкиной. Т. VI. М.: РОПНИЗ, ООО "СИЛИЦЕЯ-ПОЛИГРАФ" 2026 г. 978 с. ISBN: 978-5-6054371-6-1. doi:10.15829/ROPNIZ-d105-2025. EDN: HSIIQU.
6. Drapkina OM, Shepel RN, et al. Primary health care for the adult population. National guidelines in 7 volumes. Edited by Drapkina O.M., T. VII. Moscow: ROPNIZ, OOO SILICEA-POLIGRAF, 2026, 694 p. (In Russ.) Драпкина О.М., Шепель Р.Н. и др. Первичная медико-санитарная помощь взрослому населению. Национальное руководство в 7 томах. Под редакцией Драпкиной О.М. Т. VII. М.: РОПНИЗ, ООО "СИЛИЦЕЯ-ПОЛИГРАФ" 2026 г. 694 с. ISBN: 978-5-6054371-7-8. doi:10.15829/ROPNIZ-d105-2025. EDN: EMPYNR.
7. Respiratory medicine: manual: in 5 volumes. Ed. A.G. Chuchalina. 3rd ed., add. and processed — Moscow: PulmoMedia, 2024. V. 1. 668 p. (In Russ.) Респираторная медицина: руководство: в 5 т. Под ред. А.Г. Чучалина. 3-е изд., доп. и перераб. Москва: ПульмоМедиа, 2024. Т. 1. 668 с. ISBN: 978-5-6048754-9-0 (Т. 1); ISBN: 978-5-6048754-8-3. doi:10.18093/987-5-6048754-9-0.
8. Respiratory Medicine: A Handbook: in 5 volumes. Edited by A.G. Chuchalin. 3rd ed., supplemented and revised. Moscow: PulmoMedia, 2024. V. 3. 734 p. (In Russ.) Респираторная медицина: руководство: в 5 т. Под ред. А.Г. Чучалина. 3-е изд., доп. и перераб. Москва : ПульмоМедиа, 2024. Т. 3. 734 с. : ил. ISBN: 978-5-6048754-7-6 (Т. 3). ISBN: 978-5-6048754-8-3. doi:10.18093/978-5-6048754-7-6-2024-3.
9. Astanina SYu, Kalinina AM, Shepel RN, et al. Textbook "Methodological recommendations for training doctors to conduct brief preventive consultations". M: FGBU "NMITs TPM", 2023. 60 p. (In Russ.) Астанина С.Ю., Калинина А.М., Шепель Р.Н. и др. Учебное пособие "Методические рекомендации по подготовке врачей к проведению краткого профилактического консультирования". М.: ФГБУ "НМИЦ ТПМ", 2023. 60 с.
10. Drapkina OM, Drozdova LYu, Kalinina AM, et al. Organization of preventive medical examination and medical screening of certain groups of the adult population. Methodological recommendations. 2nd edition. M.: Federal State Budgetary Institution "NMITs TPM" of the Ministry of Health of the Russian Federation, 2020. 232 p. (In Russ.) Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю., Калинина А.М. и др. Организация проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации. Издание 2-е. М.: ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России, 2020. 232 с.
11. Boytsov SA, Pogosova NV, Ansheles AA, et al. Cardiovascular prevention 2022. Russian national guidelines. Russian Journal of Cardiology. 2023;28(5):5452. (In Russ.) Бойцов С.А., Погосова Н.В., Аншелес А.А. и др. Кардиоваскулярная профилактика 2022. Российские национальные рекомендации. Российский кардиологический журнал. 2023;28(5):5452. doi:10.15829/1560-4071-2023-5452.
12. Gorbunov VM, Smirnova MI, Kurekhyan AS, et al. Assessment of clinical and outpatient blood pressure in the practical work of a primary care physician. Methodological recommendations. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2023;22(7):3666. (In Russ.) Горбунов В.М., Смирнова М.И., Курехян А.С. и др. Оценка клинического и амбулаторного артериального давления в практической работе врача первичного звена здравоохранения. Методические рекомендации. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2023;22(7):3666. doi:10.15829/1728-8800-2023-3666. EDN: YRHRNI.
13. Drapkina OM, Boytsov SA, Shepel RN, et al. Outpatient monitoring of patients with stable coronary heart disease by a general practitioner in primary care. Guidelines. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2026;25(2):4769. (In Russ.) Драпкина О.М., Бойцов С.А., Шепель Р.Н. и др. Диспансерное наблюдение пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2026;25(2):4769. doi:10.15829/1728-8800-2026-4769.
14. Drapkina OM, Kontsevaya AV, Kalinina AM, et al. Prevention of chronic non-communicable diseases in the Russian Federation. National guidelines 2022. Cardiovascular therapy and prevention. 2022;21(4):3235. (In Russ.) Драпкина О.М., Концевая А.В., Калинина А.М., и др. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. Национальное руководство 2022. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2022;21(4):3235. doi:10.15829/1728-8800-2022-3235.
15. Drapkina OM, Ivashkin VT, Maev IV, et al. Outpatient observation of patients with esophageal diseases by a general practitioner in primary health care: esophagitis, gastroesophageal reflux disease, Barrett's esophagus, achalasia of the cardia. Guidelines. Primary Health Care. 2024;1(2):79-104. (In Russ.) Драпкина О.М., Ивашкин В.Т., Маев И.В. и др Диспансерное наблюдение пациентов с болезнями пищевода врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения: эзофагит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, пищевод Барретта, ахалазия кардии. Методические рекомендации. Первичная медико-санитарная помощь. 2024;1(2):79-104. doi:10.15829/3034-4123-2024-32. EDN: SGLBXQ.
16. Gorbunov VM, Smirnova MI, Kurekhan AS, et al. Assessment of clinical and outpatient blood pressure in the practical work of a primary care physician. Methodological recommendations. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2023;22(7):3666. (In Russ.) Горбунов В.М., Смирнова М.И., Курехян А.С. и др. Оценка клинического и амбулаторного артериального давления в практической работе врача первичного звена здравоохранения. Методические рекомендации. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2023;22(7):3666. doi:10.15829/1728-8800-2023-3666. EDN: YRHRNI.
17. Respiratory Medicine: A Handbook: in 5 volumes. Edited by A.G. Chuchalin. 3rd ed., supplemented and revised. Moscow: PulmoMedia, 2025; v. 5, 406 p. (In Russ.) Респираторная медицина: руководство: в 5 т. Под ред. А.Г. Чучалина. 3-е изд, доп. и перераб. Москва: ПульмоМедиа, 2025, Т. 5, 406 с. : ил. ISBN: 978-5-6052509-2-0 (Т. 5). ISBN: 978-5-6048754-8-3. doi:10.18093/978-5-6052509-2-0-2024-5.
18. Milacic N, Milacic B, Dunjic O, et al. Validity of CAT and mMRC - dyspnea score in evaluation of COPD severity. Acta Medica Medianae. 2015;54(1). doi:10.5633/amm.2015.0111.
19. Ovsyannikov ES, Avdeev SN, Budnevsky AV, et al. Cough diagnostics: present and future. Tuberculosis and lung diseases. 2021;99(11):56-64. (In Russ.) Овсянников Е.С., Авдеев С.Н., Будневский А.В., и др. Диагностика кашля: настоящее и будущее. Туберкулез и болезни легких. 2021;99(11):56-64. doi:10.21292/2075-1230-2021-99-11-56-64.
20. Birring SS, Prudon B, Carr AJ, et al. Development of a symptom specific health status measure for patients with chronic cough: Leicester Cough Questionnaire (LCQ). Thorax. 2003;58(4):339-43. doi:10.1136/thorax.58.4.339.
21. Pashkova TL. Integrated approach to the diagnosis of chronic cough. Practical pulmonology. 2003;(2):10-2. (In Russ.) Пашкова Т.Л. Комплексный подход к диагностике хронического кашля. Практическая пульмонология. 2003;(2):10-2.
22. Morozova MA, Potanin SS, Beniashvili AG, et al. Validation of the Russian-language version of the Hospital Anxiety and Depression Scale in the general population. Preventive Medicine. 2023;26(4):7-14. (In Russ.) Морозова М.А., Потанин С.С., Бениашвили А.Г. и др. Валидация русскоязычной версии Госпитальной шкалы тревоги и депрессии в общей популяции. Профилактическая медицина. 2023;26(4):7-14.
23. Outpatient monitoring of patients with chronic non-communicable diseases and patients with a high risk of their development. Methodological recommendations. Edited by S.A. Boytsov and A.G. Chuchalin. Moscow: 2014, 112 p. (In Russ.) Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. Методические рекомендации. Под ред. С.А. Бойцова и А.Г. Чучалина. М.: 2014, 112 с.
24. Drapkina OM, Balanova YuA, Shalnova SA, et al. From SCORE2 to SCORE2-RF: development of a Russian model for cardiovascular risk stratification. Rational Pharmacotherapy in Cardiology. 2025; 21(6):502-12. (In Russ.) Драпкина О.М., Баланова Ю.А., Шальнова С.А. и др. От SCORE2 к SCORE2-РФ: разработка российской модели стратификации сердечно-сосудистого риска. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2025;21(6):502-12. doi:10.20996/1819-6446-2025-3253.

25. Kalaydzhyan EP, Lukina YuV, Kutishenko NP, et al. Adherence to previously prescribed pharmacotherapy in patients undergoing planned inpatient treatment: first results of the PRIMULA study. Rational Pharmacotherapy in Cardiology. 2026;22(2):213-20. (In Russ.) Калайджян Е. П., Лукина Ю. В., Кутишенко Н. П. и др. Проблема приверженности назначенной фармакотерапии у пациентов, поступающих на плановое стационарное лечение: первые результаты исследования ПРИМУЛА. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2026;22(2):213-20. DOI: 10.20996/1819-6446-2026-3354. EDN: KDXZWW
26. Drapkina OM, Briko NI, Kostinov MP, et al. Immunization of adults. Methodological recommendations. M., Federal State Budgetary Institution "NMITs TPM" of the Ministry of Health of the Russian Federation: 2020. 248 p. (In Russ.) Драпкина О. М., Брико Н. И., Костинов М. П. и др. Иммунизация взрослых. Методические рекомендации. М., ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России: 2020. 248 с.
27. Avdeev SN, Alieva MKh, Baranov AA, et al. Vaccination against pneumococcal infection in children and adults. Guidelines. Preventive Medicine. 2023;26(9-2):3-23. (In Russ.) Авдеев С. Н., Алыева М. Х., Баранов А. А. и др. Вакцинопрофилактика пневмококковой инфекции у детей и взрослых. Методические рекомендации. Профилактическая медицина. 2023;26(9-2):3-23.
28. Kostinov M.P. Vaccination of adults — from strategy to tactics. Guide for doctors. M.: MDV Group, 2020. 248 p. (In Russ.) Костинов М. П. Вакцинация взрослых от стратегии к тактике. Руководство для врачей. М.: Группа МДВ, 2020. 248 с.
29. Ridda I, Yin JK, King C, Raina MacIntyre C, McIntyre P. The importance of pertussis in older adults: a growing case for reviewing vaccination strategy in the elderly. Vaccine. 2012;30(48):6745-52. doi:10.1016/j.vaccine.2012.08.079.
30. Holland AE, Spruit MA, Troosters T. An official European Respiratory Society/American Thoracic Society technical standard: field walking tests in chronic respiratory disease. Eur Respir J. 2014;44(6):1428-46. doi:10.1183/09031936.00150314.
31. Borg GA. Psychophysical bases of perceived exertion. Med Sci Sports Exerc. 1982;14(5):377-81.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Драпкина Оксана Михайловна (Oksana M. Drapkina) — д.м.н., профессор, академик РАН, директор; главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава России; зав. кафедрой терапии и профилактической медицины, ORCID: 0000-0002-4453-8430;

Авдеев Сергей Николаевич (Sergey N. Avdeev) — д.м.н., профессор, академик РАН, директор клиники пульмонологии и респираторной медицины, зав. кафедрой пульмонологии лечебного факультета, ORCID: 0000-0002-5999-2150;

Бухтияров Игорь Валентинович (Igor V. Bukhtiyarov) — д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки Российской Федерации, академик РАН, директор, зав. кафедрой медицины труда, авиационной, космической и водолазной медицины Института общественного здоровья им. Ф. Ф. Эрисмана, ORCID: 0000-0002-8317-2718;

Смирнова Марина Игоревна (Marina I. Smirnova) — к.м.н., руководитель лаборатории профилактики хронических болезней органов дыхания отдела первичной профилактики ХНИЗ в системе здравоохранения, эксперт отдела мониторинга качества медицинской помощи Центра организационно-методического управления и анализа качества оказания медицинской помощи в регионах, ORCID: 0000-0002-6208-3038;

Крякова Мария Юрьевна (Maria Yu. Kryakova) — к.м.н., врач-методист отдела мониторинга качества медицинской помощи Центра организационно-методического управления и анализа качества оказания медицинской помощи в регионах, с.н.с. отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, ORCID: 0000-0003-1941-3860;

Шепель Руслан Николаевич (Ruslan N. Shepel) — к.м.н., доцент, зам. директора по перспективному развитию медицинской деятельности, ORCID: 0000-0002-8984-9056;

Невзорова Вера Афанасьевна (Vera A. Nevzorova) — д.м.н., профессор, директор института терапии и инструментальной диагностики, ORCID: 0000-0002-0117-0349;

Викторова Инна Анатольевна (Inna A. Viktorova) — д.м.н., профессор, зав. кафедрой поликлинической терапии и внутренних болезней, ORCID: 0000-0001-8728-2722;

Дроздова Любовь Юрьевна (Lyubov Yu. Drozdova) — к.м.н., руководитель лаборатории поликлинической терапии, ORCID: 0000-0002-4529-3308;

Ипатов Петр Васильевич (Petr V. Ipatov) — д.м.н., профессор, главный научный сотрудник, ORCID: 0000-0001-7724-6429.

Калинина Анна Михайловна (Anna M. Kalinina) — д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки Российской Федерации, главный научный сотрудник, руководитель отдела первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний в системе здравоохранения, ORCID: 0000-0003-2458-3629;

Мержоева Замира Магомедовна (Zamira M. Merzhoeva) — к.м.н., зав. отделением пульмонологии — врач-пульмонолог клиники пульмонологии и респираторной медицины; ассистент кафедры пульмонологии, ORCID: 0000-0002-3174-5000;

Румянцева Ольга Игоревна (Olga I. Rumyantseva) — к.м.н., врач-терапевт, врач-профпатолог, заведующий отделением пульмонологии и профпатологии, ORCID: 0000-0002-0744-6625;

Явелов Игорь Семенович (Igor S. Yavelov) — д.м.н., руководитель отдела фундаментальных и клинических проблем тромбоза при неинфекционных заболеваниях, ORCID: 0000-0003-2816-1183.

Адреса организаций авторов: ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Петроверигский пер., 10, стр. 3, Москва, 101990, Россия; ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России, ул. Долгоруковская, д. 4, Москва, 127006, Россия; ФГАОУ ВО "Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова" Минздрава России (Сеченовский Университет), ул. Доватора, д. 15, Москва, 119048 Россия; ФГБНУ "Научно-исследовательский институт медицины труда им. акад. Н. Ф. Измерова", Проспект Буденного, д. 31, Москва, 105275, Россия; ФГБОУ ВО "Тихоокеанский государственный медицинский университет" Минздрава России, проспект Острякова, д. 2, Владивосток, 690002, Россия; ФГБОУ ВО "Омский государственный медицинский университет" Минздрава России, ул. Ленина, д. 12, Омск, 644099, Россия.

Addresses of the authors' institutions: National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine of the Ministry of Health of the Russian Federation, Petroverigsky Lane, 10, bld. 3, Moscow, 101990, Russia; Russian University of Medicine of the Ministry of Health of the Russian Federation, Dolgorukovskaya str., 4, Moscow, 127006, Russia; I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University), Dovatora str., 15, Moscow, 119048, Russia; Izmerov Research Institute of Occupational Health, Budyonny Ave., 31, Moscow, 105275, Russia; Pacific State Medical University, Ostryakova Ave., 2, Vladivostok, 690002, Russia; Omsk State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Lenin str., 12, Omsk, 644099, Russia.

Первичная медико-санитарная помощь. 2026;3(2S):269-294.
doi: 10.15829/3034-4123-2026-148
ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

Первичная медико-санитарная помощь
Primary Health Care (Russian Federation)

Оказание медицинской помощи различным группам населения *Редакционная статья*

Ведение пациентов с синдромом раздраженного кишечника в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Методические рекомендации

Драпкина О. М.[1,2],
Маев И. В.[2],
Ливзан М. А.[3],
Шепель Р. Н.[1],
Гаус О. В.[3],
Жарова М. Е.[1*],
Черемушкин С. В.[2]

[1]ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Москва, Российская Федерация
[2]ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России, Москва, Российская Федерация
[3]ФГБОУ ВО "Омский государственный медицинский университет" Минздрава России, Омск, Российская Федерация

*Corresponding author
(Автор, ответственный за переписку):
m.e.zharova@ropniz.ru

Поступила: 19.05.2026
Принята: 01.06.2026

CC BY 4.0

Синдром раздраженного кишечника (СРК) является одним из наиболее распространенных функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта и характеризуется хроническим рецидивирующим течением, абдоминальной болью, нарушением частоты и формы стула, метеоризмом и значимым влиянием на качество жизни пациентов. СРК ассоциирован со снижением трудоспособности, частыми обращениями за медицинской помощью, затратами на диагностику и лечение, а также необходимостью длительного динамического наблюдения. Актуальность разработки методических рекомендаций обусловлена потребностью в унификации подходов к ведению пациентов с СРК на амбулаторном этапе, повышении эффективности терапии, своевременном исключении органической патологии и обеспечении преемственности между врачами-терапевтами, гастроэнтерологами и другими специалистами.

Методические рекомендации посвящены ведению взрослых пациентов с СРК в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. В документе представлены критерии установления диагноза, включая Римские критерии IV и V пересмотров, алгоритм динамического наблюдения, перечень "симптомов тревоги", подходы к лабораторной и инструментальной диагностике, оценке тяжести заболевания, формулировке диагноза, определению показаний к госпитализации и направлению к врачам-специалистам. Отдельное внимание уделено немедикаментозной и медикаментозной терапии, профилактическому консультированию, оценке приверженности лечению, информированию пациента и оформлению медицинской документации.

Методические рекомендации предназначены для врачей-терапевтов, врачей общей практики, гастроэнтерологов, специалистов медицинских организаций первичного звена, а также организаторов здравоохранения, участвующих в маршрутизации и динамическом наблюдении пациентов с СРК.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, первичная медико-санитарная помощь, функциональные заболевания кишечника, абдоминальная боль, Римские критерии.

Отношения и деятельность: нет.

Рецензенты:
Бакулин И. Г. — д.м.н., профессор, директор Института терапии, зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии им. С. М. Рысса ФГБОУ ВО "Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова" Минздрава России (Санкт-Петербург, Россия)
Абдулганиева Д. И. — д.м.н., профессор, зав. кафедрой госпитальной терапии ФГБОУ ВО "Казанский государственный медицинский университет" Минздрава России, главному внештатному специалисту по терапии Министерства здравоохранения Республики Татарстан (Казань, Россия).

Методические рекомендации утверждены на заседании Ученого совета ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России (протокол № 4 от 28 апреля 2026 г.).

Для цитирования: Драпкина О. М., Маев И. В., Ливзан М. А., Шепель Р. Н., Гаус О. В., Жарова М. Е., Черемушкин С. В. Ведение пациентов с синдромом раздраженного кишечника в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Методические рекомендации. *Первичная медико-санитарная помощь.* 2026;3(2S):269-294. doi: 10.15829/3034-4123-2026-148. EDN: PECPZH

Primary Health Care (Russian Federation). 2026;3(2S):269-294.
doi: 10.15829/3034-4123-2026-148
ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

Первичная медико-санитарная помощь
Primary Health Care (Russian Federation)

Management of patients with irritable bowel syndrome in primary care. Guidelines

Drapkina O. M.[1,2],
Maev I. V.[2],
Livzan M. A.[3],
Shepel R. N.[1],
Gaus O. V.[3],
Zharova M. E.[1*],
Cheremushkin S. V.[2]

[1]National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine, Moscow, Russian Federation
[2]Russian University of Medicine, Moscow, Russian Federation
[3]Omsk State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Omsk, Russian Federation

*Corresponding author:
m.e.zharova@ropniz.ru

Received: 19.05.2026
Accepted: 01.06.2026

Irritable bowel syndrome (IBS) is one of the most common functional gastrointestinal disorders characterized by chronic recurrent symptoms, abdominal pain, irregular stool frequency and consistency, flatulence, and a significant impact on patients' quality of life. IBS is associated with decreased productivity, frequent health encounters, diagnostic and treatment costs, and the need for long-term follow-up. The development of guidelines is relevant to the need to standardize approaches to outpatient management of IBS patients, improve treatment effectiveness, promptly rule out organic pathology, and ensure continuity of care between general practitioners, gastroenterologists, and other specialists.

These guidelines address the management of adult patients with IBS in primary care. The document presents diagnostic criteria, including the Rome IV and V criteria, a dynamic monitoring algorithm, a list of alarm symptoms, approaches to laboratory and imaging diagnostics, disease severity assessment, diagnosis formulation, determining indications for hospitalization, and referral to specialist physicians. Particular attention is paid to non-drug and drug therapy, preventive counseling, assessing treatment adherence, informing the patient, and preparing medical documentation.

These guidelines are intended for internists, general practitioners, gastroenterologists, primary care specialists, and healthcare providers involved in the management and dynamic monitoring of patients with IBS.

Keywords: irritable bowel syndrome, primary care, functional bowel disorders, abdominal pain, Rome criteria.

Relationships and Activities: none.

For citation: Drapkina O. M., Maev I. V., Livzan M. A., Shepel R. N., Gaus O. V., Zharova M. E., Cheremushkin S. V. Management of patients with irritable bowel syndrome in primary care. Guidelines. *Primary Health Care (Russian Federation).* 2026;3(2S):269-294. doi: 10.15829/3034-4123-2026-148. EDN: PECPZH

ДиН — динамическое наблюдение, СРК — синдром раздраженного кишечника.

Синдром раздраженного кишечника (СРК) — хроническое функциональное заболевание кишечника, при котором боль /дискомфорт в животе связана с дефекацией, изменением частоты и/или характера стула[1].

Актуальность создания специализированных методических рекомендаций по ведению пациентов с СРК для врачей первичного звена здравоохранения обусловлена рядом факторов эпидемиологического, клинического и организационного характера. СРК является одним из самых распространенных функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта. По данным международных эпидемиологических исследований распространенность заболевания в популяции достигает 10-13%, при этом значительная часть пациентов впервые обращается за помощью именно к участковым терапевтам и врачам общей практики [1].

Несмотря на то, что СРК не относится к заболеваниям с высоким риском летальности, он существенно снижает качество жизни пациентов, сопровождается снижением производительности труда и требует значительных затрат на диагностику и лечение как со стороны общественного здравоохранения, так и со стороны пациента [2, 3]. Основная сложность ведения таких пациентов заключается в хроническом рецидивирующем течении болезни, тесной связи симптомов с психоэмоциональным состоянием, необходимостью длительного поддерживающего лечения и динамического наблюдения (ДиН).

Имеющаяся практика демонстрирует, что пациенты с СРК с учетом особенностей психоэмоционального статуса требуют динамического наблюдения и особого подхода к ведению, включая установление тесных доверительных отношений с врачом, разъяснение причин развития заболевания, факторов, способствующих появлению или обострению симптомов, подходов к коррекции образа жизни и медикаментозной терапии. Разработка регламентирующих документов позволит унифицировать подходы к ведению пациентов с СРК на амбулаторном этапе, а следовательно, повысить эффективность терапии заболевания и удовлетворенность качеством оказания медицинских услуг со стороны пациента [4].

Кроме того, регламентация наблюдения будет способствовать преемственности между врачом первичного звена и узкими специалистами (гастроэнтерологами, психотерапевтами), что критически важно при многофакторной природе СРК. Таким образом, создание данных рекомендаций является насущной необходимостью для повышения эффективности амбулаторной помощи, улучшения прогноза и социальной адаптации пациентов с СРК.

Критерии установления диагноза

Диагноз СРК устанавливается при соответствии жалоб пациента Римским критериям IV и V [5], при отсутствии "симптомов тревоги" и исключении органических заболеваний, способных объяснить наличие имеющихся жалоб (Приложение 1).

Согласно Римским критериям IV СРК определяется как функциональное заболевание кишечника, проявляющееся рецидивирующей болью животе, возникающей по меньшей мере 1 раз в неделю, которая характеризуется следующими признаками (двумя или более):

1. Связана с дефекацией;
2. Связана с изменением частоты стула;
3. Связана с изменением формы стула.

Эти симптомы должны отмечаться у больного последние 3 мес. при общей продолжительности не менее 6 мес.

В мае 2026 г. были опубликованы Римские критерии V пересмотра [6]. По сравнению с предшествующей версией (Римские критерии IV) в обновлённый документ внесён ряд изменений, касающихся СРК. В диагностические критерии СРК повторно включено понятие "абдоминальный дискомфорт", поскольку в некоторых странах пациенты описывают свои ощущения именно как дискомфорт, а не болевые ощущения. Кроме того, скорректирован частотный порог: если согласно Римским критериям IV абдоминальная боль должна была регистрироваться не реже одного раза в неделю, то в V редакции достаточным основанием служит наличие боли либо дискомфорта в течение не менее 3 дней в месяц на протяжении последних 3 мес. Дополнительно подчёркивается, что болевой синдром при СРК не должен носить постоянного характера, что позволяет отграничить данное состояние от синдромов хронической центрально-опосредованной абдоминальной боли. Несмотря на выход V пересмотра, в клинической практике и научных исследованиях по-прежнему широко применяются Римские критерии IV. Внедрение V пересмотра будет происходить постепенно, так как требует обновления клинических рекомендаций и образовательных программ. В связи с этим ожидается переходный период, в течение которого обе версии будут сосуществовать параллельно.

Основными источниками информации по клиническим аспектам ведения пациентов с СРК являются клинические рекомендации "Синдром раздраженного кишечника", 2024 г.[1] и приказ Минздрава России от 22.02.2022 № 104н "Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при синдроме раздраженного кишечника (диагностика и лечение)".

[1] Клинические рекомендации Минздрава России. Синдром раздраженного кишечника https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/892_1.

doi: 10.15829/3034-4123-2026-148

Таблица

Алгоритм проведения ДиН за пациентами с СРК

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)[2]	Регулярность (периодичность) приемов в рамках ДиН	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время приема (осмотра, консультации) пациента в рамках ДиН[1]
K58.0 Синдром раздражённого кишечника с диареей **K58.1 Синдром раздраженного кишечника с преобладанием диареи** **K58.2 Синдром раздраженного кишечника с преобладанием запоров** **K58.3 Синдром раздраженного кишечника со смешанными проявлениями** **K58.8 Другой или неуточненный синдром раздраженного кишечника**	**Первое посещение** — при необходимости уточнение диагноза и дообследование, назначение терапии **Второе посещение** — через 8-12 нед. после первого посещения, далее — 1 раз в 6-12 мес. в зависимости от частоты обострений	**Сбор жалоб** *Абдоминальная боль (обязательный симптом):* • **локализация:** нижние отделы живота (чаще левая подвздошная область), возможна мигрирующая боль • **связь с дефекацией:** • усиление перед дефекацией • изменение (усиление или уменьшение) после дефекации • **характер:** ноющая/распирающая/схваткообразная • **особенности:** • отсутствует в ночное время • не связана с физической нагрузкой • усиливается при стрессе, психоэмоциональном напряжении • отсутствует в период отдыха или отпуска • возможна связь с приемом пищи и отдельных продуктов • у некоторых женщин — усиление при менструации *Нарушения стула (обязательный симптом):* варианты: • диарея • запор • чередование диареи и запора при диарее: • преимущественно утренние эпизоды (после еды) • частота ≥2-4 раз за короткий период • императивные позывы • чувство неполного опорожнения • отсутствие ночных симптомов при запоре: • плотный ("овечий", "карандашный") стул (оценка по Бристольской шкале, Приложение 1) • фрагментированный или пробкообразный стул • **примеси:** • кровь и гной отсутствуют • возможна примесь слизи *Метеоризм и вздутие:* • чувство распирания • увеличение объема живота к вечеру • облегчение после отхождения газов • возможен феномен "видимого вздутия", когда объем живота увеличивается настолько, что пациенты вынуждены расстегивать одежду *Внекишечные проявления* [7]*:* • тревога, депрессия (>50%) • головная боль, мигрень • фибромиалгия • ощущение "кома в горле" • дизурические расстройства • диспареуния и др.

[2] Международная классификация болезней 10-го пересмотра. https://mkb-10.com/.

Таблица. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)[2]	Регулярность (периодичность) приемов в рамках ДиН	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время приема (осмотра, консультации) пациента в рамках ДиН[1]
		ВАЖНО! Согласно Римским критериям IV для установления диагноза СРК наличие рецидивирующей абдоминальной боли обязательно. Боль должна быть связана как минимум с одним из признаков: • дефекацией • изменением частоты стула • изменением формы стула Если боли нет, но есть нарушения стула — это не СРК, а, как правило: функциональная диарея/функциональный запор/функциональное вздутие (в зависимости от преобладающего симптома). Пациенты иногда не называют симптом "болью", а описывают свои ощущения как "дискомфорт", "спазмы", "распирание", в таких случаях часто эти жалобы все же эквивалент боли. *Анамнез настоящего заболевания* [8]: Начало заболевания: • когда и при каких обстоятельствах появились симптомы (постепенно/после инфекции/на фоне стресса); • возможная связь с кишечной инфекцией (постинфекционный СРК); Течение заболевания: • длительность симптомов (не менее 6 мес.); • характер течения (волнообразное, хроническое); • наличие периодов обострения и ремиссии; • триггеры обострения (пища, стресс, менструация и др.); Факторы, влияющие на симптомы: • связь с приемом пищи; • влияние психоэмоционального состояния; • изменение симптомов в условиях отдыха (например, отпуск); Предшествующие состояния и воздействия: • перенесенные кишечные инфекции; • прием антибиотиков; • изменения диеты или образа жизни; Ранее проведённые обследования: • лабораторные и инструментальные исследования (анализы крови, кала, УЗИ, эндоскопия и др.); • их результаты (при наличии медицинской документации); Ранее проводимая терапия: • назначенные препараты (спазмолитики, слабительные, антидиарейные и др.); • эффективность лечения и переносимость. *Анамнез жизни:* Образ жизни и питание: • режим питания, регулярность приёмов пищи; • наличие пищевых триггеров; • уровень физической активности; • вредные привычки (курение, алкоголь, психоактивные вещества и пр.) Психоэмоциональный статус: • наличие хронического стресса; • тревожные, депрессивные расстройства; • влияние психоэмоционального состояния на симптомы; Перенесённые заболевания: • заболевания ЖКТ; • эндокринные и метаболические нарушения; • другие функциональные расстройства ЖКТ. *Лекарственный анамнез:* • приём лекарственных препаратов (включая БАДы); • препараты, влияющие на моторику кишечника; *Наследственность:* • колоректальный рак; • воспалительные заболевания кишечника; • целиакия.

doi: 10.15829/3034-4123-2026-148

Таблица. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)[2]	Регулярность (периодичность) приемов в рамках ДиН	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время приема (осмотра, консультации) пациента в рамках ДиН[1]
		Социальные факторы: • уровень социальной поддержки; • условия труда и образ жизни; • влияние заболевания на повседневную активность и качество жизни. **Физикальное обследование** Физикальное обследование проводится по стандартному алгоритму и направлено на исключение органической патологии, прежде всего за счёт выявления "симптомов тревоги". В большинстве случаев при СРК объективные изменения отсутствуют, что отражает функциональный характер заболевания. При СРК отмечается несоответствие между выраженностью жалоб и скудностью объективных данных; выявление отклонений при физикальном осмотре требует исключения органического заболевания. При осмотре может выявляться: • болезненность при пальпации живота, чаще по ходу толстой кишки; • локальная чувствительность в левых отделах живота; • возможен спазм сигмовидной кишки; • признаки метеоризма (умеренное вздутие живота). При этом отсутствуют признаки органического поражения. Ключевые элементы физикального осмотра: Общее состояние: • как правило, удовлетворительное; • отсутствуют признаки интоксикации; Температура тела: • нормальная (лихорадка не характерна); Кожа и слизистые: • без признаков анемии, желтухи и других патологических изменений; Лимфатические узлы: • не увеличены; Щитовидная железа: • без увеличения и узловых образований (при осмотре); Органы брюшной полости: Осмотр: • живот обычно мягкий; • возможно умеренное вздутие; • отсутствуют асимметрия и видимая патологическая перистальтика; Пальпация: • болезненность по ходу кишечника; • отсутствие симптомов раздражения брюшины; • отсутствие пальпируемых образований; Печень и селезёнка: • не увеличены; Обязательные элементы обследования: • Осмотр перианальной области и пальцевое ректальное исследование проводится всем пациентам; • направлено на исключение органической патологии прямой кишки; • наличие крови — неблагоприятный диагностический признак. В случае невозможности проведения пальцевого ректального исследования и наличии подозрения на патологию аноректальной зоны следует направить пациента к врачу-колопроктологу. **Симптомы тревоги ("красные флаги") при СРК** Наличие симптомов тревоги у пациентов с подозрением на СРК требует исключения органической патологии и проведения углубленного обследования. **Жалобы и анамнез:** • немотивированная потеря массы тела • дебют заболевания в пожилом возрасте • ночная симптоматика • отягощённый семейный анамнез:

Таблица. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)[2]	Регулярность (периодичность) приемов в рамках ДиН	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время приема (осмотра, консультации) пациента в рамках ДиН[1]
		◦ колоректальный рак ◦ целиакия ◦ воспалительные заболевания кишечника (язвенный колит, болезнь Крона) • постоянная боль в животе как единственный и ведущий симптом • прогрессирующее течение заболевания **Данные физикального обследования:** • лихорадка • признаки органной патологии (гепатомегалия, спленомегалия, пальпируемые образования брюшной полости и др.) **Лабораторные диагностические исследования** **При первичной постановке диагноза СРК** с целью исключения органических заболеваний всем пациентам рекомендовано проведение следующих лабораторных исследований: — общий (клинический) анализ крови — исследование уровня С-реактивного белка — анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин, АСТ, АЛТ, глюкоза, креатинин, мочевина) — исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом — анализ кала на яйца гельминтов и простейших У пациентов с СРК-Д и СРК-М дополнительно: — определение содержания антител к тканевой трансглютаминазе в крови (антитела к tTG) IgA или IgG для исключения целиакии; при подозрении на селективный иммунодефицит IgA, его определение — микробиологическое исследование кала на бактерии кишечной группы выбор исследований зависит от клинической ситуации — исследование уровня фекального кальпротектина для исключения воспалительных заболеваний кишечника — экспресс-исследование кала на токсины А и В клостридий (*Clostridioides difficile*) — стул должен быть неоформленным при подозрении на антибиотик-асоциированную диарею — исследование эластазы-1 в кале для исключения внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы (по показаниям и после нормализации стула) **При последующем ДиН пациентов с СРК объем лабораторных исследований определяется индивидуально и проводится по показаниям — при появлении новых жалоб, в первую очередь, относящихся к "симптомам тревоги", при отсутствии эффекта от проводимой терапии.** **ВАЖНО!** Фекальный кальпротектин — неспецифичный маркер воспаления слизистой оболочки кишечника, отражающий любое ее повреждение независимо от причины. Повышение маркера наблюдается не только при воспалительных заболеваниях кишечника (болезнь Крона, язвенный колит), но и при инфекциях (бактериальных, вирусных, паразитарных), лекарственно-индуцированных поражениях (НПВС-энтеропатия), антибиотико-ассоциированном колите, *Clostridioides difficile* инфекции, опухолях и другой органической патологии (колоректальный рак, полипы, дивертикулит), а также при иных воспалительных состояниях (ишемический, микроскопический, постлучевой колит), тогда как при СРК его уровень, как правило, остается нормальным. Повышение кальпротектина не подтверждает диагноз ВЗК; в контексте СРК данный тест используется преимущественно для исключения органической патологии и снижения числа необоснованных колоноскопий, особенно при диарее и наличии "симптомов тревоги".

doi: 10.15829/3034-4123-2026-148

Таблица. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)[2]	Регулярность (периодичность) приемов в рамках ДиН	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время приема (осмотра, консультации) пациента в рамках ДиН[1]
		Инструментальные диагностические исследования на момент постановки диагноза **Обязательные методы обследования:** — УЗИ органов брюшной полости при первичной постановке диагноза, далее при ДиН по показаниям; — ЭГДС при постановке диагноза, далее при ДиН в зависимости от выявленных изменений или по показаниям; — илеоколоноскопия с поэтажной биопсией при постановке диагнозе, при наличии "симптомов тревоги", далее по показаниям или при выявлении "симптомов тревоги" вновь (диагностика микроскопического колита). **Обследования по показаниям:** — ЭГДС с биопсией залуковичного отдела двенадцатиперстной кишки при выявлении антител к тканевой трансглутаминазе в диагностическом титре при первичной постановке диагноза для исключения целиакии; — УЗИ органов малого таза (трансвагинально, трансабдоминально) при первичной постановке диагноза для исключения патологии органов малого таза у женщин; — проведение водородно-метанового дыхательного теста с декстрозой или лактулозой для выявления синдрома избыточного бактериального роста исключение лактазной недостаточности.
		Оценка достижения целевых показателей здоровья • нормализация нутритивного статуса (часть пациентов с СРК из-за приверженности жестким ограничительным диетам могут иметь дефицит макро- и микронутриентов, что требует своевременной диагностики и коррекции); • ИМТ 18,5-24,9 кг/м^2, окружность талии <94 см (мужчины) и <80 см (женщины) [9]; • прекращение воздействия табака в любой форме; • отказ от употребления алкоголя; • здоровое питание с исключением трансжиров, с низким содержанием насыщенных жиров, с акцентом на потребление цельнозерновых продуктов, овощей, фруктов и рыбы (при отсутствии противопоказаний и/или ограничений); • физическая активность умеренной интенсивности — не менее 150- 300 мин в нед., высокой интенсивности — не менее 75-150 мин в нед. (при отсутствии противопоказаний и/или ограничений); • другие целевые показатели в соответствии с индивидуальным планом лечения по основному заболеванию: купирование / уменьшение частоты и выраженности не менее чем на 30% абдоминальной боли; нормализация частоты акта дефекации (не реже 1 раз в 3 дня, не чаще 3 раз в день), нормализация характера стула (тип 3, 4, по Бристольской шкале кала), купирование / уменьшение частоты и выраженности не менее чем на 30% других кишечных симптомов (вздутие), снижение частоты рецидивов заболевания. **Оценка тяжести течения заболевания** Для оценки тяжести СРК существует несколько валидированных инструментов, наиболее широко используемым из которых является Шкала тяжести симптомов СРК (IBS-SSS) [10]. IBS-SSS (Irritable Bowel Syndrome Severity Scoring System) — это простая и наиболее распространенная шкала, включающая 5 вопросов, каждый оценивается по 100-балльной визуальной аналоговой шкале (максимум 500 баллов): • Интенсивность абдоминальной боли • Частота абдоминальной боли (количество дней за последние 10 дней) • Выраженность вздутия живота • Удовлетворенность характером стула • Влияние симптомов на качество жизни/общее самочувствие Интерпретация баллов IBS-SSS: <75 баллов: ремиссия 75-175 баллов: легкая степень 176-300 баллов: средняя степень 300 баллов: тяжелая степень. Шкала показала высокую воспроизводимость (повторные измерения в течение 24 часов) и чувствительность к изменениям (изменение на 50 баллов надежно указывает на улучшение). Приложение 2.

Таблица. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)[2]	Регулярность (периодичность) приемов в рамках ДиН	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время приема (осмотра, консультации) пациента в рамках ДиН[1]
		Определение показаний к госпитализации Показания для госпитализации в круглосуточный или дневной стационар медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь при СРК, определяются консилиумом врачей-гастроэнтерологов и/или врачей-колопроктологов, с привлечением при необходимости других врачей-специалистов. Показанием для госпитализации в медицинскую организацию в плановой форме является: 1) необходимость выполнения сложных интервенционных диагностических медицинских вмешательств, требующих последующего наблюдения в условиях круглосуточного или дневного стационара; 2) наличие показаний к специализированному лечению СРК, требующему наблюдения в условиях круглосуточного или дневного стационара.
		Установление или уточнение диагноза заболевания (состояния) При формулировке диагноза необходимо указывать все его рубрики, учитывать современные требования законодательства Российской Федерации и принципы кодирования согласно правилам международной статистической классификации болезней 10 пересмотра: — основное заболевание, — конкурирующее заболевание (при наличии), — сочетанное заболевание (при наличии), — фоновое заболевание (при наличии), — осложнения основного заболевания (конкурирующего, сочетанного, фонового заболеваний — при наличии), сопутствующие заболевания (при наличии) **Структура развернутого диагноза:** ***Примеры формулировок:*** Синдром раздраженного кишечника с преобладанием диареи, легкой степени тяжести.
		Назначение по медицинским показаниям профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий ***Проведение индивидуального КПК*** Проведение КПК и разъяснение пациенту с СРК сути заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) или их осложнения, а также лицам, совместно с ним проживающим, правил действий при их развитии и необходимости своевременного вызова скорой медицинской помощи. В рамках КПК пациент должен получить общие рекомендации (основы здорового образа жизни) и, в зависимости от имеющихся ФР, краткие рекомендации по конкретным ФР. КПК ограничено по времени (не >10 мин), поэтому проведение его рекомендуется по структурированной схеме (8): • разъяснение результатов обследования и рекомендации, выдача информационных материалов/памяток при необходимости • информирование о необходимости регулярных визитов в рамках динамического наблюдения, о рекомендуемых для пациента целевых уровнях показателей состояния здоровья • назначение даты следующего приема. ***Направление на вакцинацию*** СРК не является противопоказанием к проведению вакцинации с использованием вакцин любого типа[3]. Информировать пациента о необходимости иммунизации согласно национальному календарю профилактических и календарю профилактических прививок по эпидемическим показаниям, возможных поствакцинальных реакциях и осложнениях, а также последствиях отказа от иммунизации и, в случае положительного решения — направить в кабинет вакцинопрофилактики (прививочный кабинет)[3].

[3] Приказ Минздрава России от 06 декабря 2021 г. № 1122н "Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок" СПС Консультант Плюс.

doi: 10.15829/3034-4123-2026-148

Таблица. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)[2]	Регулярность (периодичность) приемов в рамках ДиН	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время приема (осмотра, консультации) пациента в рамках ДиН[1]
		Назначение (корректировка) немедикаментозного и медикаментозного лечения (Приложение 3-5) Назначение (корректировка) медикаментозного лечения проводится согласно клиническим рекомендациям по заболеванию (состоянию), а также с учетом рекомендаций врачей-специалистов (при наличии таких рекомендаций). **Немедикаментозная терапия** ***Диетические рекомендации*** [11-19] • Диетическая коррекция является базовым компонентом ведения пациентов с СРК и должна быть рекомендована всем. • Перед назначением диетических рекомендаций целесообразно рекомендовать пациенту ведение дневника питания и стула в течение не менее 2 нед., что позволяет выявить индивидуальные пищевые триггеры и уточнить подтип СРК, что важно для дальнейшей тактики лечения. • При возможности пациентам с СРК желательно рекомендовать консультацию диетолога, поскольку это повышает приверженность и эффективность диетотерапии. • Базовые рекомендации включают: принимать пищу регулярно в специально отведенное для этого время, избегать приема пищи в спешке, в процессе работы, исключение переедания и длительных перерывов между приемами пищи, достаточное потребление жидкости, а также ограничение кофеина. • Важным компонентом является назначение растворимой клетчатки (псиллиум, овёс) с начальной дозой 3-4 г в сутки с последующей титрацией под контролем переносимости, при этом следует избегать нерастворимой клетчатки (например, пшеничных отрубей), способной усиливать симптомы. • Рекомендуется ограничение продуктов, способствующих газообразованию (бобовые, капуста, газированные напитки, подсластители), а также при наличии показаний — проведение пробной диеты с ограничением лактозы. • Важно исключать у пациентов расстройства пищевого поведения и выраженные психические нарушения, а также избегать чрезмерных ограничительных диет, способных привести к нутритивным дефицитам. • Пациентам с диарейным и смешанным вариантами СРК возможно назначение аглютеновой диеты. • Эффективность диеты с низким содержанием олиго-ди-моносахаридов (лактозы, фруктозы, фруктанов, галактанов) и полиолов (сорбитола, ксилитола, маннитола) сомнительна, но может быть рекомендована пациентам с сохраняющимися симптомами или высокой мотивацией; её реализация включает этап элиминации (4-6 нед.), последующую постепенную реинтродукцию продуктов и индивидуализацию рациона, предпочтительно под контролем врача или диетолога (Приложение 4). **ВАЖНО!** Диета "стол № 5" по Певзнеру не должна использоваться при СРК. Данная система диет была официально отменена в России с 2003 г. и в настоящее время не входит в современные клинические рекомендации. При СРК приоритет следует отдавать современным подходам: индивидуализированной диетотерапии, выявлению пищевых триггеров и, при необходимости, диете с низким содержанием олиго-ди-моносахаридов (лактозы, фруктозы, фруктанов, галактанов) и полиолов (сорбитола, ксилитола, маннитола). **Отказ от употребления алкоголя** **Отказ от употребления табака** **Физическая активность** (пациентам с СРК показаны умеренные физические нагрузки (ходьба, езда на велосипеде, занятия аэробикой), которые приводят к достоверному уменьшению основных симптомов заболевания).

Таблица. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)[2]	Регулярность (периодичность) приемов в рамках ДиН	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время приема (осмотра, консультации) пациента в рамках ДиН[1]
		Медикаментозная терапия [15,17,20-22] Медикаментозная терапия СРК носит симптом-ориентированный и индивидуализированный характер и направлена на купирование ведущих клинических проявлений — абдоминальной боли, диареи или запора, а также на коррекцию висцеральной гиперчувствительности и нарушений оси "кишечник–мозг". Требуется поэтапный выбором препаратов в зависимости от ведущего симптома, их титрацией и оценкой эффективности в динамике. **Купирование абдоминальной боли:** Для купирования абдоминальной боли препаратами первой линии являются **спазмолитики**, которые помимо уменьшения висцеральной боли способствуют нормализации стула: мебеверин 200 мг по 1 капсуле 2 раза в день от 8 нед., с возможным продолжение терапии до 6-12 мес. — Мебеверин является одним из препаратов выбора при СРК благодаря селективному миотропному действию и высокому профилю безопасности. Он действует непосредственно на гладкомышечные клетки кишечника, блокируя натриевые каналы и устраняя спазм без нарушения физиологической моторики, что предотвращает развитие атонии и позволяет нормализовать моторику пищеварительного тракта. Препарат также снижает висцеральную гиперчувствительность и обладает обезболивающим эффектом. Его эффективность подтверждена клиническими исследованиями: на фоне терапии уменьшаются боль, вздутие и нарушения стула. Мебеверин хорошо переносится, практически не вызывает системных побочных эффектов и может применяться длительно. Максимальный эффект достигается через 6-8 нед., при этом возможен длительный "постэффект" до полугода после курса лечения [23-31]. — гиосцина бутилбромид 10-20 мг 3-5 раз в сутки — пинаверия бромид 50 мг 3-4 раза в сутки во время еды (максимальная суточная доза до 300 мг) — отилония бромид 40 мг 2-3 раза в сутки до 4 нед. Важно назначать спазмолитики длительными курсами для улучшения качества жизни и достижения устойчивой ремиссии. При неэффективности терапии первой линии (спазмолитиков) назначаются нейромодуляторы (антидепрессанты): — **Неселективные ингибиторы обратного захвата моноаминов:** — амитриптилин: стартовая доза 25 мг на ночь с последующим увеличением на 25 мг еженедельно до максимальной дозы 75 мг/сут.; при достижении терапевтического эффекта препарат принимается в эффективной дозе не менее 3 мес., оптимально 6-12 мес.; отмена постепенная (снижение на 25% каждые 1-2 нед.); предпочтительно назначать при: СРК с преобладанием диареи, нарушениях сна. Возможные побочные эффекты: сонливость, сухость во рту, запор, увеличение массы тела за счет повышенного аппетита. — **Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина:** — пароксетин: старт 10 мг/сут., титрация +10 мг каждые 1-2 нед. до 20-40 мг/сут.; предпочтительно назначать при: выраженной тревоге, депрессии, СРК с запором или смешанном варианте; возможные побочные эффекты: сонливость, увеличение массы тела, сексуальная дисфункция, синдром отмены. Используется как альтернатива **ингибиторам обратного захвата моноаминов**, особенно при плохой переносимости. — сертралин: старт 25 мг/сут., увеличение на 25 мг каждые 7-14 дней до 50-100 мг/сут. (максимум 200 мг/сут.); предпочтительно назначать при: тревожных расстройствах, СРК с запором; возможные побочные эффекты: тошнота, диарея, тревога в начале терапии, головокружение. — циталопрам: старт 5-10 мг/сут., титрация +5-10 мг каждые 1-2 нед. до 20-40 мг/сут. (у пожилых не более 20 мг/сут.); предпочтительно назначать при: хорошей переносимости, СРК с запором, выраженном психоэмоциональном компоненте; возможные побочные эффекты: тошнота, сонливость, тремор, риск удлинения QT. **Купирование диареи:** — лоперамид 2 мг в начальной дозе по 2 капсулы в день, затем — по 1 капсуле после каждого акта дефекации (в случае жидкого стула); максимальная суточная доза — 6 капсул (12 мг) — смектит диоктаэдрический 3 г по 1 пакетику 3 раза в сутки — рифаксимин 400 мг по 1 таблетке каждые 12 ч в течение 10 дней

doi: 10.15829/3034-4123-2026-148

Таблица. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)[2]	Регулярность (периодичность) приемов в рамках ДиН	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время приема (осмотра, консультации) пациента в рамках ДиН[1]
		Купирование запора: — подорожника овального семян оболочка рекомендуемая доза составляет не менее 10 г/сут. — осмотические слабительные (полиэтиленгликоль, лактулоза) при отсутствии эффекта от коррекции образа жизни и увеличения потребления пищевых волокон; — контактные слабильные (бисакодил 5 мг по 1 таблетке 1 раз в день, но не более 10-14 дней) при отсутствии эффекта от вышеуказанных мероприятий и приема слабительных препаратов осмотического действия; — прукалоприд 2 мг по 1 таблетке 1 раз в день, независимо от приема пищи, в любое время суток при отсутствии эффекта от вышеуказанных мероприятий и приема слабительных препаратов других групп. **Дополнительная терапия:** • пробиотики (*Bifidobacterium longum* + *Enterococcus faecium*; *Saccharomyces boulardii*) курсом 4-8 нед. для уменьшения выраженности симптомов заболевания • тримебутин 100-200 мг 3 раза в сутки курсом 4-12 нед. для уменьшения боли и нормализации стула [32, 33] • алверин + симетикон 60/300 мг по 1 капсуле 2-3 раза в сутки перед едой курсом до 8 нед. • иберогаст 20 капель 3 раза в сутки до еды в течение 4 нед. (особенно в условиях перекреста с функциональной диспепсией) • ребамипид 100 мг 3 раза в сутки курсом 8 нед. для нормализации проницаемости слизисто-эпителиального барьера [34, 35]. **ВАЖНО!** Терапевт может самостоятельно назначать антидепрессанты пациентам с СРК при наличии показаний (выраженная боль, резистентность к базовой терапии) и лёгких или умеренных психоэмоциональных нарушений (тревога, субдепрессия, нарушения сна) при отсутствии суицидальных мыслей и тяжёлых психических расстройств, используя низкие дозы и оценивая эффект через 4-6 нед. Обязательное направление к психиатру требуется при суицидальных мыслях, тяжёлой депрессии, панических атаках с дезадаптацией, подозрении на биполярное расстройство или психоз, а также при неэффективности терапии или необходимости высоких доз. Консультация психолога или психотерапевта рекомендована большинству пациентов с СРК, особенно при хроническом течении и выраженном влиянии стресса. **При последующих визитах в рамках ДиН уточнение факта приема лекарственных средств. Определение приверженности к соблюдению немедикаментозных мер коррекции, проводимому медикаментозному лечению и его эффективности по оценке самого пациента, выявление причин невыполнения ранее назначенного лечения. Приложение 6.** ***Направление на консультацию к врачам-специалистам по медицинским показаниям, в том числе с применением телемедицинских технологий:*** Пациентам с СРК рекомендован прием (осмотр, консультация) врача-психиатра первичный при неэффективности проводимого лечения, а также при наличии значимых для повседневной жизни жалоб на расстройства настроения, тревогу, нарушения в контроле импульсивного поведения, при согласии пациента. Специфические меры реабилитации пациентов с СРК отсутствуют. Согласно имеющимся публикациям, эффективными при СРК являются когнитивная поведенческая терапия, гипнотерапия и психологическая поддержка **Определение наличия показаний и отсутствия противопоказаний для направления на санаторно-курортное лечение[4].**

[4] Приказ Минздрава России от 27 марта 2024 г. № 143н "Об утверждении классификации природных лечебных ресурсов, указанных в пункте 2 статьи 2.1 Федерального закона от 23 февраля 1995 г. № 26-ФЗ "О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах", их характеристик и перечня медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации с применением таких природных лечебных ресурсов" СПС Консультант Плюс.

Таблица. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)[2]	Регулярность (периодичность) приемов в рамках ДиН	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время приема (осмотра, консультации) пациента в рамках ДиН[1]
		Диагноз: • СРК без диареи (K58.9) • СРК (K58) Форма, стадия, фаза, степень тяжести заболевания • СРК с запором легкой и средней степени тяжести Природные лечебные ресурсы • Минеральные воды (питьевые), лечебные грязи
		Информирование пациента о результатах проведенного (осмотра, консультации) • выдача рекомендаций, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, письменного плана действий и самопомощи при обострении заболевания • информирование о необходимости регулярного приема в рамках ДиН • информирование о дате следующего приема (осмотра, консультации) • информирование о необходимости прохождения диспансеризации и ежегодного профилактического медицинского осмотра и, в случае положительного решения — направление в отделение (кабинет) медицинской профилактики или центр здоровья
		Оформление медицинской документации • формы № 025/у "Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях" • форма № 025-1/у "Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях" • формы № 057 "Направление для оказания медицинской помощи" (при необходимости) • внесение информации о результатах приема (осмотра, консультации) в электронную медицинскую карту медицинской информационной системы.

Сокращения: АЛТ — аланинаминотрансфераза, АСТ — аспартатаминотрансфераза, ВЗК — воспалительные заболевания кишечника, ДиН — динамическое наблюдение, ЖКТ — желудочно-кишечный тракт, ИМТ — индекс массы тела, КПК — краткое профессиональное консультирование, НПВС — нестероидные противовоспалительные средства, СРК — синдром раздраженного кишечника, УЗИ — ультразвуковое исследование, ФР — факторы риска, ЭГДС — эзофагодуоденоскопия.

Приложение 1
Критерии и правила формулировки диагноза СРК

Синдром раздраженного кишечника

1 Римские критерии V

Рецидивирующая боль/дискомфорт в животе ≥3 дней в месяц, характеризуется следующими признаками (двумя или более):

- Связана с дефекацией
- Связана с изменением частоты стула
- Связана с изменением формы стула

Сроки:
≥3 мес при общей продолжительности **≥6 мес**

2 Симптомы тревоги

Должны отсутствовать для установления диагноза СРК:

- Потеря массы тела
- Начало в пожилом возрасте
- Ночная симптоматика
- Лихорадка
- Гепатомегалия/спленомегалия
- Снижение гемоглобина
- Лейкоцитоз
- Повышение СОЭ
- Скрытая кровь в кале
- Стеаторея/полифекалия
- Рак толстой кишки, ВЗК, целиакия у родственников

3 Исключение органической патологии

Лабораторные:

- Общий анализ крови
- Биохимический анализ крови
- Кальпротектин
- Кал на инфекции/гельминты
- С-реактивный белок
- Кал на скрытую кровь
- АТ к tTG (IgA/IgG)
- Токсины C. difficile

Инструментальные:

- УЗИ органов БП
- Колоноскопия с биопсией
- ЭГДС
- Дыхательный тест (СИБР)

4 Подтипы СРК

На основе Бристольской шкалы (>25% дефекаций):

СРК-З (запор) — Тип 1-2
<25% — тип 6-7

СРК-Д (диарея) — Тип 6-7
<25% — тип 1-2

СРК-М (смешанный) — Тип 1-2 + 6-7
>25% оба типа

СРК-Н (неклассифицируемый)
Недостаточно критериев

5 Бристольская шкала стула



6 Коды МКБ-10

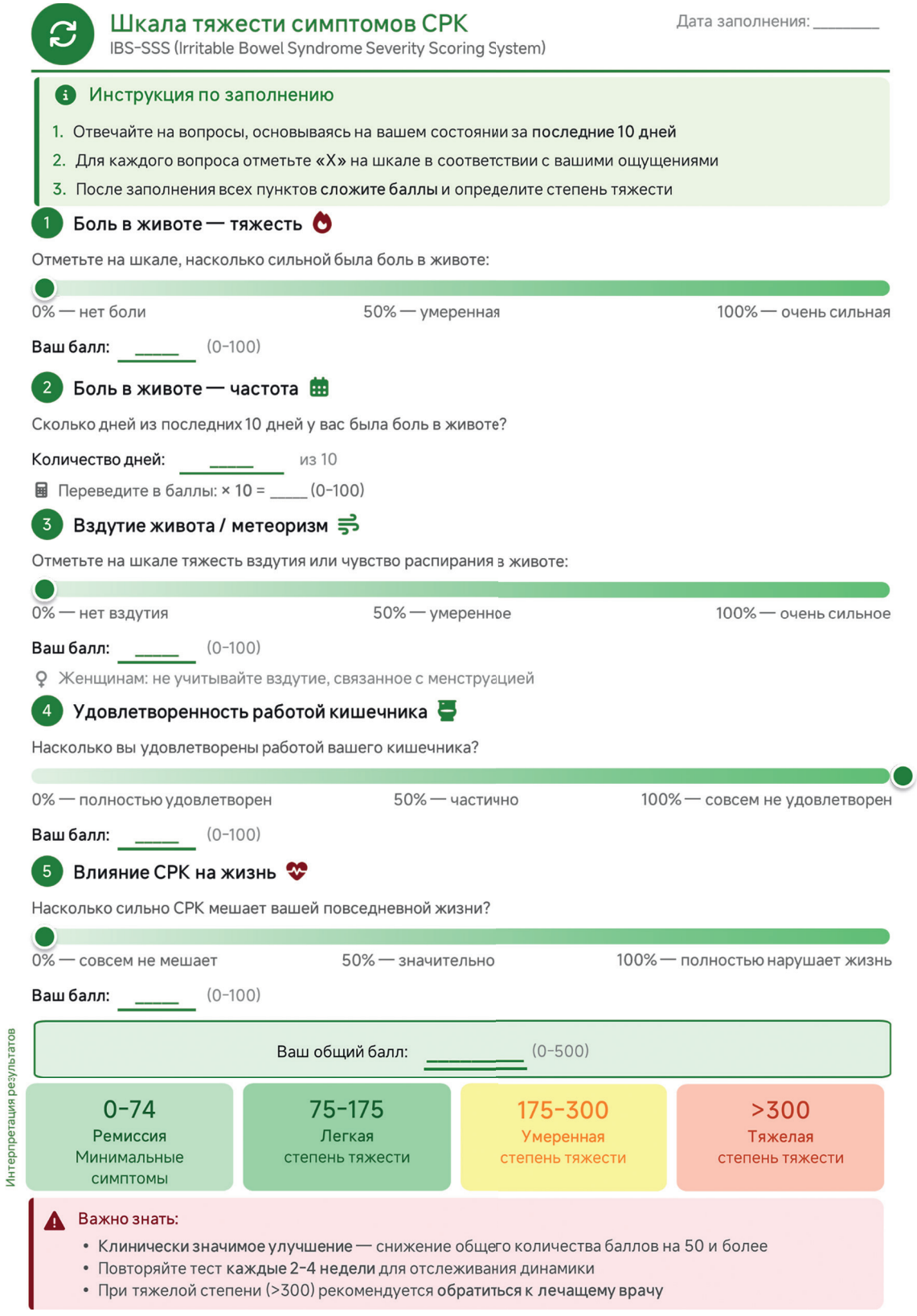
- **K58.0** СРК с диареей
- **K58.1** СРК с преобл. диареи
- **K58.2** СРК с преобл. запоров
- **K58.3** СРК смешанный
- **K58.8** Другой/неуточненный
- **K58.9** СРК без диареи

СРК — диагноз исключения

Сокращения: АТ — антитела, БП — брюшная полость, ВЗК — воспалительные заболевания кишечника, СИБР — селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, СОЭ — скорость оседания эритроцитов, СРК — синдром раздраженного кишечника, УЗИ — ультразвуковое исследование, ЭГДС — эзофагодуоденоскопия.

doi: 10.15829/3034-4123-2026-148

Приложение 2
Шкала тяжести симптомов СРК (Irritable Bowel Syndrome Severity Scoring System, IBS-SSS)



Сокращение: СРК — синдром раздраженного кишечника.

doi: 10.15829/3034-4123-2026-148

Приложение 3
Памятка для пациента о СРК

Синдром раздраженного кишечника

(СРК) — Информационная памятка для пациентов



Уважаемый пациент, у Вас диагностировали СРК

СРК – заболевание, в основе которого лежит нарушение взаимодействия между центральной и энтеральной нервной системой. СРК проявляет себя рецидивирующей абдоминальной болью, связанной с дефекацией, изменением частоты и / или характера стула

При СРК абдоминальная боль:

- Уменьшается после дефекации или отхождения газов
- Усиливается при беспокойстве, эмоциональном возбуждении
- Уменьшается или исчезает в период отдыха, отпуска
- Не беспокоит ночью
- Не сопровождается повышением температуры тела, появлением крови в стуле, потерей веса
- У женщин может усиливаться во время менструации

К факторам риска СРК относятся:

- Острый и/или хронический стресс
- Перенесенная кишечная инфекция
- Несбалансированное питание
- Низкий уровень физической активности
- Наследственная предрасположенность

Важно: СРК не сопровождается увеличением риска развития серьезных осложнений, в том числе онкологических заболеваний пищеварительного тракта!

Среди немедикаментозных методов лечения СРК огромное значение придается диете, нормализации уровня физической активности, а также психоэмоционального фона

Врач назначит Вам лекарственную терапию. Помните о том, что препараты должны приниматься в соответствии с назначениями (доза, кратность и длительность приема), что позволит эффективно управлять течением заболевания

Сокращение: СРК — синдром раздраженного кишечника.

Приложение 4
Основные принципы диетического питания пациентов с СРК [11–19]

Диетические рекомендации при синдроме раздраженного кишечника (СРК)

Изменение рациона — ключевой компонент управления симптомами СРК. Потребуется время, чтобы найти оптимальный для Вас рацион питания.

1 Традиционная диета при СРК

Рекомендуется начать с ведения пищевого дневника в течение 2 недель, что позволит выявить индивидуально непереносимые продукты.

Добавьте в рацион растворимую клетчатку

Псиллиум, исфагула, овес

3-4 г/день

Начинайте с малой дозы, постепенно увеличивайте до уменьшения симптомов

Избегайте газообразующих

Капуста | Брокколи | Бобовые | Газировка

Также: цветная капуста, чеснок, лук
Подсластители: сорбитол, ксилит

Лактоза (молочные продукты)

При непереносимости или вздутии

→ Попробуйте диету без лактозы

Режим питания

Принимать пищу регулярно в одно и то же время, избегать еды на ходу, переедания и длительных перерывов, соблюдать достаточный питьевой режим, ограничить кофеин и алкоголь.

2 Диета с низким содержанием олиго-ди-моносахаридов (лактозы, фруктозы, фруктанов, галактанов) и полиолов (сорбитола, ксилитола, маннитола) – low-FODMAP

Если традиционная диета не помогла через 4-6 недель. Рекомендуется попробовать диету **low-FODMAP** под наблюдением врача.

ЭТАП 1

Исключение

Уберите все продукты FODMAP*, ведите дневник питания

4-6 недель

→

ЭТАП 2

Возврат

Постепенно возвращайте продукты из списка FODMAP, ведите дневник питания

6-8 недель

→

ЭТАП 3

Персонализация

Индивидуальный рацион на основе реакций

Долгосрочно

*Продукты с высоким содержанием FODMAP: лактоза (молоко, мягкие сыры, мороженое, сливки, йогурты), фруктоза (яблоки, груши, манго, арбуз, мёд, фруктовые соки), фруктаны (пшеница (включая хлеб и макароны), рожь, лук, чеснок и артишоки), галактаны (бобовые — фасоль, чечевица, нут, соевые бобы), полиолы (сахарные спирты - сорбитол, ксилит и маннит, присутствуют в жевательной резинке без сахара, а также в некоторых фруктах, включая сливы, персики и абрикосы). Также симптомы могут усиливать капуста, брокколи и газированные напитки.
К продуктам с низким содержанием FODMAP, которые обычно хорошо переносятся, относятся рис, картофель, овёс, бананы, цитрусовые, морковь, кабачки, мясо, рыба, яйца и безлактозные молочные продукты.

Важно знать

Ведите дневник питания и стула минимум 2 недели перед визитом к врачу.

Избегайте нерастворимой клетчатки (отруби пшеницы, цельнозерновые продукты, кожура фруктов и овощей, орехи, семена) — может усилить вздутие.

Сокращение: СРК — синдром раздраженного кишечника.

doi: 10.15829/3034-4123-2026-148

Приложение 5
Дневник пациента с СРК

ДНЕВНИК ПАЦИЕНТА С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Даты _____ Препараты_____

	Понедельник	Вторник	Среда	Четверг	Пятница	Суббота	Воскресенье
ПИТАНИЕ							
Завтрак							
Обед							
Ужин							
Перекусы							
СИМПТОМЫ							
Боль	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
Дискомфорт	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
Вздутие	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
СТУЛ							
Форма стула	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
# Количество дефекаций	1 2 3 4+	1 2 3 4+	1 2 3 4+	1 2 3 4+	1 2 3 4+	1 2 3 4+	1 2 3 4+
Срочные позывы в туалет	Да Нет	Да Нет	Да Нет	Да Нет	Да Нет	Да Нет	Да Нет
ЭМОЦИИ/ВЛИЯНИЕ НА ДЕНЬ							

doi: 10.15829/3034-4123-2026-148

Редакционная статья

ДНЕВНИК ПАЦИЕНТА С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Инструкции для заполнения Ведите ежедневно • Приносите на прием к врачу

ПИТАНИЕ

Указывайте максимально подробно, включая напитки.
Например:
•Завтрак: кофе, цельнозерновой тост
•Обед: томатный суп, шоколадный батончик, травяной чай
•Ужин: запечённый лосось с рисом и овощами
•Перекусы: банан, йогурт, чипсы

СИМПТОМЫ

Оцените уровень боли, дискомфорта и/или вздутия:
•0 — отсутствуют
•5 — выраженные симптомы

0	1	2	3	4	5

ЛЕКАРСТВА

Укажите частоту приёма всех препаратов (как рецептурных, так и безрецептурных), используемых для контроля симптомов.

БРИСТОЛЬСКАЯ ШКАЛА СТУЛА (ФОРМА СТУЛА)



ЭМОЦИИ

☐ Тревога	☐ Стресс
☐ Спокойствие	☐ Грусть

Опишите переживаемые эмоции (например: тревога, стресс, радость, депрессия, облегчение, раздражение).

ВЛИЯНИЕ НА ДЕНЬ / СОБЫТИЯ

- **Пропуск работы** — Утрата продуктивности
- **Социальная жизнь** — Отмена мероприятий
- **Качество сна** — Нарушение сна

Отметьте всё, что может быть связано с симптомами (например, пропуск работы или семейного мероприятия).

doi: 10.15829/3034-4123-2026-148

Приложение 6
Медикаментозная терапия СРК памятка для врача

Медикаментозная терапия СРК

Спазмолитики

Мебеверин
200 мг × 2 р/сут от 8 недель

Отилония бромид
40 мг × 2-3 р/сут, до 8 недель

Пинаверия бромид
50-100 мг × 2-3 р/сут до 4 недель

Гиосцина бутилбромид
10-20 мг × 3-5 р/сут до 3-х дней

Препарат выбора: мебеверин (селективное миотропное действие)

Антидепрессанты

Показания
Неэффективность спазмолитиков, тревога, депрессия, фибромиалгия

Амитриптилин (ТЦА)
10-75 мг на ночь, не менее 3-х месяцев
Титрация: +25 мг/неделя

СИОЗС (альтернатива)
Пароксетин 10-40 мг, сертралин 25-100 мг, циталопрам 10-40 мг

Эффект через 4-8 недель, курс ⩾3 месяцев

Лечение диареи при СРК-Д

Лоперамид (по требованию)
2-4 мг, затем 2 мг после каждого жидкого стула (макс. 16 мг/сут)

Смектит диоктаэдрический
1 пакетик × 3 р/сут, 8 недель

Рифаксимин-α
400 мг × 2 р/сут, 10 дней

Психотерапия

Эффективные методы
- Когнитивно-поведенческая терапия
- Гипнотерапия
- Мультикомпонентная психотерапия
- Динамическая психотерапия

Показания
Неэффективность медикаментозной терапии, значимые психологические расстройства

Эффект сохраняется годами после завершения

Терапевтический союз врач-пациент — основа успеха терапии СРК!

Лечение запоров при СРК-З

Пищевые волокна
Псиллиум, инулин ⩾10 г/сут
Растворимые волокна — предпочтительнее

Осмотические слабительные
ПЭГ, лактулоза, лактитол

Контактные слабительные
Бисакодил (курс ⩽2 недель)

Прукалоприд
1-2 мг 1 р/сут (при неэффективности)

Нерастворимые волокна могут усилить боль

Дополнительные препараты

Пробиотики
Bifidobacterium longum BB-46 + Enterococcus faecium ENCfa-68: 2×10⁷ КОЕ 3 раза в день, 14 дней, вместе с лечением.
Saccharomyces boulardii CNCM I-745: 5×10⁹ КОЕ 2 раза в день, 28 дней.

Иберогаст
20 капель 3 раза/сут 4 недели

Ребамипид
100 мг 3 раза в день 4 недели

Тримебутин
100-200 мг × 3 р/сут до 4 недель

Сокращения: СИОЗС — селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, СРК — синдром раздраженного кишечника, ТЦА — трициклические антидепрессанты.

Приложение 7
Шкала приверженности НОДФ [36]

Модуль I. "Общая фактическая приверженность фармакотерапии"					
1	**Назначал ли Вам лечащий врач лекарственную терапию?**				
А) Да Б) Нет В) Другое _____					
2	**Укажите, как Вы поступаете в отношении приема лекарственных препаратов (выберите подходящий ответ для каждого пункта):**				
А) Прекращаю прием лекарственных препаратов:					
	всегда	часто	иногда	редко	никогда
Б) Делаю перерывы в приеме лекарственных препаратов:					
	всегда	часто	иногда	редко	никогда
В) Самостоятельно меняю терапию (меняю дозу, кратность, время приема) или принимаю препараты без согласования с врачом:					
	всегда	часто	иногда	редко	никогда
Г) Забываю принимать лекарственные препараты:					
	всегда	часто	иногда	редко	никогда
Д) Воздерживаюсь от приема назначенных лекарственных препаратов					
	всегда	часто	иногда	редко	никогда
3	**Если Вы не стали принимать или изменили прием лекарственных препаратов, укажите причину:**				
А) Опасаюсь побочных эффектов от приема лекарственных препаратов					
Б) Возникли побочные эффекты на фоне приема лекарственных препаратов					
В) Отсутствие ощутимого эффекта/улучшения от лечения					
Г) Высокая цена лекарственных препаратов					
Д) Сомневаюсь в правильности назначенной мне терапии					
Е) Не хочу принимать лекарственные препараты длительно					
Ж) Принимаю очень много разных лекарственных препаратов					
З) Сложная/неудобная схема приема лекарственных препаратов					
И) Другое (укажите)					
Модуль II. "Препарат-специфичная фактическая приверженность фармакотерапии"					
1	**Укажите, как Вы поступаете в отношении приема лекарственных препаратов**				
А) Прекращаю прием лекарственных препаратов. Укажите препараты: _____					
Б) Делаю перерывы в приеме лекарственных препаратов. Укажите препараты: _____					
В) Самостоятельно меняю терапию (меняю дозу, кратность, время приема препаратов) или принимаю препараты без согласования с врачом. Укажите препараты:_____					
Г) Забываю принимать лекарственные препараты. Укажите препараты: _____					
Д) Воздерживаюсь от приема назначенных лекарственных препаратов. Укажите препараты: _____					
2	**Если Вы не стали принимать или изменили лекарственную терапию, укажите причину:**				
А) Опасаюсь побочных эффектов от приема лекарственных препаратов. Укажите препараты: _____					
Б) Возникли побочные эффекты на фоне приема лекарственных препаратов. Укажите препараты: _____					
В) Отсутствие ощутимого эффекта /улучшения от лечения. Укажите препараты: _____					
Г) Высокая цена лекарственных препаратов. Укажите препараты: _____					
Д) Сомневаюсь в правильности назначенной мне терапии. Укажите препараты: _____					
Е) Не хочу принимать лекарственные препараты длительно. Укажите препараты: _____					
Ж) Принимаю очень много разных лекарственных препаратов					
З) Сложная/неудобная схема приема лекарственных препаратов					
И) Другая причина (укажите) _____					
Модуль III. "Потенциальная приверженность фармакотерапии"					
1	**Собираетесь ли Вы принимать лекарственные препараты, рекомендованные Вам врачом?**				
	1) Нет 2) Скорее нет, чем да 3) Скорее да, чем нет 4) Да				

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-148

Инструкция:

- Определение балла проводится по ответу на вопрос 2 из модуля I.
- При выявлении неприверженности по модулю I, следует перейти к модулю II для оценки приверженности к каждому лекарственному препарату индивидуально.
- По модулю III оценивается потенциальная приверженность (намерения пациента выполнять врачебные рекомендации) к фармакотерапии.

Ключ к модулю I по вопросу 2

Вопрос	Варианты ответа "всегда", "часто", "иногда", "редко" приравниваются к одному результату	Вариант ответа: "никогда"	Результат **NB! Баллы не суммируются! Для определения уровня приверженности отбирается балл с максимальным значением по полученным ответам**
А	3 балла	0 баллов	0 баллов — полная приверженность
Б	2 балла		1 балл — частичная (неполная), вторичная неприверженность, ненамеренные нарушения врачебных рекомендаций
В	2 балла		2 балла — частичная (неполная), вторичная неприверженность, намеренные нарушения врачебных рекомендаций (в т. ч. самолечение)
Г	1 балл		3 балла — полная, вторичная неприверженность
Д	4 балла		4 балла — полная, первичная неприверженность

Ключ к модулю III Номер вопроса:

1 — потенциально не привержен
2 — потенциально частично не привержен
3 — потенциально частично привержен
4 — потенциально привержен

Приложение 8
Показания и противопоказания для санаторно-курортного лечения[4]

Медицинские противопоказания для санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации с применением природных лечебных ресурсов:

1. Заболевания в острой и подострой стадии, в том числе острые инфекционные заболевания до окончания периода изоляции.
2. Заболевания, передающиеся половым путем.
3. Хронические заболевания в стадии обострения.
4. Воспалительные полиартропатии, системные поражения соединительной ткани, анкилозирующий спондилит, другие уточненные спондилопатии высокой степени активности.
5. Бактерионосительство инфекционных заболеваний.
6. Заразные болезни глаз и кожи.
7. Паразитарные заболевания.
8. Заболевания, сопровождающиеся стойким болевым синдромом, требующим постоянного приема наркотических средств и психотропных веществ, включенных в списки II и III Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, зарегистрированных в качестве лекарственных препаратов.
9. Туберкулез любой локализации в интенсивную фазу лечения при наличии бактериовыделения, подтвержденного бактериоскопическим, бактериологическим или молекулярно-генетическим методами.
10. Новообразования неуточненного характера (при отсутствии письменного подтверждения в медицинской документации пациента о том, что пациент (законный представитель пациента) предупрежден о возможных рисках, связанных с осложнениями заболевания в связи с санаторно-курортным лечением).
11. Злокачественные новообразования, требующие противоопухолевого лечения, в том числе проведения химиотерапии.
12. Эпилепсия с текущими приступами, в том числе резистентная к проводимому лечению.
13. Эпилепсия с ремиссией менее 6 мес. (для санаторно-курортных организаций не психоневрологического профиля).
14. Психические расстройства и расстройства поведения в состоянии обострения или нестойкой ремиссии, в том числе представляющие опасность для пациента и окружающих.
15. Психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением психоактивных веществ.
16. Кахексия любого происхождения.
17. Неизлечимые прогрессирующие заболевания и состояния, требующие оказания паллиативной медицинской помощи.
18. Заболевания и состояния, определенные по результатам научных исследований природных лечебных ресурсов, в том числе с учетом результатов соответствующей многолетней практики.

Литература/References

1. Arif TB, Ali SH, Bhojwani KD, et al. Global prevalence and risk factors of irritable bowel syndrome from 2006 to 2024 using the Rome III and IV criteria: a meta-analysis. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2025;37(12):1314-25. doi:10.1097/MEG.0000000000002994.
2. Sperber AD, Bangdiwala SI, Drossman DA, et al. Worldwide Prevalence and Burden of Functional Gastrointestinal Disorders, Results of Rome Foundation Global Study. Gastroenterology. 2021;160(1):99-114.e3. doi:10.1053/j.gastro.2020.04.014.
3. Wu X, Wang J, Ye Z, et al. Risk of Colorectal Cancer in Patients With Irritable Bowel Syndrome: A Meta-Analysis of Population-Based Observational Studies. Front Med (Lausanne). 2022;9:819122. doi:10.3389/fmed.2022.819122.
4. Staudacher HM, Black CJ, Teasdale SB, et al. Irritable bowel syndrome and mental health comorbidity - approach to multidisciplinary management. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2023;20(9):582-96. doi:10.1038/s41575-023-00794-z.
5. Schmulson MJ, Drossman DA. What Is New in Rome IV. J Neurogastroenterol Motil. 2017;23(2):151-63. doi:10.5056/jnm16214.
6. Drossman DA, Chang L, Tack J. Disorders of Gut-Brain Interaction and the Rome V Process. Gastroenterology. 2026;170(6):1083-98. doi:10.1053/j.gastro.2026.02.014.
7. Makhov VM, Romasenko LV, Turko TV, Sheptak NN. Irritated bowel syndrome is a co-morbid somatopsychic condition. Russian Journal of Evidence-Based Gastroenterology. 2014;3(2):56-61. (In Russ.) Махов В.М., Ромасенко Л.В., Турко Т.В., Шептак Н.Н. Синдром раздраженного кишечника: коморбидное соматопсихическое заболевание. Доказательная гастроэнтерология. 2014;3(2):56-61. EDN: SXTOWD.
8. Kazyulin AN, Goncharenko AYu, Pavleeva EE, et al. Understanding similarities and differences of irritable bowel syndrome and conditions with IBS-like symptoms. Russian Journal of Evidence-Based Gastroenterology. 2024;13(1):66-78. (In Russ.) Казюлин А.Н., Гончаренко А.Ю., Павлеева Е.Е. и др. Общность и различия между синдромом раздраженного кишечника и заболеваниями, протекающими с СРК-подобными симптомами. Доказательная гастроэнтерология. 2024;13(1):66-78. doi:10.17116/dokgastro20241301166.
9. Fedorin MM, Livzan MA, Gaus OV. IBS in overweight and obese individuals: a new disease phenotype? Russian Journal of Evidence-Based Gastroenterology. 2021;10(2):52-60. (In Russ.) Федорин М.М., Ливзан М.А., Гаус О.В. Синдром раздраженного кишечника у лиц с избыточной массой тела и ожирением: новый фенотип заболевания? Доказательная гастроэнтерология. 2021;10(2):52-60. doi:10.17116/dokgastro20211002152.
10. Francis CY, Morris J, Whorwell PJ. The irritable bowel severity scoring system: a simple method of monitoring irritable bowel syndrome and its progress. Aliment Pharmacol Ther. 1997;11(2):395-402. doi:10.1046/j.1365-2036.1997.142318000.x.
11. Algera J, Colomier E, Simrén M. The Dietary Management of Patients with Irritable Bowel Syndrome: A Narrative Review of the Existing and Emerging Evidence. Nutrients. 2019;11(9):2162. doi:10.3390/nu11092162.
12. El-Salhy M, Hatlebakk JG, Hausken T. Diet in Irritable Bowel Syndrome (IBS): Interaction with Gut Microbiota and Gut Hormones. Nutrients. 2019;11(8):1824. doi:10.3390/nu11081824.
13. Melchior C, Algera J, Colomier E, et al. Irritable bowel syndrome with food-related symptoms: Future directions in the clinical management. United European Gastroenterol J. 2022;10(6):594-600. doi:10.1002/ueg2.12265.
14. Gaus OV, Livzan MA, Popello DV. Power management for irritable bowel syndrome. Experimental and Clinical Gastroenterology. 2020;(10):112-22. (In Russ.) Гаус О.В., Ливзан М.А., Попелло Д.В. Управление питанием при синдроме раздраженного кишечника. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2020;(10):112-22. doi:10.31146/1682-8658-ecg-182-10-112-122. EDN: MJUSRH.
15. Lacy BE, Pimentel M, Brenner DM, et al. ACG Clinical Guideline: Management of Irritable Bowel Syndrome. Am J Gastroenterol. 2021;116(1):17-44. doi:10.14309/ajg.0000000000001036.
16. Paduano D, Cingolani A, Tanda E, Usai P. Effect of Three Diets (Low-FODMAP, Gluten-free and Balanced) on Irritable Bowel Syndrome Symptoms and Health-Related Quality of Life. Nutrients. 2019;11(7):1566. doi:10.3390/nu11071566.
17. Vasant DH, Paine PA, Black CJ, et al. British Society of Gastroenterology guidelines on the management of irritable bowel syndrome. Gut. 2021;70(7):1214-40. doi:10.1136/gutjnl-2021-324598.
18. Frieling T, Heise J, Krummen B, et al. Tolerability of FODMAP — reduced diet in irritable bowel syndrome — efficacy, adherence, and body weight course. Z Gastroenterol. 2019;57(6):740-4. English. doi:10.1055/a-0859-7531.
19. Gravina AG, Dallio M, Romeo M, et al. Adherence and Effects Derived from FODMAP Diet on Irritable Bowel Syndrome: A Real Life Evaluation of a Large Follow-Up Observation. Nutrients. 2020;12(4):928. doi:10.3390/nu12040928.
20. Quigley EM, Fried M, Gwee KA, et al.; Review Team:. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines Irritable Bowel Syndrome: A Global Perspective Update September 2015. J Clin Gastroenterol. 2016;50(9):704-13. doi:10.1097/MCG.0000000000000653.
21. Ivashkin VT, Mayev IV, Sheptulin AA, et al. The resolution of Advisory council "How to improve treatment results functional dyspepsia and irritable bowel syndrome"? Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology. 2016;26(2):101-4. (In Russ.) Ивашкин В.Т., Маев И.В., Шептулин А.А. и др. Резолюция Экспертного совета "Как улучшить результаты лечения больных с функциональной диспепсией и синдромом раздраженного кишечника"? Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2016;26(2):101-4. doi:10.22416/1382-4376-2016-26-2-101-104.
22. Gaus OV, Livzan MA. Irritable bowel syndrome phenotypes: leading factors of genetics and epigenetics, mechanisms of formation. Terapevticheskii Arkhiv (Ter. Arkh.). 2023;95(2):164-72. (In Russ.) Гаус О.В., Ливзан М.А. Фенотипы синдрома раздраженного кишечника: ведущие факторы генетики и эпигенетики, механизмы формирования. Терапевтический архив. 2023;95(2):164-72. doi:10.26442/00403660.2023.02.202111.
23. Ilchenko AA. The effectiveness of mebeverine hydrochloride in biliary pathology. RMJ. 2003;(4):206. (In Russ.) Ильченко А.А. Эффективность мебеверина гидрохлорида при билиарной патологии. РМЖ. 2003;(4):206.
24. Den Hertog A, Van den Akker J. The action of mebeverine and metabolites on mammalian non-myelinated nerve fibres. Eur J Pharmacol. 1987;139(3):353-5. doi:10.1016/0014-2999(87)90594-2.
25. Abdel-Hamid SM, Abdel-Hady SE, El-Shamy AA, El-Dessouky HF. Formulation of an antispasmodic drug as a topical local anesthetic. Int J Pharm. 2006;326(1-2):107-18. doi:10.1016/j.ijpharm.2006.07.028.
26. Lindner A, Selzer H, Claassen V, et al. Pharmacological Properties Of Mebeverine, A Smooth-Muscle Relaxant. Arch Int Pharmacodyn Ther. 1963;145:378-95.
27. Poynard T, Regimbeau C, Benhamou Y. Meta-analysis of smooth muscle relaxants in the treatment of irritable bowel syndrome. Aliment Pharmacol Ther. 2001;15(3):355-61. doi:10.1046/j.1365-2036.2001.00937.x.
28. Boisson J., Coudert P., Depuis J. Long term tolerance of mebeverine in French // Med Chir Digest. 1987;16(289):92-5.
29. Bertz RJ, Granneman GR. Use of in vitro and in vivo data to estimate the likelihood of metabolic pharmacokinetic interactions. Clin Pharmacokinet. 1997;32(3):210-58. doi:10.2165/00003088-199732030-00004.
30. Zanger UM, Schwab M. Cytochrome P450 enzymes in drug metabolism: regulation of gene expression, enzyme activities, and impact of genetic variation. Pharmacol Ther. 2013;138(1):103-41. doi:10.1016/j.pharmthera.2012.12.007.
31. Yakovenko EP, Yakovenko AV, Agafonova NA, et al. Abdominal pain: mechanisms of formation, rational approach to the choice of therapy. breast cancer. Diseases of the digestive system. 2011;(2):47-9. (In Russ.) Яковенко Э.П., Яковенко А.В., Агафонова Н.А. и др. Абдоминальные боли: механизмы формирования, рациональный подход к выбору терапии. РМЖ. Болезни органов пищеварения. 2011;(2):47-9.
32. Delvaux M, Wingate D. Trimebutine: mechanism of action, effects on gastrointestinal function and clinical results. J Int Med Res. 1997;25(5):225-46. doi:10.1177/030006059702500501.
33. Zhong YQ, Zhu J, Guo JN, et al. [A randomized and case-control clinical study on trimebutine maleate in treating functional dyspepsia coexisting with diarrhea-dominant irritable bowel syndrome]. Zhonghua Nei Ke Za Zhi. 2007;46(11):899-902. Chinese.
34. Kovaleva A, Poluektova E, Maslennikov R, et al. Effect of Rebamipide on the Intestinal Barrier, Gut Microbiota Structure and Function, and Symptom Severity Associated with Irritable Bowel Syndrome and Functional Dyspepsia Overlap: A Randomized Controlled Trial. J Clin Med. 2023;12(18):6064. doi:10.3390/jcm12186064.
35. Statsenko ME, Turkina SV, Tyshchenko IA, et al. Evaluation of the effi cacy of rebamipide in functional dyspepsia and irritable bowel syndrome treatment. Experimental and Clinical Gastroenterology. 2022;(9):74-81. (In Russ.) Стаценко М.Е., Туркина С.В., Тыщенко И.А. и др. Оценка эффективности ребамипида в лечении функциональной диспепсии и синдрома раздраженного кишечника. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2022;(9):74-81. doi:10.31146/1682-8658-ecg-205-9-74-81.
36. Lukina YuV, Kutishenko NP, Martsevich SYu, Drapkina OM. The Questionnaire Survey Method in Medicine on the Example of Treatment Adherence Scales. Rational Pharmacotherapy in Cardiology. 2021;17(4):576-83. (In Russ.) Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П., Марцевич С.Ю., Драпкина О.М. Разработка и валидизация новых опросников в медицине на примере шкалы приверженности лекарственной терапии. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2021;17(4):576-83. doi:10.20996/1819-6446-2021-08-02.

Не терять концентрации:

В чем секрет особой лекарственной формы Дюспаталин®?



Благодаря особой лекарственной форме **БИОДОСТУПНОСТЬ МЕБЕВЕРИНА СОСТАВЛЯЕТ 97%[2]**

Микрогранула Дюспаталин®



За счет внешней кислотоустойчивой оболочки **МИКРОГРАНУЛА НЕ РАЗРУШАЕТСЯ В ЖЕЛУДКЕ** и доставляет максимальное количество мебеверина в точку приложения — кишечник[1]

Внутренняя оболочка пролонгированного высвобождения позволяет поддерживать равномерную терапевтическую концентрацию мебеверина в кишечнике **НА ПРОТЯЖЕНИИ 12 ЧАСОВ[1,2]**

1. Раменская Г. В., Шохин И. Е., Симаненков В. И., Тихонов С. В. Клинико-фармакологические и фармацевтические аспекты применения пролонгированных форм мебеверина гидрохлорида. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2018;157(9): 134–141. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-157-9-134-141. 2. Общая характеристика лекарственного препарата Дюспаталин®, капсулы с пролонгированным высвобождением, 200 мг, ЛП-№(005401)-(РГ-RU).

Материал подготовлен при поддержке ООО «Эбботт Лэбораториз» 125171, Москва, Ленинградское шоссе, д.16А, стр.1, БЦ «Метрополис» Тел:(495) 258-4280, факс: (495) 258-4281

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

Общая характеристика лекарственного препарата Дюспаталин® 200мг

RU-26-3584 (v.1.0)

ABBOTT

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Драпкина Оксана Михайловна (Oksana M. Drapkina) — д.м.н., профессор, академик РАН, директор; главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава России; зав. кафедрой терапии и профилактической медицины, ORCID: 0000-0002-4453-8430;

Маев Игорь Вениаминович (Igor V. Maev) — д.м.н., профессор, академик РАН, проректор по учебной работе — первый проректор, зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии, вице-президент РОПНИЗ по направлению "Гастроэнтерология", ORCID: 0000-0001-6114-564X;

Ливзан Мария Анатольевна (Maria A. Livzan) — д.м.н., профессор, чл.-корр. РАН, главный внештатный специалист по терапии Сибирского федерального округа, вице-президент РОПНИЗ по направлению "Гастроэнтерология", ORCID: 0000-0002-6581-7017;

Шепель Руслан Николаевич (Ruslan N. Shepel) — к.м.н., зам. директора по перспективному развитию медицинской деятельности, главный внештатный специалист по терапии Минздрава России в Центральном федеральном округе, исполнительный директор РОПНИЗ, ORCID: 0000-0002-8984-9056;

Гаус Ольга Владимировна (Olga V. Gaus) — д.м.н., профессор кафедры факультетской терапии и гастроэнтерологии, ORCID: 0000-0001-9370-4768;

Жарова Мария Евгеньевна (Mariia E. Zharova) — к.м.н., врач-терапевт, врач-гастроэнтеролог, эксперт центра организации программ скрининга онкологических заболеваний, с.н.с. отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, ORCID: 0000-0002-8325-5927;

Черемушкин Сергей Викторович (Sergey V. Cheremushkin) — к.м.н., доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии, ORCID: 0000-0002-0982-2006.

Адреса организаций авторов: ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Петроверигский пер., 10, стр. 3, Москва, 101990, Россия; ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России, ул. Долгоруковская, д. 4, Москва, 127006, Россия; ФГБОУ ВО "Омский государственный медицинский университет" Минздрава России, ул. Ленина, д. 12, Омск, 644099, Россия.

Addresses of the authors' institutions: National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine of the Ministry of Health of the Russian Federation, Petroverigsky Lane, 10, bld. 3, Moscow, 101990, Russia; Russian University of Medicine of the Ministry of Health of the Russian Federation, Dolgorukovskaya str., 4, Moscow, 127006, Russia; Omsk State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Lenin str., 12, Omsk, 644099, Russia.

Первичная медико-санитарная помощь. 2026;3(2S):295-329.
doi: 10.15829/3034-4123-2026-153
ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

Первичная медико-санитарная помощь
Primary Health Care (Russian Federation)

Оказание медицинской помощи различным группам населения *Редакционная статья*

Скрининг рака предстательной железы в рамках диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации

Драпкина О. М.[1],
Каприн А. Д.[2],
Иванов С. А.[2],
Дроздова Л. Ю.[1],
Алексеев Б. Я.[2],
Шепель Р. Н.[1],
Хайлова Ж. В.[2],
Воробьев Н. В.[2],
Алмазова И. И.[1*],
Рубцова Н. А.[2],
Сергеева Н. С.[2],
Маршутина Н. В.[2],
Митькова М. Д.[3],
Крашенинников А. А.[2],
Абдрахманов Р. Р.[1],
Щекин В. И.[2],
Созыкин М. А.[2],
Долгачёва Д. В.[2],
Иванова Е. С.[1],
Егоров В. А.[1],
Бернс С. А.[1],
Степанов С. О.[2]

[1]ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Москва, Российская Федерация
[2]ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр радиологии" Минздрава России, Москва/Обнинск, Российская Федерация
[3]ФГБОУ ДПО "Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования" Минздрава России, Москва, Российская Федерация

*Corresponding author
(Автор, ответственный за переписку):
IAlmazova@gnicpm.ru

Методические рекомендации содержат информацию о теоретических основах скрининга рака предстательной железы, нормативно-правовых актах, регламентирующих организацию мероприятий скрининга рака предстательной железы в рамках диспансеризации определенных групп взрослого населения, особенностях интерпретации результатов лабораторных и инструментальных методов исследования при скрининге рака предстательной железы, алгоритмах маршрутизации пациентов.
Методические рекомендации разработаны для руководителей медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в части организации процессов, врачей-терапевтов, врачей общей практики, врачей-урологов, специалистов со средним медицинским образованием, которые непосредственно участвуют в реализации процесса диспансеризации определенных групп взрослого населения.

Ключевые слова: рак предстательной железы, методические рекомендации, диспансерное наблюдение, взрослые.

Отношения и деятельность: нет.

Рецензент:
Гамаюнов С. В. — д.м.н., директор ГАУЗ НО "Научно-исследовательский институт клинической онкологии "Нижегородский областной клинический онкологический диспансер", профессор кафедры онкологии, радиологии и лучевой терапии им. Н. Е. Яхонтова ГОУ ВПО "ПИМУ" Минздрава России (Нижний Новгород, Россия).

Методические рекомендации утверждены на заседании Ученого совета ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России (протокол № 5 от 19 мая 2026 г.).

Для цитирования: Драпкина О. М., Каприн А. Д., Иванов С. А., Дроздова Л. Ю., Алексеев Б. Я., Шепель Р. Н., Хайлова Ж. В., Воробьев Н. В., Алмазова И. И., Рубцова Н. А., Сергеева Н. С., Маршутина Н. В., Митькова М. Д., Крашенинников А. А., Абдрахманов Р. Р., Щекин В. И., Созыкин М. А., Долгачёва Д. В., Иванова Е. С., Егоров В. А., Бернс С. А., Степанов С. О. Скрининг рака предстательной железы в рамках диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации. *Первичная медико-санитарная помощь.* 2026;3(2S):295-329. doi: 10.15829/3034-4123-2026-153. EDN: QSXMJC

Поступила: 28.05.2026
Принята: 10.06.2026

CC BY 4.0

Primary Health Care (Russian Federation). 2026;3(2S):295-329.
doi: 10.15829/3034-4123-2026-153
ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

Первичная медико-санитарная помощь
Primary Health Care (Russian Federation)

Providing medical care to various groups of the population

Editorial

Prostate cancer screening of specific adult population groups. Guidelines

These guidelines contain information on the theoretical foundations of prostate cancer screening, regulatory acts governing the management of prostate cancer screening of specific adult population groups, the specifics of interpreting the results of laboratory and imaging examinations during prostate cancer screening, and patient routing algorithms.

These guidelines have been developed for the heads of health facilities providing primary healthcare, including primary care physicians, general practitioners, urologists, and specialists with secondary medical education who are directly involved in outpatient screening of specific adult population groups.

Keywords: prostate cancer, guidelines, follow-up monitoring, adults.

Relationships and Activities: none.

For citation: Drapkina O. M., Kaprin A. D., Ivanov S. A., Drozdova L. Yu., Alekseev B. Ya., Shepel R. N., Khailova Zh.V., Vorobiev N. V., Almazova I. I., Rubtsova N. A., Sergeeva N. S., Marshutina N. V., Mitkova M. D., Krasheninnikov A. A., Abdrakhmanov R. R., Shchekin V. I., Sozykin M. A., Dolgacheva D. V., Ivanova E. S., Egorov V. A., Berns S. A., Stepanov S. O. Prostate cancer screening of specific adult population groups. Guidelines. *Primary Health Care (Russian Federation).* 2026;3(2S):295-329. doi: 10.15829/3034-4123-2026-153. EDN: QSXMJC

Drapkina O. M.[1],
Kaprin A. D.[2],
Ivanov S. A.[2],
Drozdova L. Yu.[1],
Alekseev B. Ya.[2],
Shepel R. N.[1],
Khailova Zh. V.[2],
Vorobiev N. V.[2],
Almazova I. I.[1]*,
Rubtsova N. A.[2],
Sergeeva N. S.[2],
Marshutina N. V.[2],
Mitkova M. D.[3],
Krasheninnikov A. A.[2],
Abdrakhmanov R. R.[1],
Shchekin V. I.[2],
Sozykin M. A.[2],
Dolgacheva D. V.[2],
Ivanova E. S.[1],
Egorov V. A.[1],
Berns S. A.[1],
Stepanov S. O.[2]

[1]National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine, Moscow, Russian Federation
[2]National Medical Research Radiological Centre, Moscow/ Obninsk, Russian Federation
[3]Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Moscow, Russian Federation

*Corresponding author: IAlmazova@gnicpm.ru

Received: 28.05.2026
Accepted: 10.06.2026

ДГПЖ — доброкачественная гиперплазия предстательной железы, ДИ — доверительный интервал, ДОГВН — диспансеризация определенных групп взрослого населения, ЗНО — злокачественные новообразования, ИЗП — индекс здоровья простаты, КЗ — коэффициент заболеваемости, кзРПЖ — клинически значимый рак предстательной железы, МРТ — магнитно-резонансная томография, мпМРТ — мультипараметрическая магнитно-резонансная томография, ОР — отношение рисков, ПМСП — первичная медико-санитарная помощь, ПЖ — правый желудочек, ПРИ — пальцевое ректальное исследование, проПСА — предшественник ПСА, ПСА — простатспецифический антиген, ПСАобщ. — простатспецифический антиген общий, ПСАсв — простатспецифический антиген свободный, РПЖ — рак предстательной железы, РФ — Российская Федерация, СП — стандартизированный показатель, ТРУЗИ — трансректальное ультразвуковое исследование, ЦАОП — центр амбулаторной онкологической помощи, ATM — ataxia telangiectasia mutated, *BRCA1* — breast cancer gene 1, *BRCA2* — breast cancer gene 2, CAP — Cluster Randomized Trial of PSA Testing for Prostate Cancer, CHEK2 — checkpoint kinase 2, EAU — European Association of Urology (Европейская ассоциация урологов), ERSPC — European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer, HOXB13 — homeobox B13, ISUP — International Society of Urological Pathology, MLH1 — mutL homolog 1, MMR — mismatch repair, MSH2 — mutS homolog 2, MSH6 — mutS homolog 6, NCCN — National Comprehensive Cancer Network, PCA-3 — prostate cancer antigen 3, антиген рака простаты 3, PLCO — Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian, PMS2 — post-meiotic segregation increased 2, PSA (ПСА) — prostate-specific antigen, PSAD (ПСА-D) — Prostate Specific Antigen Density (плотность простатспецифического антигена).

Введение

Методические рекомендации посвящены вопросам организации и проведения **скрининга рака предстательной железы** (РПЖ) — одного из наиболее распространенных онкологических заболеваний у мужчин в Российской Федерации (РФ). Своевременное выявление РПЖ на ранних, локализованных стадиях является приоритетной задачей современной системы здравоохранения, так как это напрямую определяет прогноз выживаемости и возможность применения эффективных методов лечения.

В основу рекомендаций положен порядок проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, регламентированный действующими нормативно-правовыми актами[1,2,3]. Скрининг РПЖ в рамках диспансеризации носит селективный характер и направлен на группы риска, определяемые возрастными критериями.

Основная цель данных рекомендаций — систематизировать алгоритм действий медицинского персонала первичного звена здравоохранения при проведении обследований в рамках программы скрининга. Внедрение единых подходов к интерпретации уровня простатспецифического антигена (ПСА) и четкое соблюдение этапности диагностики позволяют:

— повысить эффективность выявления злокачественных новообразований (ЗНО) на доклинической стадии;

— снизить процент запущенных форм заболевания;

— оптимизировать маршрутизацию пациентов.

Применение единого алгоритма интерпретации результатов ПСА и правил маршрутизации пациентов позволяет своевременно выполнить необходимую диагностику, в том числе провести биопсию при превышении пороговых значений и применить тактику активного наблюдения или радикального лечения.

Методические рекомендации предназначены для руководителей медицинских организаций, врачей первичного звена здравоохранения (терапевтов, врачей общей практики), онкологов, урологов, хирургов, врачей-рентгенологов, врачей ультразвуковой диагностики, а также специалистов отделений и кабинетов медицинской профилактики.

Специалисты со средним медицинским образованием (фельдшеры, медицинские сёстры) участвуют в реализации первого этапа скрининга: проводят анкетирование граждан, осуществляют забор крови для определения уровня ПСА, информируют пациентов о соблюдении преаналитических требований, обеспечивают передачу результатов врачу первичного звена.

Реализация настоящих методических рекомендаций предполагает соблюдение принципа совместного принятия решений (shared decision making, SDM): пациент должен получить полную, доступно изложенную информацию о целях скрининга, ожидаемой пользе, возможных ограничениях и рисках (в том числе о вероятности ложноположительного результата и гипердиагностики) до начала обследования. Только информированное согласие пациента является основанием для проведения ПСА-теста в рамках диспансеризации определенных групп взрослого населения (ДОГВН). Данный подход соответствует требованиям статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ и положениям руководства Европейской ассоциации урологов (European Association of Urology, EAU) 2024[1] [1].

Глава I. Рак предстательной железы: эпидемиологические аспекты и современная концепция скрининга.

Раздел 1. Эпидемиология ЗНО предстательной железы.

РПЖ занимает второе место по распространенности в мире среди ЗНО у мужчин. В 2022 г. диагноз РПЖ установлен у 1,46 млн пациентов по всему миру, при этом смертность составила 396 792 случая [2, 3]. Распространенность РПЖ на аутопсии в различных странах мира сопоставима [4]. По данным систематического обзора, включающего 29 исследований (n=8,776), проведенных в период с 1948 г. по 2013 г., распространенность РПЖ в возрасте до 30 лет составляет 5% с увеличением отношения шансов в 1,7 раза на каждые 10 лет. В возрасте более 79 лет распространенность достигает 59% [5]. Заболеваемость РПЖ сильно варьируется между различными географическими регионами. Это частично связано с рекомендациями национальных и международных организаций по скринингу РПЖ, а также частотой определения уровня ПСА [6].

Наиболее высокий уровень диагностики РПЖ отмечается в Австралии и Новой Зеландии, в Северной Америке (стандартизированный показатель (СП) составил 111,6 и 97,2 на 100 000 населения соответственно), а также в Западной и Северной Европе (СП — 94,9 и 85, соответственно) [7].

1 Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

2 Приказ Минздрава России от 27.04.2021 № 404н "Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения" (в ред. Приказа от 19.07.2024 № 378н).

3 Постановление Правительства РФ от 29.12.2025 № 2188 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов".

doi: 10.15829/3034-4123-2026-153

В Восточной и Южно-Центральной Азии показатели низкие (СП — 10,5 и 4,5, соответственно), однако определяется тенденция к росту [8]. В Восточной и Южной Европе уровень заболеваемости также низок, но постепенно увеличивается[4] [4].

По данным Формы федерального статистического наблюдения № 7 "Сведения о злокачественных новообразованиях", утвержденной приказом Росстата от 28 декабря 2024 г. № 714, РПЖ является самым распространенным видом рака у мужчин в России, составляя в 2025 г. 21,2% среди всех ЗНО[5]. В 2025 г. в РФ было выявлено 70460 новых случаев РПЖ, "грубый" показатель заболеваемости составил 103,7 на 100 тыс. мужского населения, стандартизованный — 58,5 на 100 тыс. мужского населения. Показатель заболеваемости РПЖ в России значительно выше среднемировых значений (в 2022 г. 37,0 и 29,4 на 100 тыс. мужского населения соответственно) [9]. За период 2015-2025 гг. отмечался устойчивый рост показателей заболеваемости данной локализации, прирост составил 6,3% по "грубому" показателю и 3,8% по стандартизованному.

В субъектах РФ частота встречаемости РПЖ неравномерна. Наиболее высокий "грубый" показатель заболеваемости зафиксирован в Кировской области (182,7 на 100 тыс. мужского населения), Республике Карелия (170,0); максимальный стандартизованный показатель отмечается в Мурманской и Челябинской областях (99,1 и 95,2 на 100 тыс. мужского населения), соответственно. Наиболее низкие показатели заболеваемости, как "грубый", так и стандартизованный, характерны для Республики Тыва (9,4 и 15,6 на 100 тыс. мужского населения соответственно) и Чеченской Республики (12,5 и 16,1)[5].

РПЖ значительно чаще встречается у лиц в возрасте 60-79 лет. Максимальное число впервые выявленных случаев заболевания отмечается в возрастной группе 70-74 года (17533 в 2025 г.). Среди пациентов старше 80 лет РПЖ выявляется значительно реже (5835 случаев в 2025 г.), что, вероятнее всего, обусловлено меньшей приверженностью пациентов данной возрастной группы к профилактическим осмотрам и большей распространенностью менее агрессивных форм течения данного заболевания у пожилых[5].

Подавляющее большинство случаев РПЖ подтверждены морфологически (в 2025 г. — 98,9%). Благодаря современным диагностическим возможностям, данный показатель неуклонно растет. Так, в 2005 г. доля морфологически верифицированных случаев составляла всего 84,4%, в 2010 г. — 90,2%, в 2015 г. — 94,5%[5].

В 2025 г. около половины (48,2%) случаев РПЖ были выявлены во II стадии распространенности опухолевого процесса (в 2015 г. — 43,8%), 19,8% — в I стадии (в 2015 г. — 11,4%), 13,4% — в III стадии (2015 г. — 27,4). К сожалению, выявление заболевания в IV, запущенной стадии, не имеет тенденции к снижению (в 2025 г. — 18,0%; в 2010 г. — 17,8%; в 2015 г. — 15,9%)[5] [9, 10]. 25170 случаев (36,5%) выявлены активно, в рамках проведения профилактических осмотров, диспансеризации определенных групп взрослого населения, диспансерного наблюдения (в 2015 г. — 29,0%).

Число пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением с ЗНО предстательной железы в 2025 г., составило 381012 (2022 г. — 186142; 2023 г. — 188767; 2024 г. — 343636). Из числа лиц с ЗНО предстательной железы, состоящих под диспансерным наблюдением на 2025 г., 180677 человек наблюдались 5 лет и более, что составило 47,4%. Показатель "Удельный вес больных ЗНО, состоящих на учете 5 лет и более" по сравнению с 2024 г. снизился на 2,9% [10], но при этом с 2015 г. прослеживается планомерный рост, прирост составил 10,1%[3].

Показатель распространенности ЗНО предстательной железы в массиве РФ в 2025 г. составил 260,7 на 100 тыс. населения, что выше уровня 2015 г. (128,1) на 50,9% (2024 г. — 235,2) [10]. Рост данного показателя обусловлен как ростом заболеваемости и выявляемости, так и увеличением выживаемости онкологических больных с данными локализациями[3].

Доля больных со ЗНО, умерших в течение первого года после установления диагноза из взятых на учет в предыдущем году с ЗНО предстательной железы имеет положительную тенденцию на протяжении последних 10 лет, в 2025 г. составила 4,4% (2024 г. — 4,8%, в 2015 г. — 8,0%)[3] [9, 10].

В структуре смертности от онкологических заболеваний в РФ по данным 2023 г. РПЖ составлял 9,01% и находился на 3-м месте после ЗНО трахеи, бронхов и легкого (25,02%), желудка (9,48%) [9].

Раздел 2. Актуальность скрининговых программ, направленных на выявление ЗНО предстательной железы

Для оценки актуальности программ, направленных на скрининг РПЖ принципиально важно разграничивать понятия скрининга и ранней диагностики. Скрининг — это систематическое обследование мужчин без клинических симптомов с целью выявления вероятного заболевания на доклинической стадии. Ранняя диагностика, в свою очередь, предполагает своевременное выявление

[4] Data visualization tools for exploring the global cancer burden in 2020. 2020. 2021. https://gco.iarc.fr/today/home.

[5] Сведения о злокачественных новообразованиях в Российской Федерации за 2025 год: общероссийский сводный отчет по форме № 7 федерального статистического наблюдения (утверждена приказом Росстата от 28.12.2024 № 714). ФГБУ "НМИЦ радиологии" Минздрава России. Москва, 2026.

заболевания у пациентов, уже имеющих жалобы, симптомы или иные клинические проявления заболевания[6,7] [11, 12].

Выявление РПЖ на доклинической стадии имеет принципиальное значение для последующей перспективы лечения и оценки прогноза течения заболевания. По данным ведущей американской базы данных и программ мониторинга онкологических заболеваний SEER (Surveillance, Epidemiology, and End Results), 5-летняя относительная выживаемость при локализованном и местно-распространенном РПЖ достигает 100%, тогда как при метастатической форме снижается до 40%[8].

Высокая вероятность выявления РПЖ на доклинической стадии у мужчин 50-69 лет подтверждается данными дополнительного моделирования, выполненного авторами исследования CAP, по результатам которого средняя длительность формирования опухоли в доклинической стадии составила 13,4 года [13].

Своевременный ПСА-скрининг также способствует выявлению РПЖ на ранних стадиях. Исходный уровень ПСА используется для стратификации риска развития РПЖ. В руководстве EAU 2024 отмечается, что у мужчин с базовым ПСА <1 нг/мл в 40 лет или <2 нг/мл в 60 лет риск метастазов и смерти от РПЖ спустя десятилетия низок. В PLCO ни один мужчина ≥65 лет с ПСА≤0,5 нг/мл не умер от РПЖ в течение 15 лет наблюдения. Кроме того, в 24-летнем анализе Göteborg выявлено снижение смертности у мужчин, которые начали скрининг в 50-55 лет примерно на 50% по сравнению с мужчинами инициировавшими скрининг в более позднем возрасте (60 лет) [1].

Таким образом, главным ожидаемым популяционным эффектом скрининга РПЖ является увеличение доли случаев, выявленных на локализованной/местно-распространенной стадии, и уменьшение доли метастатических форм. При метастатическом РПЖ значительно возрастает риск костных метастазов: патологических переломов, компрессии спинного мозга, боли, необходимости лучевой терапии или ортопедических вмешательств. Эти события связаны с худшей выживаемостью, большим потреблением ресурсов и худшим качеством жизни. В долгосрочных данных ERSPC показано, что скрининг уменьшает частоту распространённых стадий, прогрессирования и потребность в мультимодальном, вторичном и паллиативном лечении, что снижает нагрузку на систему здравоохранения[25] [1].

Совершенствование программ скрининга РПЖ характеризуется отказом от линейной модели "ПСА — биопсия" с внедрением многоступенчатых алгоритмов отбора. В современных моделях ПСА используется в качестве первичного теста, а дальнейшая тактика определяется на основании стратификации риска, включая повторное измерение ПСА, расчёт плотности ПСА, валидированные калькуляторы риска, биомаркеры и магнитно-резонансную томографию (МРТ) [14].

Следует подчеркнуть, что экономическая эффективность скрининговых программ определяется совокупностью всех этапов диагностики. Несмотря на дополнительные затраты, связанные с дообследованием, системный подход позволяет сократить расходы, за счет снижения количества необоснованных биопсий и избыточного лечения, что способствует снижению нагрузки на систему здравоохранения и оптимизации соотношения пользы и вреда.

Отрицательные аспекты скрининга РПЖ: гипердиагностика, повышение тревожности

Большинство современных моделей скрининга РПЖ основано на определении уровня общего ПСА (ПСАобщ.). Однако, оппортунистическое использование данного маркера рассматривается как одна из основных причин гипердиагностики.

Согласно результатам исследований PIVOT и ERSPC, у мужчин с бессимптомным РПЖ и ожидаемой продолжительностью жизни менее 15 лет ранняя диагностика, как правило, не сопровождается клинически значимой пользой [15]. Более того, у значительной доли пациентов выявляемые опухоли не приобрели бы клинической значимости в течение жизни, что указывает на необоснованность гипердиагностики. Дополнительной проблемой является повышение уровня ПСА при доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ), что нередко приводит к необоснованным обследованиям. В связи с этим, мужчинам с предполагаемой продолжительностью жизни <10-15 лет при отсутствии симптомов или клинических признаков РПЖ проведение анализа на ПСА не рекомендуется. В то же время следует учитывать, что универсального инструмента для точной оценки индивидуальной ожидаемой продолжительности жизни не существует, а сопутствующие заболевания в данном контексте имеют не меньшее значение, чем возраст [16].

Именно гипердиагностика во многом определяет дискуссионный характер скрининга РПЖ в современной профилактической онкологии. Одной из наиболее значимых проблем являются ложноположительные результаты, которые влекут за собой ряд дополнительных избыточных обследований.

6 Всемирная организация здравоохранения. Cancer screening and early detection of cancer [Электронный ресурс].

7 Программы скрининга: краткое руководство. Повышение эффективности, максимальное увеличение пользы и минимизация вреда. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2020.

8 Cancer Stat Facts: Prostate Cancer. SEER : Surveillance, Epidemiology, and End Results Program: URL: https://seer.cancer.gov/statfacts/html/prost.html.

doi: 10.15829/3034-4123-2026-153

Не менее важным аспектом является выявление опухолей, не имеющих клинической значимости в течение жизни пациента, что является причиной необоснованного лечения. Последнее, в свою очередь, ассоциировано с риском осложнений, неблагоприятно влияющих на качество жизни. Дополнительную группу негативных эффектов составляют подтверждающие диагностические манипуляции, прежде всего биопсия предстательной железы, которая может сопровождаться рядом осложнений. Наряду с этим существенное значение имеет психологический дистресс, возникающий у мужчин в связи с повышенным уровнем ПСА или неопределенностью результатов обследования.

В этом заключается одно из ключевых противоречий современной онкоурологии. С одной стороны, определение уровня ПСА позволяет выявлять РПЖ на ранних стадиях и уменьшать долю случаев, диагностируемых при распространенном опухолевом процессе. С другой стороны, диагностическая ценность данного маркера ограничивается его недостаточной специфичностью: повышение его уровня возможно не только при РПЖ, но и при ДГПЖ, воспалительных заболеваниях, травматических повреждениях, а также после полового акта и диагностических мероприятий. Следовательно, бессистемное использование ПСА в качестве единственного скринингового маркера способствует гипердиагностике и стимулирует избыточную нагрузку на систему здравоохранения.

Таким образом, несмотря на наличие ограничений и потенциальных нежелательных последствий, польза скрининга РПЖ, обусловленная возможностью выявления заболевания на локализованной/местнораспространенной стадии и снижения смертности, в целом превышает его отрицательные аспекты [17].

Следует подчеркнуть, что вред от ПСА-скрининга не является постоянной и неустранимой характеристикой: он во многом определяется применяемым алгоритмом. Гипердиагностика, характерная для ранних программ 1990-х — 2000-х гг., была обусловлена практикой назначения систематической биопсии непосредственно при любом повышении ПСА, без применения дополнительных инструментов стратификации риска.

Современные многоступенчатые алгоритмы, включающие мультипараметрическую МРТ (мпМРТ) с оценкой по шкале PI-RADS v2.1 в качестве обязательного промежуточного этапа перед биопсией, доказательно сокращают число избыточных биопсий и выявление клинически незначимого РПЖ. По данным финского исследования ProScreen (JAMA, 2024), применение 3-ступенчатого протокола (ПСА → 4K-score → мпМРТ → таргетная биопсия) позволило выявить 1 дополнительный клинически значимый РПЖ (кзРПЖ) (grade group ≥2) на каждые 196 приглашённых мужчин при выявлении лишь 1 клинически незначимого рака на каждые 909 обследованных — существенно меньше, чем в ранних исследованиях ERSPC[23]. Таким образом, включение мпМРТ в алгоритм скрининга является доказательным ответом медицинского сообщества на проблему гипердиагностики.

Раздел 3. Международный и Российский опыт внедрения программ скрининга РПЖ

3.1. Международный опыт

Основные данные, обосновавшие клиническую эффективность скрининга РПЖ, были получены еще до широкого внедрения в практику многоэтапных программ с использованием МРТ и фьюжен-биопсии.

Существенный вклад в оценку эффективности скрининга РПЖ внес систематический обзор Cochrane, объединивший результаты пяти рандомизированных контролируемых исследований, включавших более 721 718 мужчин. По данным обзора, скрининг повышает число диагностированных случаев РПЖ (коэффициент заболеваемости (КЗ): 1,23; 95% доверительный интервал (ДИ): 1,03-1,48), ассоциирован с более частым выявлением локализованных форм заболевания (отношение рисков (ОР): 1,39 [1,09-1,79]) и меньшей частотой распространенных форм РПЖ (Т3-4, N1, M1; ОР: 0,85 [0,72-0,99]). При этом преимуществ в отношении общей выживаемости не выявлено (КЗ: 0,99; 95% ДИ: 0,98-1,01) [18].

Доказательная база эффективности скрининга РПЖ в значительной степени сформирована на основании крупных рандомизированных контролируемых исследований, прежде всего ERSPC и CAP. При 15-летнем наблюдении в исследовании CAP отмечается статистически значимое снижение смертности от РПЖ, несмотря на использование однократного определения уровня ПСА [13].

Эффективность скрининга РПЖ также подтверждается исследованием ERSPC, включающим более 182 000 мужчин в возрасте 50-74 лет в Европе, результатом которого является значимое снижение смертности от РПЖ при выполнении систематической биопсии (каждые 2-4 года) при повышении уровня ПСА (пороговое значение 3,0-4,0 нг/мл) [15].

Противоположные результаты были получены в американском исследовании PLCO, в котором снижения смертности от РПЖ выявить не удалось [19]. Вместе с тем интерпретацию этих данных ограничивает гетерогенность групп пациентов и различия в применявшихся протоколах скрининга.

В шведском исследовании Göteborg при 18-летнем наблюдении, отношение смертности от РПЖ в группе ПСА-скрининга по сравнению с контрольной группой составило 0,65 (95% ДИ: 0,49-0,87), а среди мужчин, инициировавших скрининг в возрасте 55-59 лет, приравнивалось к 0,47 (95% ДИ: 0,29-0,78) [20, 21].

Следует отметить, что перечисленные исследования проводились в "до-МРТ-эру" и основывались преимущественно на использовании порогового уровня ПСА как основания для последующей биопсии. Систематизация и анализ полученных данных о негативном влиянии гипердиагностики и чрезмерного лечения послужило поводом для пересмотра дизайна последующих программ скрининга РПЖ. Современные подходы включают определение групп риска, индивидуализацию интервалов повторного тестирования, уточнение показаний к биопсии с применением калькуляторов риска и/или МРТ, использование фьюжен-биопсии, а также активное наблюдение у пациентов с заболеваниями низкого риска.

3.1.1. Современный международный тренд: от оппортунистического к организованному скринингу

Анализ международных данных свидетельствует о том, что ключевым направлением эволюции ПСА-скрининга в 2020-х гг. является не отказ от него, а переход от неструктурированного оппортунистического скрининга к организованным риск-адаптированным программам. Данный вывод закреплён в Рекомендации Совета Европейского союза от 9 декабря 2022 г. (2022/C 473/01), которая впервые включила РПЖ в перечень онкологических скринингов, рекомендованных государствам — членам Европейского союза для пилотирования. Согласно данной рекомендации, программы скрининга РПЖ должны основываться на ПСА-тестировании в сочетании с МРТ для мужчин с повышенным уровнем ПСА, быть поэтапными и риск-адаптированными.

Международный консенсус, сформированный на основе данных исследований ERSPC, ProScreen (Финляндия, JAMA 2024), PROBASE (Германия, EAU 2024), ОРТ (Швеция, 2025), TRANSFORM (Великобритания, 2025-2026), а также проекта PRAISE-U (EU4Health, 2023-2026), состоит в следующем: гипердиагностика, характерная для ранних программ скрининга, обусловлена применением систематической биопсии непосредственно после результата ПСА без дополнительных инструментов стратификации. Алгоритм "ПСА → мпМРТ → таргетная биопсия", принятый в руководстве EAU 2024, доказательно снижает число избыточных биопсий и гипердиагностику клинически незначимого РПЖ при сохранении высокой чувствительности в отношении клинически значимых форм заболевания[25] [1].

3.2. Российский опыт: нормативная база и особенности практики

В РФ скрининг РПЖ нормативно включен в систему диспансеризации. В действующем приказе Минздрава России № 404н предусмотрено определение ПСА у мужчин в возрасте 45, 50, 55, 60 и 64 лет. При повышенном уровне ПСА пациент направляется на второй этап обследования, включающий консультацию уролога или хирурга. Таким образом, на организационном уровне ПСА признан и закреплен как инструмент скрининга РПЖ[2].

Российские клинические рекомендации признают ПСА важнейшим лабораторным маркером при подозрении на РПЖ, однако одновременно указывают на его ограниченную специфичность. В рекомендациях описаны параметры, повышающие диагностическую точность: плотность ПСА, доля свободного ПСА (ПСАсв), скорость прироста ПСА и другие производные показатели[9,10]. Это приближает отечественную практику к современным зарубежным подходам, основанным на многоэтапной оценке риска.

3.3. Перспективы совершенствования

В РФ реализуется масштабный скрининг РПЖ в рамках программы диспансеризации[2]. Эта система доказала свою эффективность, обеспечивая широкий охват мужского населения и своевременное выявление значительного числа на локализованной/местнораспространенной стадиях. Вместе с тем, опираясь на накопленный опыт и передовые международные практики, представляется целесообразным дальнейшее развитие этого направления через внедрение риск-адаптированных алгоритмов скрининга.

Модернизация подходов включает в себя следующие стратегические элементы:

- **Стратификация рисков:** Применение валидированных инструментов и калькуляторов риска, которые помогают врачу на основе совокупности данных определить индивидуальный прогноз для каждого пациента. Это делает процесс скрининга более персонализированным и научно обоснованным [22-24].
- **Совершенствование триажа:** Интеграция мпМРТ в алгоритм дополнительного обследования по назначению онколога при выявлении повышенного уровня ПСА и патологических отклонений при пальцевом ректальном исследовании (ПРИ) [25-28].
- **Использование валидированных программ и контроль качества:** Определение еди-

[9] Клинические рекомендации "Доброкачественная гиперплазия предстательной железы". 2024. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/6_2.

[10] Клинические рекомендации "Рак предстательной железы". 2021. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/12_3.

doi: 10.15829/3034-4123-2026-153

ных алгоритмов действий на всех этапах — от первичного теста до постановки диагноза. Внедрение мониторинга качества гарантирует, что каждый участник программы получит медицинскую помощь, соответствующую самым высоким современным стандартам.

Таким образом, применение риск-ориентированной модели позволит сохранить достигнутые масштабы охвата, одновременно повысив точность диагностики и общую результативность профилактических мероприятий.

Глава II. Теоретические основы скрининга рака предстательной железы

Раздел 1. Основные стратегии скрининга РПЖ

Программа скрининга должна быть представлена организованным процессом, включающим всеобщее информирование, вовлечение целевой популяции, проведение первичного тестирования, интерпретацию результатов с участием уролога или хирурга, назначение дополнительных методов обследования, обеспечение специализированного лечения и последующий мониторинг качества на всех этапах реализации.

Целесообразность внедрения скрининговой программы должна быть обоснована рядом критериев. В современной практике в качестве методологической основы традиционно используют критерии, сформулированные экспертами Всемирной организации здравоохранения J. M. G. Wilson и G. Jungner в 1968 г. [11]:

1. Заболевание, в отношении которого проводится скрининг, должно представлять существенную медико-социальную значимость.
2. Для пациентов с подтверждённым диагнозом должны существовать эффективные и доступные методы лечения.
3. Система здравоохранения должна располагать необходимыми возможностями для диагностики и последующего лечения данного заболевания.
4. Заболевание должно иметь доклиническую или раннюю клиническую стадию, на которой его ещё возможно выявить.
5. Для обнаружения заболевания должны быть разработаны валидированные диагностические методы обследования.
6. Используемые методы скрининга должны быть приемлемы для целевой популяции.
7. Закономерности развития заболевания от латентной формы до стадии клинических проявлений должны быть хорошо исследованы.
8. Необходимо наличие определённых критериев, позволяющих выявить пациентов, нуждающихся в лечении.
9. Экономические затраты на проведение скрининга должны быть оправданы и соотноситься с общими расходами системы здравоохранения.
10. Программу скрининга следует рассматривать как систематическую и непрерывную деятельность, а не как единоразовое мероприятие.

Указанные критерии имеют особое значение применительно к РПЖ, что обусловлено выраженной биологической неоднородностью данного заболевания. Значительная доля опухолей характеризуется медленным течением и не оказывает существенного влияния на продолжительность жизни пациента, тогда как отдельные формы РПЖ отличаются агрессивным клиническим течением и высоким риском прогрессирования болезни.

Основным недостатком современных международных руководств является отсутствие единого подхода к проведению скрининга РПЖ и его периодичности. В мировой практике имеется опыт применения различных скрининговых стратегий. Одной из моделей является популяционный скрининг, целью которого является обследование заранее определённой целевой группы мужчин. Оппортунистический скрининг, напротив, носит несистемный характер. Для РПЖ это различие принципиально, потому что популяционный подход позволяет заранее задать возраст, интервалы повторного тестирования, правила маршрутизации и мониторинга исходов, тогда как оппортунистический обычно воспроизводит высокую вариабельность показаний и риски неуправляемой гипердиагностики[11].

Раздел 2. Стратификация риска

Ключевой принцип современной стратегии скрининга РПЖ — стратификация риска выявления кзРПЖ у мужчин с повышенной вероятностью его развития. В связи с чем наиболее обоснован риск-ориентированный подход, регулирующий возраст инициации скрининга и частоту повторного тестирования для различных групп населения, а также необходимость комплексного дообследования.

Программный метод обследования, закрепленный в актуальных рекомендациях Европейской и Американской ассоциации урологов, основывается на индивидуализированных порогах ПСА и вероятности выявления кзРПЖ у конкретного мужчины [1].

Возраст мужчины является главным фоновым фактором риска РПЖ. Европейская ассоциация урологов рекомендует определение уровня ПСА у информированных мужчин с 50 лет, учитывая данные о низкой вероятности выявления кзРПЖ

[11] PRAISE-U initiative: An update on the rapidly evolving landscape of PCa screening in Europe [Электронный ресурс]. Uroweb — European Association of Urology. 2025. 14 марта. URL: https://uroweb.org/news/praise-u-initiative-an-update-on-the-rapidly-evolving-landscape-of-pca-screening-in-europe.

у более молодых мужчин без дополнительных факторов риска. В свою очередь, Американская ассоциация урологов допускает инициацию скрининга в 45-50 лет [29].

Целевая профилактическая служба США (US Preventive Services Task Force) рекомендует индивидуальное принятие решений о ПСА-скрининге в отношении мужчин более старшей возрастной категории. Необходимость скрининга для мужчин в возрасте от 55 до 69 лет обсуждается с врачом на предмет потенциальных преимуществ и возможного вреда, а для мужчин старше 70 лет рутинный ПСА-скрининг и вовсе не рекомендуется [29].

Семейный анамнез относится к наиболее значимым факторам риска развития РПЖ. По данным метаанализа всеобъемлющей базы данных Национального института рака США (National Canceer Information Physician Data Query; NCI PDQ) — наличие одного родственника первой степени родства с РПЖ повышает вероятность развития РПЖ более чем в 2 раза; при двух и более родственниках первой степени риск возрастает в 5,51 и 7,71 раз, соответственно [30, 31]. При этом средний возраст верификации диагноза у больных наследственным РПЖ устанавливают на 6-7 лет раньше, чем в среднем в популяции [32, 33].

Дополнительно значение имеет семейный анамнез рака молочной железы: в Исследовании последующего наблюдения за медицинскими работниками (Health Professionals Follow-Up Study; HPFS) рак молочной железы у близкого родственника ассоциировался с повышением общего риска РПЖ на 21% и риска летального РПЖ на 34%, что указывает на возможный вклад наследственных синдромов репарации ДНК[12] [34, 35].

Вероятность возникновения РПЖ также зависит от этнической/расовой принадлежности. Наибольшей заболеваемости подвержены афроамериканцы, проживающие в США (на 60% выше, чем у белых американцев), наименьшей — китайцы, проживающие в Китае[13].

В исследовании IMPACT при скрининге РПЖ в когорте мужчин в возрасте 40-69 лет с наличием герминальных мутаций *BRCA1/2* отмечали положительную прогностическую ценность ПСА >3 нг/мл (31%) у носителей *BRCA2* vs 18% у контрольной группы. Кроме того, у *BRCA2*-носителей чаще выявлялись клинически значимые опухоли, что подтверждает необходимость использования наличия данного фактора для инициации более раннего риск-ориентированной скрининга [35, 36].

Риск развития РПЖ у мужчин с наличием мутаций в генах *CHEK2* и *ATM* повышен в 2-4 раза. При наличии синдрома Линча (мутации в генах *MLH1*, *MSH2*, *MSH6*, *PMS2*, *EPCAM*) риск к 70 годам достигает 20-30% vs 12% в популяции[14] [37, 38]. Согласно рекомендациям National Comprehensive Cancer Network (NCCN) наличие данных мутаций также служит основанием для начала ПСА-скрининга в возрасте 40 лет.

С целью оценки вероятности развития РПЖ и периодичности последующих тестирований после первичного ПСА-скрининга используют базовый уровень ПСА. Европейские клинические рекомендации предлагают риск-адаптированную стратегию персонализированного скрининга РПЖ на основе исходного уровня ПСА. EAU указывает, что для 60-летних мужчин с ПСА ≤1,0 нг/мл риск смерти от РПЖ к 85 годам составляет ≤0,2%; для большинства таких мужчин возможны интервалы наблюдения 8-10 лет, а примерно половина мужчин после 60 лет может быть освобождена от дальнейшего скрининга [1].

Индивидуальные интервалы повторного тестирования также освещены в исследовании PROBASE. Мужчины с начальным уровнем ПСА <1,5 нг/мл в 45 лет имеют очень низкий риск развития РПЖ в ближайшие 5 лет и не нуждаются в повторном тестировании в этот период. В то время как 13% мужчин с базовым ПСА 1,5–3,0 нг/мл в 45 лет превысили этот порог уже в течение следующих 4 лет. Кроме того, частота выявления РПЖ различалась радикально[25].

Учитывая вышеописанные эпидемиологические особенности РПЖ, согласно современным международным рекомендациям ПСА-скрининг необходимо начинать мужчинам[25] [1, 39]:

- с 40 лет с наличием генетических мутаций (*BRCA1/2*, *CHEK2* и др);
- с 45 лет с семейным анамнезом РПЖ и афроамериканцам;
- с 45-50 лет без факторов риска.

Калькуляторы риска наличия РПЖ

В эпоху цифровизации здравоохранения калькуляторы риска становятся неотъемлемыми инструментами поддержки принятия врачебных решений. В частности, в онкоурологии это направление активно развивается при уточняющей диагностике РПЖ.

Существует ряд эффективных программных решений для оценки вероятности наличия заболевания. Одним из которых является "The Prostate Cancer Prevention Trial Risk Calculator 2.0" (PCPT-RC), созданный Ankerst D, et al. Данный инструмент предназначен для прогнозирования вероятности выявления доклинического РПЖ высокого риска,

[12] Genetics of Prostate Cancer (PDQ®): Health Professional Version [Электронный ресурс]. National Cancer Institute (NCI). 2025. 9 мая. URL: https://www.cancer.gov/types/prostate/hp/prostate-genetics-pdq.

[13] Stanford JL, Stephenson RA, Coyle LM, et al. Prostate Cancer Trends 1973-1995. SEER Program, National Cancer Institute, NIH Pub.; 99-4543, Bethesda: MD; 1999.

[14] Prostate Cancer Screening (PDQ®)–Health Professional Version. National Cancer Institute: [сайт]. 2024. URL: cancer.gov.

doi: 10.15829/3034-4123-2026-153

а также дифференциации индолентного (индекс Глисона <7) и агрессивного (индекс Глисона ≥7) РПЖ.

Наибольшее распространение получил блок алгоритмов, разработанный "Фондом исследований рака простаты" (Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Prostaatkanker, SWOP) в Роттердаме. Модели SWOP основаны на данных исследования ERSPC и представляют собой каскад из шести экспертных систем. Каждая из которых демонстрирует шкалу индивидуального риска наличия РПЖ по мере накопления диагностических данных.

Клинические исследования подтверждают высокую эффективность этих инструментов. При сравнительном анализе вышеописанных моделей выявлено превосходство ERSPC-калькулятора (AUC=0,71) над моделью PCPT (AUC=0,63) и общепопуляционным определением уровня ПСАобщ. (AUC=0,55). В свою очередь, модель PCPT демонстрирует более высокую чувствительность к агрессивным формам рака, тогда как ERSPC откалибрована для выявления опухолей низкой степени злокачественности, что способствует сокращению числа необоснованных биопсий [23].

Однако, в стандартную модель ERSPC не интегрированы данные предшественника ПСА (проПСА), индекс здоровья простаты (ИЗП) и многие другие параметры, поэтому создание новых алгоритмов диагностики РПЖ и калькуляторов риска на их основе остается актуальной клинической задачей [23]

Раздел 3. Скрининговый тест

Скрининг РПЖ не может опираться на один универсальный и безошибочный тест. С позиций клинической эпидемиологии скрининговый метод должен обладать приемлемой чувствительностью, чтобы не пропускать клинически значимые опухоли, и достаточной специфичностью, чтобы не направлять чрезмерное число мужчин на ненужные дообследования и биопсии. Не менее важны прогностическая ценность положительного и отрицательного результата, воспроизводимость, техническая стандартизованность, доступность и приемлемая стоимость. Для РПЖ эта задача особенно сложна, поскольку целью раннего выявления является не просто обнаружение любой опухоли, а преимущественно выявление кзРПЖ при минимизации гипердиагностики индолентных форм. Европейская ассоциация урологов прямо формулирует эту цель как "своевременное выявление значимого рака при оставлении незначимого рака недетектированным", тогда как NCI подчеркивает, что скрининг с использованием ПСА сопровождается ложноположительными результатами, гипердиагностикой и последующим избыточным лечением[14,25] [1].

Современная стратегия скрининга РПЖ направлена на выявление клинически значимых опухолей с использованием многоступенчатой стратификации рисков, минимизируя гипердиагностику и избыточное лечение. Риск-адаптированный подход сочетает использование ПСА, ПСА-ассоциированных маркеров и МРТ для оптимизации отбора пациентов на биопсию, соответствуя действующим клиническим рекомендациям[9,10,14,25] [1].

3.1. Определение уровня ПСА, индивидуальные пороги для возрастных групп

Определение уровня ПСА во второй половине XX в. и последующее внедрение в клиническую практику методов его определения произвело "революцию" в сфере диагностики и мониторинга РПЖ, изменив, в том числе, структуру заболеваемости РПЖ и смертности от этой патологии [40].

История открытия ПСА до сих пор окружена спорами. Она восходит к 1966 г., когда Hara M, et al. в научном центре судебной медицины в Японии при поиске маркеров сексуального насилия описали белок, содержащийся в сперме в большом количестве (до 1 мг/мл), назвав его γ-семинопротеин (γ-seminoprotein) [41, 42]. В 1970 г. в результате изучения антигенных свойств нормальной, доброкачественной и злокачественной тканей простаты R.J. Ablin впервые идентифицировал антиген, специфичный для простаты, отличный от простатической щелочной фосфатазы, что и стало первым научным подтверждением его существования [43]. Далее в 1973 г. T.S. Li и C.G. Beling, обнаружили сходный белок при поиске маркеров, ассоциированных с мужской инфертильностью [44].

В 1979 г. сотрудники исследовательской группы T.Ming Chu, и, в частности Ming C Wang, (Мемориальный институт Розуэлл-Парк) выделили и охарактеризовали ПСА [40]. Они продемонстрировали его присутствие в нормальной, доброкачественной и злокачественной ткани предстательной железы и показали, что антиген практически специфичен для предстательной железы. По мнению W.J. Catalona, настоящая заслуга в "открытии" ПСА как маркера заболеваний предстательной железы и в начале его клинического применения принадлежит именно Ming Chu T, et al., и прежде всего, Ming C Wang [45].

В 1984 г. Ming Chu T, et al. получили патент на идентификацию ПСА с помощью специфических антител[15]. В 1986 г. Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (FDA) одобрило первый ком-

[15] National Center for Biotechnology Information. PubChem Patent Summary for US-4446122-A, Purified human prostate antigen. https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/patent/US-4446122-A.

мерчески доступный иммуноферментный анализ (ELISA) — тест "Hybritech Tandem PSA", для измерения уровня ПСА в сыворотке крови. Этот тест первоначально был рекомендован FDA для мониторинга ответа на лечение и выявления прогрессирования заболеваний простаты. В 1991 г. Catalona WJ, et al. показали, что повышенный уровень ПСА ассоциирован с высоким риском наличия РПЖ, и маркер перспективен в качестве теста первой линии в скрининге данного заболевания [46]. Уже в 1994 г. (FDA) одобрило проведение исследований ПСА-скрининга РПЖ в США [47].

ПСА — это гликопротеин из семейства калликреинов (hK3), обладающий химотрипсиноподобной ферментативной активностью. Он постоянно секретируется железистым эпителием предстательной железы, накапливаясь, главным образом, в семенных протоках, где, расщепляя ряд белков, обеспечивает разжижение эякулята. В этом состоит экзокринная функция ПСА. В норме в кровь попадают лишь доли процента от всего секретируемого ПСА. В крови большая часть ферментативно активного ПСА необратимо инактивируется связыванием с ингибиторами сериновых протеаз: с α-1 антихимотрипсином (α1-АХТ) и меньшая доля — с α-2-макроглобулином (α2-МГ) [48]. Таким образом, в сыворотке крови ПСА находится в свободной и связанной формах, сумма концентраций которых составляет ПСАобщ. Аутокринная функция ПСА заключается в опосредованной активации пролиферации клеток предстательной железы.

РПЖ является одной из основных причин повышения сывороточного уровня ПСАобщ., что обусловлено не столько увеличением его синтеза, сколько нарушением целостности гемато-простатического барьера развивающейся опухолью, в результате чего увеличивается доля ПСА, проникающего в системный кровоток[16]. К другим заболеваниям, которые сопровождаются увеличением концентрации ПСА в крови, относятся: ДГПЖ, простатит разной этиологии, инфаркт, ишемия или травма железы, а также инвазивные диагностические вмешательства. Хотя ПСА позиционируется как органоспецифический простатический белок, в следовых количествах он выявляется в молоке, амниотической жидкости, в жидком содержимом кист молочной железы, в спинномозговой жидкости, в слюне [49].

ПСА при РПЖ является зависимым от стадии маркером: чем выше стадия опухолевого процесса, тем выше концентрация ПСА в крови [50].

Выбор дискриминационного уровня (точки отсечения верхней границы нормы, cut-off) ПСА зависит от целей его использования. Так, в скрининговых исследованиях чаще всего используют величину от 3 до 4 нг/мл, для уточняющей дифференциальной диагностики РПЖ — 2,5 нг/мл, а для мониторинга больных РПЖ после радикальной простатэктомии — 0,2 нг/мл.

Первые годы активного скрининга показали выраженный рост заболеваемости, что было отражением диагностики большого числа скрытых форм РПЖ [18, 51].

Для оценки возможностей ПСА-скрининга РПЖ использовали разные типы исследований: "случай-контроль", международные/региональные сравнения и проспективные рандомизированные контролируемые исследования. Все они базировались на постулате о том, что скрининг должен снижать уровень смертности от РПЖ. ПСА-тестирование в рамках рандомизированных контролируемых исследований представляет наибольший интерес как золотой стандарт в оценке эффективности скрининга онкологических заболеваний [51].

Два проспективных многоцентровых рандомизированных контролируемых исследований ПСА-скрининга РПЖ стартовали в 1993 г.: в США (Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) Cancer Screening Trial) и в Европе (European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer — ERSPC) [52, 53]. Они продолжались на протяжении 8 и 10 лет, соответственно. В европейской программе в две группы почти поровну были рандомизированы 162 тыс. мужчин, а в американской — в два раза меньше. Режимы скрининга на основе ПСА отличались. В PLCO точка отсечения для назначения биопсии предстательной железы составляла 4 нг/мл, тогда как в ERSPC — 3 нг/мл. В PLCO скрининговый интервал равнялся 1 году, в европейском исследовании колебался в диапазоне от 2-х до 4-х лет. Для достижения высокого качества программы ERSPC во всех участвующих центрах был выбран единый метод определения ПСА (Tandem R; Hybritech) [15]. Результаты скрининга оценивали по показателям заболеваемости и снижения смертности [15].

Через 17 лет наблюдения в PLCO-исследовании показатели заболеваемости и смертности оставались низкими и значимо не различались в скрининговой группе и группе сравнения. Неэффективность этой американской программы эксперты связывают с существенными нарушениями PLCO-протокола, которые не позволили объективно оценить влияние ПСА-скрининга на смертность от РПЖ. Так, выяснилось, что многие мужчины (>40%) из группы сравнения по собственной инициативе проходили исследование ПСА, что увеличило выявляемость РПЖ в этой "контрольной" группе. Таким образом, в группе "контроля" наблюдался высокий уровень оппортунистического скрининга

[16] Emin Özbek (2023) URL https://dreminozbek.com/en/prostate-specific-antigen-psa-what-is-psa-what-are-the-causes-that-raise-psa.

doi: 10.15829/3034-4123-2026-153

[15, 54]. Это обстоятельство в значительной степени способствовало отсутствию существенной разницы в смертности между группами скрининга и контроля [15].

Через 16 лет наблюдения в европейском исследовании ERSPC число выявленных РПЖ в группе скрининга оказалось в 1,6 раза выше, чем в группе сравнения, при уменьшении доли случаев метастатического РПЖ на 30% и снижении опухоль-специфической смертности на 21%. В то же время, в этом исследовании около 70% биопсий были расценены как неоправданные [15, 53, 55].

На основании этого противники ПСА-скрининга делают акцент на большую частоту гипердиагностики, приводящей к высокому риску избыточного лечения и побочных эффектов. Стоит также отметить, что в обеих программах среди выявленных в ходе скрининга злокачественных опухолей простаты от 20% до 40% оказались клинически незначимыми формами болезни (так называемыми индолентными, то есть не несущими угрозы жизни в течение ряда последующих лет).

В Великобритании в 2001 г. стартовал "низкоинтенсивный" скрининг РПЖ (low-intensity PSA screening) с однократным выполнением ПСА-теста (cut off = 3 нг/мл). Результаты в среднем 15-летнего наблюдения участников данного английского кластерного рандомизированного контролируемого исследования рака простаты (The Cluster Randomized Trial of PSA Testing for Prostate Cancer, "CAP") показали отсутствие достоверной разницы в опухоль-специфической смертности в группах сравнения. Было сделано заключение, что однократное ПСА-тестирование недостаточно для полноценного скрининга, снижающего смертность от РПЖ [56]. Однако, повторный анализ результатов исследования CAP с 15-летним периодом наблюдения продемонстрировал, что однократное определение уровня ПСАобщ. приводило к статистически значимому снижению смертности от РПЖ [13].

Тем не менее, общим является мнение, что ПСА-тестирование на первом этапе скрининга заменить пока ничем невозможно. Основным ограничением ПСА-скрининга РПЖ является недостаточная специфичность теста, в частности повышение ПСА при простатите и ДГПЖ.

Уровень ПСА в диапазоне 2,5-10,0 нг/мл принято называть "серой зоной", в которой специфичность ПСА достаточно низкая, так как уровни ПСА в этом диапазоне характерны и для ДГПЖ, и для простатита. В рамках стратегии дообследования в этих случаях рекомендуется использовать дополнительные параметры: плотность ПСА (соотношение уровня ПСА к объему предстательной железы определенному при трансректальном ультразвуковом исследовании (ТРУЗИ)), которая в отсутствии РПЖ не должна превышать 0,13-0,15 нг/мл/см^3; скорость нарастания ПСА в год, которая не должна превышать 0,75 нг/мл; ряд других ПСА-ассоциированных индексов (соотношение ПСАсв и ПСАобщ., ИЗП, а также другой маркер — антиген рака простаты 3 — PCA-3), которые будут представлены в следующем разделе.

Кроме того, до 15% случаев кзРПЖ не сопровождаются повышением уровня ПСА, так что возможны и ложноотрицательные результаты исследования [57-60]. И, наконец, тест на ПСА не позволяет различить агрессивный и медленно развивающийся рак, что в последнем случае может привести в риску избыточного лечения. Однако стоит подчеркнуть, что, отказавшись от ПСА-тестирования, мужчина упускает шанс раннего выявления и эффективного лечения РПЖ.

В РФ согласно приказу Минздрава России № 404н от 27 апреля 2021 г. "Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения" в первый этап диспансеризации включен скрининг РПЖ. Определение уровня ПСА в крови начинают с 45 лет с периодичностью один раз в 5 лет вплоть до 64 лет. Превышение ПСА величины 4 нг/мл должно сопровождаться вторым этапом диспансеризации (с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза), т.е. осмотром хирургом или урологом[2].

Следует отметить, что в большинстве международных исследований, посвященных уточняющей диагностике, верхняя граница нормы ПСА составляет 2,5 нг/мл. Поэтому мужчинам с уровнем ПСА в диапазоне 2,5-4,0 нг/мл рекомендуется ежегодный контроль данного показателя вне рамок ДОГВН.

При выявлении уровня ПСА в диапазоне 2,5-4,0 нг/мл вне рамок ДОГВН, до проведения дополнительного обследования, врач первичного звена обязан:

— в доступной форме информировать пациента о возможных результатах обследования, рисках гипердиагностики и необходимости регулярного динамического контроля;

— получить информированное добровольное согласие пациента на проведение дополнительных диагностических мероприятий в соответствии со ст. 20 Федерального закона № 323-ФЗ;

— внести результаты осмотра и факт получения информированного добровольного согласия пациента в медицинскую документацию (учётная форма 025/у);

— при наличии показаний — направить пациента на консультацию к врачу-онкологу центра амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП) или урологу для определения дальнейшей тактики ведения.

Врач-терапевт (врач общей практики) обязан информировать пациента о выявленном значении ПСА, тактике динамического наблюдения и необходимости обращения за медицинской помощью при появлении симптомов дизурии или болевого синдрома. Данные мероприятия проводятся с оформлением информированного добровольного согласия пациента в соответствии со статьёй 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ[1].

При оценке риска РПЖ необходимо учитывать наличие мутаций в генах, ассоциированных с предрасположенностью к развитию заболевания (*BRCA1/2*, *ATM*, *PALB2*, *CHEK2*, гены репарации ошибок спаривания оснований *MMR* и др.) [61]. Известны и семейные случаи РПЖ, прослеженные в нескольких поколениях мужчин[5]. Как правило, они развиваются в более раннем возрасте [62]. Первым этапом скрининга, часто является анкетирование обследуемых, а в анкете предусмотрен вопрос о РПЖ у ближайших прямых родственников, что позволяет сформировать группу повышенного риска развития РПЖ. В соответствии с данными литературы тестирование ПСА мужчинам группы риска рекомендуется осуществлять ежегодно, что может быть также осуществлено в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).

Продолжаются разработки, направленные на повышение чувствительности и специфичности лабораторной диагностики РПЖ путем использования других ПСА-ассоциированных маркеров (изоформ ПСАсв и мультипараметрических показателей на их основе, в частности ИЗП) [23, 55]. Эта информация будет представлена в одном из последующих разделов.

3.2. ПРИ

В случае наличия у мужчины повышенного уровня ПСА, требуется предпринять следующие диагностические мероприятия, направленные на исключение или подтверждение диагноза РПЖ. Одним из самых "простых" и доступных методов диагностики является ПРИ. ПРИ — это физикальный метод оценки предстательной железы и прямой кишки, путем пальпации простаты. Во время исследования врач оценивает размер (увеличение/аденома), симметричность долей, междолевую борозду, консистенцию (мягко-эластичная в норме), наличие узловых уплотнений или участков каменистой плотности, а также болезненность при пальпации. Ключевыми признаками возможного РПЖ являются наличие плотного узлового образования, асимметричной плотности стромы или полной потери эластичности ткани, а также отсутствие смещаемости стенки прямой кишки относительно предстательной железы при местнораспространенной опухоли последней.

Примерно у 18% всех больных РПЖ при проведении ПРИ определяются изменения (вне зависимости от уровня ПСА) [63]. В проспективном многоцентровом исследовании, включавшим 6 университетских клиник 6630 мужчинам в возрасте от 50 лет было выполнено исследование уровня ПСА и ПРИ. Биопсия предстательной железы проводилась при уровне ПСА >4 нг/мл или при положительном результате ПРИ. Всего было выполнено 1167 биопсий, выявлено 264 случая РПЖ. Положительная прогностическая ценность обнаружения подозрительных очагов при ПРИ у больных с уровнем ПСА ≤2 нг/мл составляет от 5 до 30% [64]. При наличии изменений при проведении ПРИ в комбинации с повышенным уровнем ПСА риск обнаружения РПЖ по результатам биопсии увеличивается в 2 раза (48,6% и 22,4%, соответственно) [65].

Изменения, обнаруженные в результате ПРИ связаны с более высоким риском по классификации ISUP (Международное общество уропатологов, International Society of Urological Pathology), выявлением кзРПЖ у пациентов под активным наблюдением и поэтому считаются показанием для биопсии предстательной железы. В ретроспективном одноцентровом исследовании, включающем результаты 2029 биопсий в период с 2006 г. по 2018 г. у 75% мужчин, был диагностирован РПЖ. Из них у 30,3% определялась группа ISUP 2 и выше. Чувствительность, специфичность, отрицательная и положительная прогностическая ценность ПРИ для выявления кзРПЖ были наилучшими при уровне ПСА <4 нг/мл (27%, 88%, 31% и 87%, соответственно) [66].

В другом исследовании, проведенном с 1997 г. по 2006 г. в Роттердаме, мужчинам в возрасте от 55 до 75 лет проводили регулярное определение уровня ПСА. При повышении уровня онкомаркера до 3 нг/мл и более мужчинам проводилось ПРИ, ТРУЗИ предстательной железы и биопсия. Всего было проведено 5040 биопсий предстательной железы. Совместное использование положительного результата ПРИ и повышенного уровня ПСА повышало прогностическую ценность выявления заболеваний при скрининге РПЖ до 48,6% по сравнению с 22,4% у мужчин с отрицательным результатом ПРИ. В свою очередь, сочетание повышенного уровня ПСА ≥3,0 нг/мл с подозрительными результатами ПРИ приводило к выявлению значительно большего числа случаев РПЖ с оценкой по шкале Глисона >7 [65, 67].

Таким образом, ПРИ, несмотря на невысокую изолированную чувствительность (около 18% в общей популяции), сохраняет высокую диагностическую значимость в алгоритме выявления РПЖ. Наличие пальпируемых изменений в простате, особенно у пациентов с уровнем ПСА ≤4 нг/мл,

doi: 10.15829/3034-4123-2026-153

демонстрирует высокую специфичность (до 88%) и служит независимым показанием для выполнения биопсии даже при референсных значениях онкомаркера. Ключевая ценность метода заключается в его способности прогнозировать наличие кзРПЖ (ISUP ≥2): при сочетании положительных данных ПРИ и повышенного уровня ПСА прогностическая ценность выявления заболевания возрастает более чем в два раза (до 48,6%), а также существенно увеличивается вероятность выявления агрессивных опухолей с градацией по шкале Глисона >7 баллов. Следовательно, ПРИ остается неотъемлемым компонентом физикального обследования, позволяющим врачу стратифицировать обследуемых мужчин в группу высокого риска и своевременно определять показания к инвазивным диагностическим вмешательствам.

3.3. Роль инструментальных методов исследования (МРТ, ТРУЗИ) в скрининге РПЖ

3.3.1. МРТ в скрининге РПЖ

В соответствии с международными рекомендациями EAU, у бессимптомных мужчин с уровнем ПСА от 3 до 10 нг/мл, при отсутствии изменений при ПРИ, показания к биопсии предстательной железы могут определятся на основании калькулятора риска (при условии, что он правильно откалиброван в соответствии с распространенностью среди населения) либо результатах МРТ, хотя метод не рекомендуется в качестве начального инструмента скрининга.

Накопленный десятилетиями опыт использования МРТ для диагностики РПЖ, наряду с технологическим прорывом и развитием таких функциональных последовательностей как диффузионно-взвешенные изображения и динамическое контрастное усиление, привели к внедрению в клиническую практику методики мпМРТ.

Эволюция современных подходов к МРТ предстательной железы наблюдается с 2007 г., когда была сформирована Международная рабочая группа экспертов по проблемам диагностики РПЖ, задачами которой являлась разработка принципов стандартизации проведения и описания МР-исследований. В 2012 г. Европейским обществом урогенитальной радиологии (ESUR) были опубликованы первые рекомендации системы PI-RADS (Prostate Imaging Reporting and Data System), которые были направлены на повышение информативности метода в диагностике кзРПЖ. Диагностическая эффективность мпМРТ в выявлении кзРПЖ зависит от объема и агрессивности опухоли, не превышая 29% при опухолях (группа оценки ISUP 1) <0,5 мл^3 и достигая 100% при объеме >2 мл^3 (группа оценки ISUP >4) [68].

Рекомендации PI-RADS в достаточно короткие сроки были активно внедрены в клиническую практику мировыми лидерами, занимающимися проблемами диагностики и лечения РПЖ [69]. К концу 2014 г. координационный комитет из экспертов ESUR, ACR и AdMetech Foundation предложил обновленную версию унифицированной системы — PI-RADS v.2, опубликованную в начале 2016 г. [70, 71]. Впоследствии, многочисленные исследования подтвердили ценность PI-RADS v.2, но, как и ожидалось, результаты исследований выявили некоторые противоречия и ограничения [72-74]. Кроме того, накопленный опыт позволил сформировать новый взгляд на технические характеристики, используемые в протоколах мпМРТ, впоследствии нашедших отражение в версии PI-RADS v2.1, которая используется до настоящего времени [75-77].

МРТ позволяет повысить диагностическую точность биопсий, при этом унифицированная система PI-RADS при интерпретации МР-изображений является инструментом коммуникации между рентгенологами и урологами. Система PI-RADS выделяет 5 оценочных категорий, определяющих риск наличия кзРПЖ:

1. Очень низкая вероятность
2. Низкая вероятность
3. Подозрение/ существует вероятность
4. Высокая вероятность
5. Очень высокая вероятность

С учетом предложенной системы вероятности, результаты МРТ принято расценивать как негативные (отрицательные), когда в заключении указаны категории PI-RADS 1 и 2, как позитивные (положительные) — при выставленных категориях PI-RADS 3-5.

Согласно рекомендациям EUA, при PI-RADS>3 рекомендуется проведение комбинированной биопсии, включающей забор материала из очагов, указанных при МРТ, в сочетании с систематизированной биопсией. При категориях PI-RADS <2 — выполняется системная биопсия, а в случаях слабого клинического подозрения на РПЖ, биопсия может быть отложена.

В скрининговом исследовании STHLM-3 (STHLM3) мужчины с уровнем ПСА >3 нг/мл были рандомизированы в две группы: первую составили мужчины, которым выполнялись стандартные биопсии с забором 10-12 столбиков; вторую — с комбинированными, то есть биопсия прицельно планировалась только когда по данным МРТ были выявлены подозрительные очаги, при этом во всех случаях таргетные биопсии (из очагов, размеченных по результатам МРТ) дополнялись стандартными биопсиями. В первой группе, несмотря на большее количество биопсий, процент выявления кзРПЖ (группа оценки ISUP >1) был ниже, по сравнению со второй группой и составил 18% vs 21%, тогда как соотношение

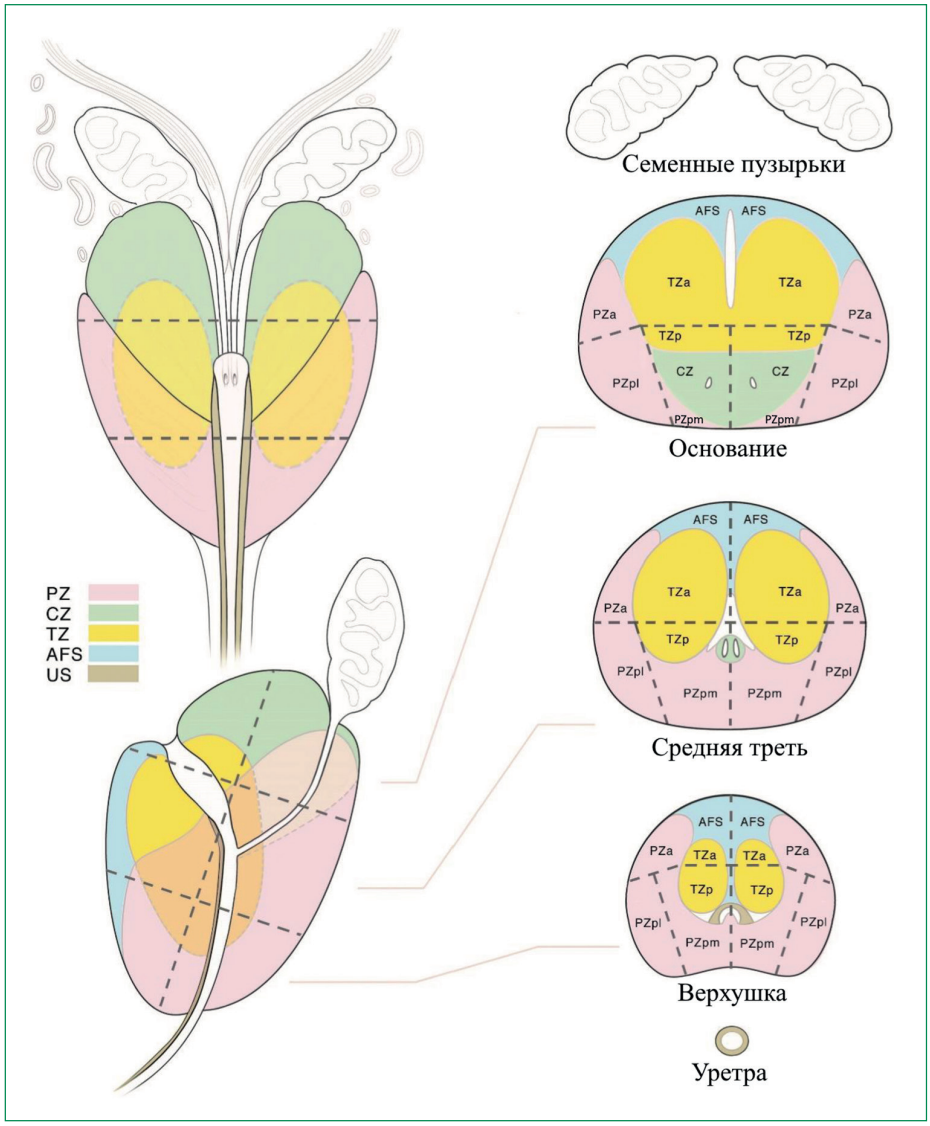


Рис. 1. Секторальная карта предстательной железы PI-RADS v.2.1
Сокращения: PZ — периферическая зона, a – передний отдел, pl — задне-латеральный, pm - задне-медиальный, TZ — транзиторная зона, a – передний отдел, p — задний отдел, AFS — передняя фибромускулярная строма, CZ — центральная зона, US — сфинктер уретры.

клинически незначимых опухолей составило 3:1 (12% и 4%) [78].

В условиях популяционного скрининга Eldred-Evans D, et al. доказали более высокую выявляемость кзРПЖ при биопсиях у мужчин при ПСА >3 нг/мл, выполненной прицельно из очагов (PI-RADS >2), выявленных при МРТ, по сравнению с трансректальной биопсией предстательной железы под контролем ТРУЗИ [79].

Рекомендации по проведению и интерпретации мпМРТ предстательной железы.

Согласно рекомендациям PI-RADS v.2.1, разработан перечень технических требований к последовательностям, принимаемых во внимание при оценке итоговой категории PI-RADS.

Т2 ВИ всегда должны быть получены в аксиальной плоскости (по отношению к телу пациента) или в наклонной плоскости (перпендикулярной к оси предстательной железы) и как минимум еще в одной дополнительной ортогональной плоскости (т.е. сагиттальной и/или коронарной). Такая рекомендация основана на том, что в одной плоскости исследования не всегда можно полноценно оценить капсулу узла, наличие или фрагментарное отсутствие которой, является важным оценочным критерием (наиболее значимым для узлов в транзиторной зоне).

При получении диффузионно-взвешенных изображений для расчета интегрального коэффициента диффузии рекомендуется использовать одно

doi: 10.15829/3034-4123-2026-153

низкое значение b-фактора равное 0-100 с/мм^2 (предпочтительно 50–100 с/мм^2) и одно высокое значение b-фактора на 800-1000 с/мм^2. Максимальное значение b-фактора ≥1400 с/мм^2 должно быть получено при отдельном сборе данных или рассчитано при экстраполяции низких и высоких значений b-фактора. Использование максимального b-фактора (>1000 с/мм^2 в расчете карт интегрального коэффициента диффузии не обязательно).

Для динамического контрастного усиления рекомендуется использовать временное разрешение ≤15 с. Меньший временной интервал может быть выбран, при достижении необходимого баланса пространственного разрешения и необходимого качества изображений. При динамическом контрастном усилении могут быть использованы 2D или 3D T1-ВИ с применением технологии градиентного эха (GRE), но 3D T1 ВИ GRE является более предпочтительной технологией.

Не менее важным фактором, влияющим на информативность мпМРТ, является соблюдение рекомендаций PI-RADS v.2.1 по интерпретации результатов.

Использование секторальной карты позволяет рентгенологам, урологам, патоморфологам и другим смежным специалистам точно локализовать описанные изменения в отчете МРТ, что в свою очередь дает возможность осуществлять навигацию при проведении биопсий, планировании фокальных методов лечения и оценке реализации эффекта проведенной противоопухолевой терапии [80].

В настоящее время для определения локализации выявленных в правом желудочке (ПЖ) изменений при МРТ используется секторальная карта, рекомендуемая в рамках системы PI-RADS v.2.1, разработанная на основании адаптированной карты, принятой на Европейском согласительном совещании EAU 2012. В соответствии с гистологическим строением ПЖ выделены 4 анатомо-морфологические зоны: периферическая зона (ПЗ), транзиторная зона (ТЗ), центральная зона (ТЗ) и передняя фибромаскулярная строма. Секторальная карта ПЖ, включает 39 секторов, из которых 36 относятся непосредственно к ПЖ, 2 сектора соответствуют семенным пузырькам и 1 — зоне наружного сфинктера уретры (рисунок 1).

С момента внедрения системы PI-RADS достигнуты важные цели по стандартизации получения изображения и интерпретации МРТ предстательной железы. Унифицированная система PI-RADS заслуженно получила всемирное признание в академических и клинических кругах. Кроме того, система PI-RADS учитывается в большинстве клинических рекомендаций по диагностике и лечению РПЖ, и в ближайшее время может стать базовым инструментом для определения показаний и вида биопсии предстательной железы у мужчин, включенных в программу скрининга РПЖ, при выявлении клинического подозрения на неопластический процесс.

3.3.2. ТРУЗИ в скрининге РПЖ

В Перечне мероприятий скрининга и методов исследований, направленных на раннее выявление онкологических заболеваний[2], в рамках скрининга РПЖ ТРУЗИ предстательной железы не упоминается.

Согласно действующим клиническим рекомендациям "Рак предстательной железы", одобренным Научно-практическим советом Минздрава России[10], всем пациентам с подозрением на РПЖ (наличие подозрительного образования в предстательной железе при ПРИ или повышенный уровень ПСА) рекомендовано выполнение ТРУЗИ (А04.21.001.001) с целью выявления патологических участков в предстательной железе и повышения точности биопсии предстательной железы. Трансабдоминальное УЗИ предстательной железы для достижения указанных целей не применяется.

Согласно действующим клиническим рекомендациям "Доброкачественная гиперплазия предстательной железы"[9], ТРУЗИ предстательной железы рекомендовано выполнять по определенным показаниям, например, при подозрении на РПЖ.

ТРУЗИ предстательной железы относится к критериям оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при РПЖ[17].

ТРУЗИ предстательной железы рассматривается как один из трех методов базисной диагностики, по результатам которого рекомендуется выполнение систематической биопсии предстательной железы под контролем ультразвукового исследования с проведением патолого-анатомического исследования биопсийного материала для верификации диагноза "рак предстательной железы"[10]. Вместе с систематической биопсией предстательной железы при наличии участков, подозрительных на РПЖ при ТРУЗИ, возможно выполнение прицельной биопсии. Для этого могут использоваться не только стандартные В-режим и допплер (цветокодированные режимы), но и относительно новые ультразвуковые методы, такие как микродопплер (микрососудистая визуализация), эластография (компрессионная эластография или двумерная эластография сдвиговой волной) и внутривенное контрастирование (качественный и/или количественный анализ) [1, 81, 82].

Существует понятие "мультипараметрическое ультразвуковое исследование предстательной железы", которое включает ультразвуковую оцен-

[17] Приказ Минздрава России от 14 апреля 2025 г. № 203н "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи".

ку: анатомии в серошкальном режиме, сосудистой допплеровской картины, жесткости/деформации при эластографии и перфузии при внутривенном контрастировании. Использование результатов мультипараметрического ультразвукового исследования (как и использование отдельных его составных частей) для прицельной пункционной биопсии (вместе с систематической биопсией) дает неплохие результаты в выявлении кзРПЖ, зафиксированные в современных исследованиях и метаанализах [83-85].

Еще один перспективный ультразвуковой метод — трансректальное микроультразвуковое исследование предстательной железы (использование датчика, работающего в диапазоне частот с максимумом 29 МГц) [1]. По данным OPTIMUM Randomized Clinical Trial [86], прицельная пункционная биопсия по результатам микроультразвукового исследования дает сопоставимые результаты при сравнении с прицельной биопсией при магнитно-резонансном и ультразвуковом совмещении (фьюжен) в определении морфологически значимого РПЖ (ISUP ≥2) в группе пациентов с первичной биопсией. В настоящее время технология трансректального микроультразвукового исследования не доступна на территории Российской Федерации, но ввиду ее большого потенциала считаем целесообразным упомянуть перспективное направление.

ТРУЗИ предстательной железы выполняется врачом ультразвуковой диагностики в соответствии с Правилами проведения ультразвуковых исследований[18], действующими профильными клиническими рекомендациями[10], а также актуальными рекомендациями профильной профессиональной ассоциации [87].

Трансабдоминальное УЗИ для оценки анатомии органа с целью выявления участков, подозрительных на РПЖ, а также для расчета показателя плотности ПСА использовано быть не может.

ТРУЗИ предстательной железы проводится по направлению лечащего врача, который в *Направлении* указывает цель назначаемого исследования[18]. По результатам ТРУЗИ предстательной железы врачом ультразвуковой диагностики составляется *Протокол* ультразвукового исследования, который завершается *Заключением*[18]. Форма стандартного протокола, включающего важную информацию для интерпретации структурных и функциональных изменений предстательной железы при раке и сопутствующих патологических процессах (в том числе объем органа), представлена в консенсусном документе профильной профессиональной ассоциации [87].

[18] Приказ Минздрава России от 8 июня 2020 г. № 557н "Об утверждении Правил проведения ультразвуковых исследований".

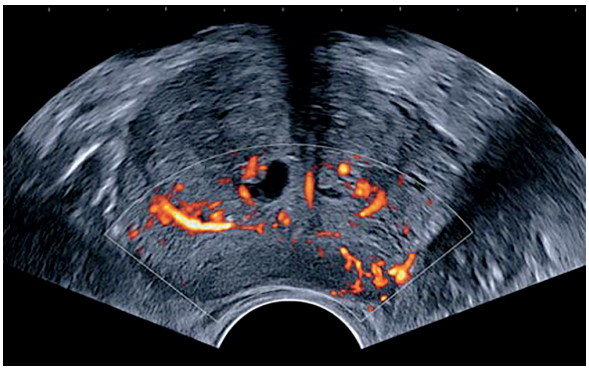


Рис. 2. ТРУЗИ предстательной железы. B-режим + энергетическое допплеровское картирование. Гипоэхогенный гиперваскулярный очаг в левых отделах предстательной железы (периферическая зона). При прицельной биопсии сумма Глисона — 8.

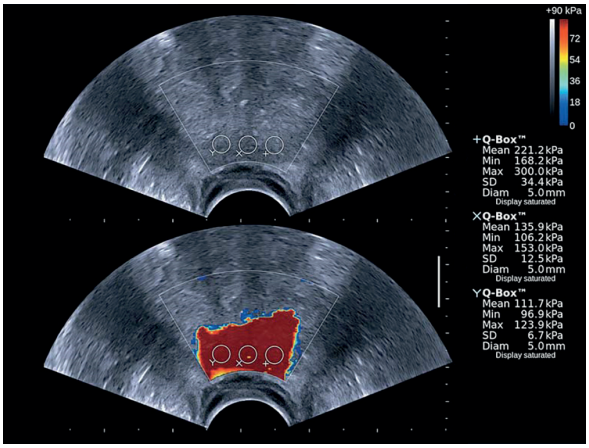


Рис. 3. ТРУЗИ предстательной железы. B-режим + эластография сдвиговой волной. Тотальное поражение предстательной железы. Модуль Юнга — 112–221 кПа. Сумма Глисона — 10.

В *Заключение* обязательно должна быть вынесена информация об отсутствии или наличии ультразвуковых признаков РПЖ (как ответ на цель, поставленную в *Направлении*). Это включает информацию (но не ограничивается ею) о наличии участков, подозрительных на РПЖ, при использовании разных методов ультразвуковой визуализации. В первую очередь к этим методам относятся B-режим и цветокодированный допплер. Также при доступности других ультразвуковых методов (при условии достаточной подготовки врача ультразвуковой диагностики), особенно при невоз-

doi: 10.15829/3034-4123-2026-153

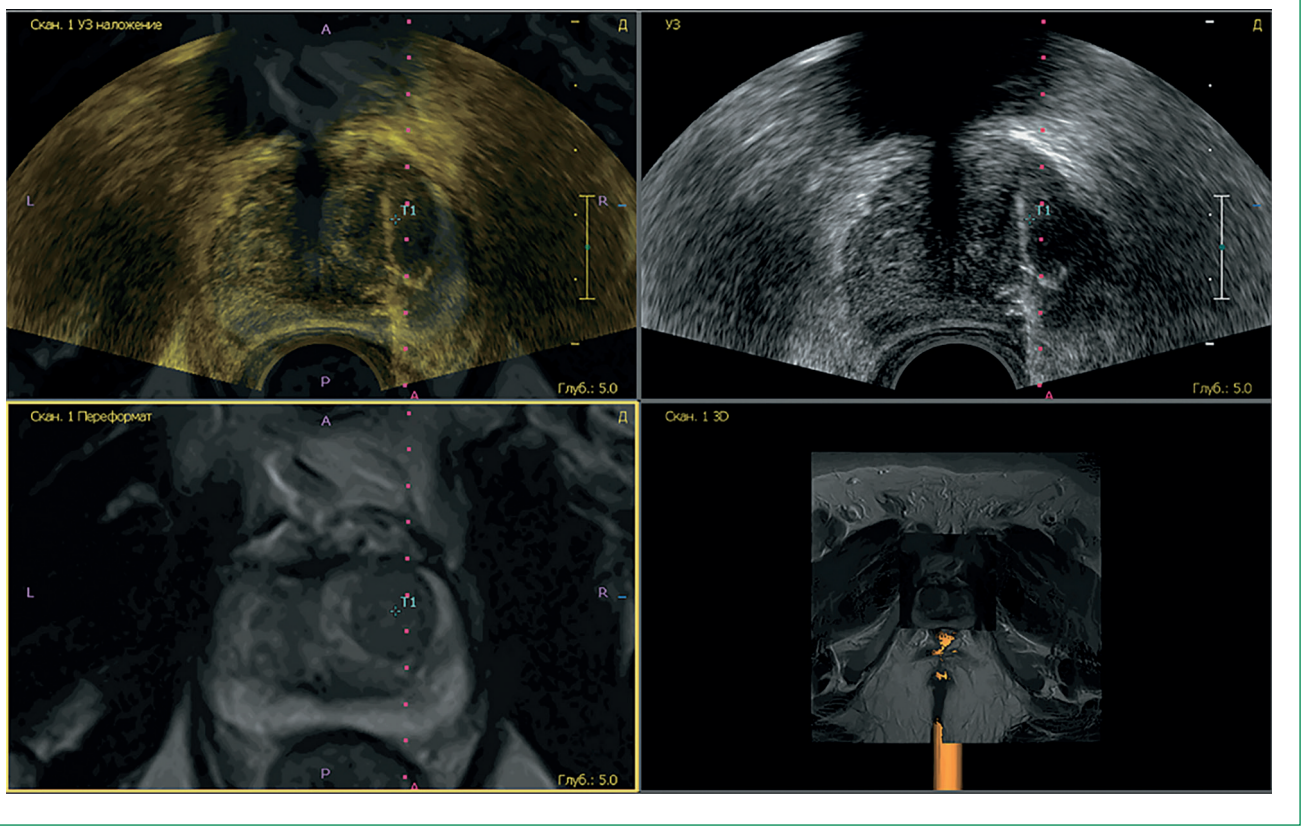


Рис. 4. Прицельная биопсия очага в левой транзиторной зоне предстательной железы под контролем аппаратного магнитно-резонансного и ультразвукового совмещения (фьюжен-биопсия).

можности выполнения мпМРТ, для выявления участков, подозрительных на РПЖ, используются микродопплер, компрессионная эластография, эластография сдвиговой волной, внутривенное контрастирование.

При проведении ТРУЗИ предстательной железы необходимо выполнять требования, обеспечивающие эпидемиологическую безопасность, с учетом контакта ультразвукового датчика со слизистой оболочкой[19].

Предстательная железа должна быть полностью визуализирована не менее чем в двух ортогональных плоскостях от вершины до основания железы.

Далее представлены наиболее типичные ультразвуковые признаки РПЖ, которые могут быть использованы для прицельной биопсии в дополнении к систематической биопсии.

В-режим (рисунок 2): гипоэхогенные участки, расположенные в периферической зоне предстательной железы [88].

Цветокодированный допплер (включая цветовое допплеровское картирование, энергетическое допплеровское картирование или микродопплеровское картирование) (рисунок 2): гиперваскулярные участки с деформацией сосудистого рисунка даже при отсутствии изменений в В-режиме, особенно при расположении в периферической зоне предстательной железы [81].

Эластография (включая эластографию сдвиговой волной (рисунок 3) или компрессионную эластографию) (требует подготовки врача ультразвуковой диагностики): участки повышенной жесткости при эластографии сдвиговой волной (модуль Юнга >35 кПа [89, 90] или 37 кПа [90]) или недеформируемые (плохо деформируемые) участки при компрессионной эластографии [89, 90] в периферической зоне предстательной железы. При интерпретации данных обоих видов эластографии необходимо учитывать серошкальную картину предстательной железы (В-режим). Наличие жестких (недеформируемых) участков не подтверждает диагноз "рак предстательной железы", отсутствие жестких (недеформируемых) участков не исключает диагноз "рак предстательной железы". При визуализации эластографических признаков РПЖ систематическая биопсия дополняется прицельной, но не исключается.

Ультразвуковое исследование с внутривенным контрастированием (включая качественный и ко-

[19] Методические рекомендации МР 3.1.0284-22 "Обеспечение эпидемиологической безопасности ультразвуковой диагностики".

личественный анализ) требует подготовки врача ультразвуковой диагностика и наличия ультразвукового контрастного препарата [91]. Не рассматривается в данных Методических рекомендациях.

Необходимо также отметить роль ТРУЗИ в проведении биопсии участков, подозрительных на РПЖ при мпМРТ (рисунок 4). Прицельную биопсию предстательной железы при магнитно-резонансном и ультразвуковом совмещении (фьюжен) можно совмещать с систематической биопсией и взятием материала из участков, подозрительных на РПЖ при ТРУЗИ (рисунок 5).

ТРУЗИ предстательной железы имеет ограниченную ценность для определения местной распространенности первичной опухоли[10] [1]. Однако может продемонстрировать признаки распространения в мочевой пузырь, прямую кишку [1], семенные пузырьки, а также экстракапсулярного распространения при визуализации неровности/нечеткости задних и задне-боковых контуров предстательной железы [91]. В случаях выявления признаков экстракапсулярного распространения или прорастания опухоли в рядом расположенные органы врач ультразвуковой диагностики должен представить эти данные в *Протоколе* ультразвукового исследования. ТРУЗИ предстательной железы может выявить признаки местного распространения (рисунок 6), однако при отсутствии их визуализации не может исключить местное распространение опухоли.

Место ТРУЗИ предстательной железы в диагностике РПЖ до конца не определено, внушающие оптимизм исследования продолжаются.

3.4. Современные биомаркеры РПЖ: перспективы применения при скрининге

3.4.1. ПСА-ассоциированные индексы

Как было упомянуто выше, кроме ПСАобщ, используемого в скрининге, известны и другие ПСА-ассоциированные маркеры, улучшающие дифференциальную диагностику РПЖ, в частности, повышая её специфичность при уровне ПСАобщ. в "серой зоне" (2,5-10, нг/мл).

Одним из таких маркеров является ПСАсв сыворотки крови, который составляет небольшую часть ПСАобщ. Соотношение ПСАсв и ПСАобщ, характеризующее долю ПСАсв в общем ПСА, используется в качестве дополнительного к ПСАобщ маркера РПЖ. Установлено, что доля ПСАсв при развитии РПЖ уменьшается из-за гиперпродукции α1-химотрипсина опухолевыми клетками, что является своеобразной их защитой от протеолитической активности ПСАсв. При уровнях ПСАобщ 4,0-10,0 нг/мл и при отсутствии РПЖ доля ПСАсв должна превышать 25% от ПСАобщ [92]. Использование индекса ПСАсв/ПСАобщ при ПСАобщ в "серой зоне" позволяет уменьшить число избыточных биопсий

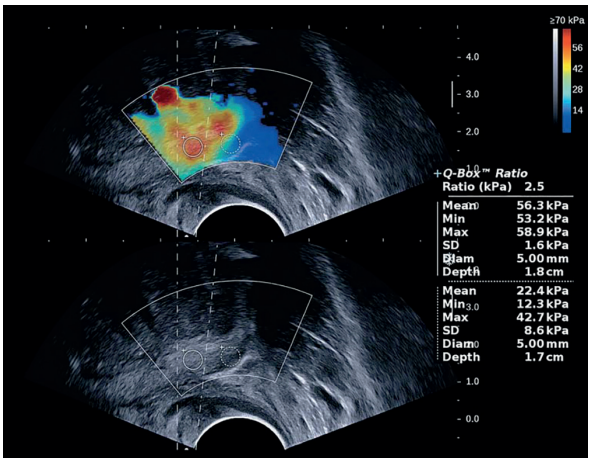


Рис. 5. Прицельная биопсия очага повышенной жесткости (модуль Юнга — 56 кПа) в периферической зоне предстательной железы. Как дополнение систематической биопсии предстательной железы.

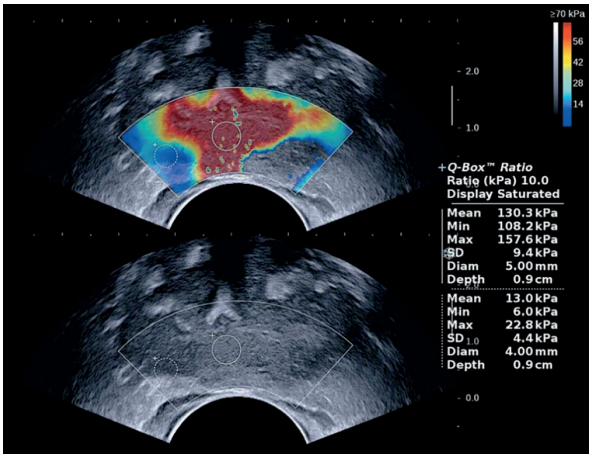


Рис. 6. ТРУЗИ предстательной железы. B-режим + эластография сдвиговой волной. Очаг повышенной жесткости (модуль Юнга — 130 кПа) с распространением в перипростатическую клетчатку по задней поверхности предстательной железы. Задний контур выраженно неровный. При мпМРТ экстракапсулярное распространение. При прицельной биопсии сумма Глисона — 7 (4 + 3).

примерно на 20% [23, 93]. Этот индекс используют также и при ПСАобщ в диапазоне 2,5-4,0 нг/мл с целью выявления ранних РПЖ. Дискриминационный уровень индекса ПСАсв/ПСАобщ в этой ситуации составляет 10%: при меньшей доле ПСАсв требуется дообследование.

doi: 10.15829/3034-4123-2026-153

Другим ПСА-ассоциированным индексом, повышающим чувствительность и специфичность лабораторной диагностики РПЖ при уровнях ПСАобщ в "серой зоне", является показатель плотности ПСА (PSAD, ПСА-D). Он рассчитывается как отношение уровня данного маркера к объему предстательной железы, определенному с помощью ТРУЗИ.

Впервые показатель ПСА-D был использован в работе Benson MC, et al. для дифференциальной диагностики в тех случаях, когда относительно высокий ПСАобщ мог быть ассоциирован с ДГПЖ, а не с онкологическим процессом [94]. Авторами был выбран диагностический уровень ПСА-D равный 0,15 нг/мл/см^3. В последствии было подтверждено, что для РПЖ более характерна плотность >0,15 нг/мл/см^3 и чем она выше, тем больше вероятность наличия кзРПЖ, особенно в случаях с меньшими размерами предстательной железы[10] [21]. В настоящее время в качестве порогового уровня ПСА-D чаще всего используется величина 0,15 нг/мл/см^3 [95].

Еще одним ПСА-ассоциированным показателем, повышающим эффективность дифференциальной диагностики заболеваний предстательной железы, является ИЗП.

В 1997 г. Mikolajczyk SD, et al. [96] впервые описали проПСА, как одну из фракций ПСАсв. Он представлен спектром белков, отличающихся длиной активирующего фрагмента молекулы. Одна из этих форм — [-2]проПСА оказалась наиболее стабильной и её повышенные количества были выявлены при РПЖ.

На основании ряда исследований компанией Beckman Coulter был предложен ИЗП (Prostate Health Index — PHI), который объединяет все три ПСА-ассоциированных маркера и вычисляется по формуле ИЗП = ([-2]проПСА/свПСА) × √общПСА.

ИЗП учитывает разнонаправленную динамику фракций ПСА при развитии РПЖ — доля ПСАсв снижается, а доля [-2]проПСА в ПСАсв растет.

В многочисленных исследованиях показано, что ИЗП возрастает с распространенностью опухолевого процесса и его агрессивностью[20] [97-99]. В рутинной практике при дообследовании мужчин с уровнем ПСАобщ в диапазоне 4,0-10,0 нг/мл оценивают ИЗП и в качестве верхней границы нормы используют величину 25 отн. ед. Показано преимущество ИЗП в специфичности в сравнении с индексом ПСАсв/ПСАобщ, что позволяет избежать еще ~20% "необязательных" биопсий предстательной железы[10] [100-102].

3.4.2. Антиген рака простаты 3 (PCA3 — Prostate Cancer Antigen 3)

Дополнительным методом неинвазивной диагностики РПЖ является оценка в клеточном осадке мочи методом ПЦР уровня мРНК гена *PCA3*, ассоциированного с РПЖ [103]. Для увеличения количества клеток в осадке мочи это исследование рекомендовано проводить после ПРИ и массажа простаты. При подсчете PCA3 полученные данные нормируют на количество клеток и количество мРНК гена *KLK3* (калликреина 3), кодирующего ПСА. Тест рекомендуется проводить при уровне ПСАобщ в "серой зоне" (2,5-10,0 нг/мл) и в сложных случаях для дополнительной оценки риска РПЖ. При использовании порогового уровня PCA3, равного 20 отн. ед., тест также позволяет избежать ряда "необязательных" биопсий. Однако уровень доказательности этого положения низкий. Чаще этот тест рекомендуют проводить через 6 мес. после отрицательной биопсии (при ПСАобщ в "серой зоне") [102, 104, 105].

Описанные в подразделах 3.4.1 и 3.4.2 маркеры и индексы не входят в программы скрининга ни в одной из стран в силу нецелесообразности их оценки у всех обследованных, однако, с успехом используются при дообследовании группы риска РПЖ, выделенной в результате скрининга.

3.4.3. Панель калликреинов (4K–тест — test 4Kscore)

4K-тест учитывает уровни четырех калликреинов в сыворотке крови (ПСАобщ, ПСАсв, ПСА интактного и калликреин 2) в сочетании с данными возраста пациента и результатами ПРИ. Его проведение рекомендуется мужчинам с ПСАобщ в диапазоне 2,0 -10,0 нг/мл для дополнительной оценки вероятности РПЖ. Для расчета 4K-теста используется запатентованный авторами алгоритм [106, 107].

3.4.4. Молекулярно–генетические тесты

К настоящему времени разработан целый спектр молекулярно-генетических тестов, выявляющих гены и ассоциированные с ними РНК в сыворотке крови, моче, биоптатах ткани предстательной железы. Эти тесты направлены на выявление ранних РПЖ, а также на дифференциальную диагностику при трудных для интерпретации результатах определения ПСА-ассоциированных маркеров и/или отрицательных результатах биопсий. Проводится активное изучение этих тестов с целью выбора точек приложения с наилучшими диагностическими характеристиками и повышения уровня доказательности накопленных данных.

К таким маркерам и тестам относятся:

- Определение микроРНК [104, 105]: miRNA-143, miRNA-145 [108, 109], miRNA-21, miRNA-221, miRNA-37 [110]
- Тест MiPS (Michigan Prostate Score) [102, 104] включает выявление в моче химерного (гибридного) гена *TMPRSS2*:*ERG*, образовавшегося в ре-

[20] Пушкарь Д.Ю., Говоров А.В., Алексеев Б.Я., Евгина С.А., Ружанская А.В. и др. Клиническое использование Индекса Здоровья Простаты (PHI) при диагностике рака предстательной железы, Методические рекомендации. М. 2014.- 43 с.

зультате слияния двух генов (что часто встречается при РПЖ), в сочетании с оценкой PCA3 в моче и ПСАобщ в крови.

- Тест SelectMDx [102, 104] включает выявление в клеточном осадке мочи генов *HOXC6* (homeobox C6) и *DLX1* (distal-less homeobox 1) после ПРИ.
- Тест ExoDx Prostate (IntelliScore) представляет собой оценку профиля экзосомальных микро РНК в моче [102, 104]
- Тест ConfirmMDx [104, 105] оценивает в биоптатах ткани предстательной железы метилирование генов *GSTP1*, *RASSF1* и *APC*, ассоциированных с РПЖ.

Глава III. Организация скрининга рака предстательной железы в рамках диспансеризации определенных групп взрослого населения

Раздел 1. Нормативные акты и клинические рекомендации, регламентирующие организацию скрининга РПЖ в рамках ДОГВН

- Нормативно-правовые акты (в порядке иерархии):

— Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Статьи 12, 18, 46), закрепляющий приоритет профилактики и право граждан на прохождение медосмотров[1];

— Постановление Правительства РФ от 29.12.2025 № 2188 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов" (ежегодно обновляемое, устанавливающее предельные сроки ожидания диагностических исследований и консультаций специалистов)[3];

— Приказ Минздрава России от 27.04.2021 № 404н (в ред. от 19.07.2024) "Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения"[2];

— Приказ Минздрава России от 19.02.2021 № 116н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях"[21];

— Приказ Минздрава России от 12.11.2012 № 907н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "урология"[22];

— Клинические рекомендации:

✓ Клинические рекомендации "Рак предстательной железы"[10];

✓ Клинические рекомендации "Доброкачественная гиперплазия предстательной железы"[9].

Раздел 2. Программа скрининга РПЖ в рамках ДОГВН

Реализация скрининговых мероприятий в рамках ДОГВН является структурированным процессом, жестко регламентированным по срокам и методологии[2]. Основная задача — координация всех этапов оказания медицинской помощи: от скрининга до начала специализированного лечения.

Основные этапы программы скрининга РПЖ в рамках ДОГВН (Приложение 1)[2]:

- ***Привлечение целевой группы населения к прохождению скрининга РПЖ***

Для привлечения целевой группы населения к прохождению скрининга РПЖ проводится информирование граждан о необходимости прохождения ДОГВН. Информационная кампания осуществляется органами исполнительной власти в сфере здравоохранения, региональным центром общественного здоровья и медицинской профилактики, Территориальными фондами медицинского страхования, страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями, непосредственно реализующими мероприятия ДОГВН.

Несомненным преимуществом скрининга РПЖ в рамках ДОГВН является отсутствие необходимости получения дополнительных согласований, документов, направлений, поскольку алгоритм скрининга интегрирован в программу ДОГВН у соответствующей категории пациентов (мужчины в возрасте 45, 50, 55, 60, 64 лет)[2]. Важную роль в привлечении внимания к диспансеризации в целом и к важности прохождения онкологического скрининга в частности, играют региональные центры общественного здоровья и медицинской профилактики, информируя население через средства массовой информации (телевидение, интернет-ресурсы, радиоканалы), разрабатывая при взаимодействии с профильными главными внештатными специалистами макеты материалов для проведения информационно-коммуникационной кампании, а также проводя профилактические акции и дни здоровья.

- ***Анкетирование в рамках первого этапа ДОГВН***

Первым обязательным мероприятием для всех лиц, проходящих диспансеризацию, является анкетирование[2]. Заполнение анкеты может осуществляться как самостоятельно пациентом (очно, либо онлайн), так и с помощью медицинского работника (фельдшера, медицинской сестры). Анкетирование направлено на выявление факторов риска, либо клинических проявлений заболеваний, в том числе РПЖ. Так, при следующих результатах анкетирования:

[21] Приказ Минздрава России от 19.02.2021 № 116н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях".

[22] Приказ Минздрава России от 12.11.2012 № 907н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "урология".

doi: 10.15829/3034-4123-2026-153

✓ в анкете для лиц до 65 лет — ответ "да" на вопрос №5 с указанием на РПЖ у близких родственников

— проводится детализированный сбор анамнеза с выяснением дополнительных сведений для выявления пациентов группы высокого риска по РПЖ. Важное значение имеет наличие отягощенной наследственности. Наличие РПЖ у родственников первой линии (отец, брат) статистически значимо коррелирует с повышением относительного риска развития заболевания. Согласно актуальным клиническим рекомендациям[10] [1, 111]:

- наличие одного родственника 1-й степени родства увеличивает риск в 2,1-2,5 раза;
- при наличии двух и более родственников риск возрастает в 4,3-5,1 раза;
- риск достигает максимальных значений (увеличение в 7-9 раз), если диагноз у родственника был верифицирован в возрасте до 55 лет.

Важное уточнение: онкологический анамнез по женской линии не менее значим. Наличие у матери, бабушки или сестры рака молочной железы (особенно связанного с мутациями генов *BRCA1/2*) и/или рака яичников повышает риск развития РПЖ [1, 111, 112].

Повышенный риск РПЖ ассоциирован с герминальными мутациями в следующих генах: *BRCA2*, *HOXB13*, *CHEK2*, *BRCA1*, *ATM*, *MMR* гены (*MLH1*, *MSH2*, *MSH6*, *PMS2*) [1, 111, 112]. Мужчины с подтвержденными мутациями в указанных генах и пациенты с синдромом Линча относятся к группе высокого риска. Опухоли у таких пациентов часто развиваются в более молодом возрасте и отличаются высокой агрессивностью [1, 111, 112].

Небольшая субпопуляция всех мужчин с РПЖ, имеет истинный наследственный РПЖ, определяемый как ≥3 случая в одной семье, РПЖ в трех последовательных поколениях или ≥2 случая в одной семье, диагностированных в возрасте до 55 лет [1].

Примечание. *Настоящие методические рекомендации регулируют скрининг РПЖ в рамках ДОГВН в соответствии с Приказом № 404н. Мужчины из групп высокого онкологического риска, не достигшие возраста проведения скрининга РПЖ при ДОГВН (до 45 лет), а также лица, нуждающиеся в индивидуализированном наблюдении с иными параметрами периодичности и пороговыми значениями ПСА, могут быть включены в программу диспансерного наблюдения в соответствии с Приказом Минздрава России № 168н от 15.03.2022 "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми" на основании клинических показаний, установленных врачом-онкологом или врачом-урологом[2,23].*

У пациентов из группы высокого риска контроль ПСА должен проводиться ежегодно. При достижении возраста 45 лет пациенты высокого риска, также проходят этапы скрининга в рамках ДОГВН в регламентированные нормативными документами возрастные периоды, а необходимая для этой группы пациентов периодичность скрининга (ежегодно) обеспечивается направлением на исследование ПСА в рамках оказания ПМСП, в т.ч. в соответствии с Приказом Минздрава России № 168н[2,23].

- ***Первый этап диспансеризации: скрининг***

Первый этап ДОГВН включает активный скрининг на выявление РПЖ путем определения уровня ПСА в периферической крови[2].

Целевая группа и кратность: исследование проводится мужчинам в возрасте 45, 50, 55, 60 лет и в 64 года. Данный возрастной ценз определен на основе эпидемиологических данных о пиках заболеваемости.

Скрининговый тест: определение уровня ПСА в крови. ПСА является наиболее чувствительным опухолевым маркером, позволяющим заподозрить наличие РПЖ до появления клинической симптоматики.

Уровень ПСА обладает высокой лабильностью и может существенно искажаться под влиянием факторов экзогенного и эндогенного характера, включая механические раздражения, температурные колебания или фармакологическую терапию. Специалисты первичного звена должны информировать пациентов о правилах подготовки к исследованию ПСА. Игнорирование правил подготовки ведет к получению ложноположительных или ложноотрицательных результатов. Соблюдение регламента подготовки критически важно для минимизации риска диагностических ошибок и получения клинически достоверных данных (Приложение 2).

- ***Второй этап диспансеризации: уточняющая диагностика***

В соответствии с п. 18.3 Приказа Минздрава России от 27.04.2021 № 404н "Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения" (в ред. Приказа от 19.07.2024 № 378н), при уровне ПСА в крови >4,0 нг/мл пациент направляется на второй этап диспансеризации. Пациент проходит осмотр и консультацию врача-хирурга или врача-уролога[2].

Консультация врача-хирурга или врача-уролога включает сбор жалоб, анамнеза, физикальное обследование и обязательное ПРИ. Согласно Приказу Минздрава России от 12.11.2012 № 907н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "урология", уро-

[23] Приказ Минздрава России №168н от 15.03.2022 "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми".

лог оценивает состояние железы (наличие узлов, плотность, границы)[22].

Специфичность ПСА как онкомаркера ограничена его органоспецифичностью, но не онкоспецифичностью. Адекватность соблюдения правил подготовки к сдаче анализа крови на ПСА, наличие/отсутствие экзогенных, фармакологических воздействий, которые могут искажать результаты ПСА должны быть проанализированы в рамках консультации врачом-урологом или врачом-хирургом. Повышение ПСА при отсутствии рака обусловлено нарушением гистогематического барьера между простатическими ацинусами и кровеносным руслом. ПСА может повышаться при ДГПЖ, воспалительных заболеваниях ПЖ, при механической и ятрогенной травматизации ПЖ. Для повышения прогностической ценности скрининга необходимо строго соблюдать правила преаналитического этапа (Приложение 2).

Следует также собрать информацию о принимаемых пациентом препаратах, так если пациент принимает ингибиторы 5-альфаредуктазы (препараты на основе финастерида или дутастерида) более 6 мес., уровень ПСА в его крови будет занижен вдвое [113-115]. Для корректной оценки ПСА у пациентов, принимающих ингибиторы 5-альфаредуктазы более полугода, полученное лабораторное значение ПСА необходимо умножить на два, чтобы сопоставить его с референсными значениями и не пропустить развитие онкопатологии[9,10] [114, 115]. В медицинской карте рекомендуется фиксировать оба значения: измеренное и скорректированное (расчетное).

Повышение уровня ПСА >4,0 нг/мл является основанием для направления пациента к врачу-онкологу для проведения углубленной диагностики и верификации диагноза[2].

Поскольку значения ПСА 4,0-10,0 нг/мл в некоторых случаях могут быть отражением процессов, не связанных с малигнизацией, при выявлении отклонений ПСА в указанных рамках и клинически обоснованном подозрении на неонкологический характер повышения ПСА, при необходимости урологом или хирургом может быть назначено дополнительное лабораторное (определение ПСАсв и/или [-2]проПСА с расчетом индекса ПСАсв/ПСАобщ, ИЗП) и/или инструментальное обследование (трансректальное ультразвуковое исследование, МРТ) вне рамок диспансеризации для уточнения объема железы и наличия/отсутствия подозрительных участков. На основании анализа данных лабораторного, инструментального исследования, данных ПРИ, урологом или хирургом принимается решение о необходимости направления на консультацию к врачу-онкологу (таблица 1), данная информация указывается в заключении специалиста.

Верификация диагноза, необходимое дообследование, морфологическое подтверждение (биопсия) осуществляется врачом-онкологом[2].

- ***Маршрутизация при подозрении на ЗНО***

Маршрутизация выстроена на принципах вертикальной интеграции и соблюдения временных интервалов, закрепленных в нормативно-правовых актах (Приложение 1)[2,3,21,22,24].

Ступень 1: Скрининг и первичный отбор (ДОГВН). Осуществляется в рамках ПМСП. На I этапе диспансеризации проводится лабораторный онкоскрининг, включающий определение уровня ПСА) в крови. Согласно подпункту "д" пункта 17 Приказа Минздрава России № 404н, данный этап завершается приемом (осмотром) врачом-терапевтом, в задачи которого входит выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний. При обнаружении по результатам лабораторного скрининга уровня ПСА >4,0 нг/мл (маркер "иных локализаций"), врач-терапевт устанавливает медицинские показания и направляет пациента на II этап диспансеризации для проведения консультации врачом-хирургом или врачом-урологом с целью уточнения диагноза.

Ступень 2: Верификация диагноза. Осуществляется врачом-онкологом ЦАОП. Согласно Программе государственных гарантий, первичная консультация врача-онколога в случае подозрения на онкологическое заболевание должна быть фактически проведена в течение 3 рабочих дней с момента обращения или выдачи направления. В условиях ЦАОП организуется необходимое лабораторное и инструментальное дообследование, включая мультифокальную пункционную биопсию предстательной железы под ультразвуковым наведением. Согласно Правилам проведения патолого-анатомических исследований, утвержденным Приказом Минздрава России № 207н, гистологическое заключение должно быть готово не позднее 15 рабочих дней с момента поступления материала в лабораторию.

Ступень 3: Специализированное лечение. При подтверждении диагноза ЗНО информация о впервые выявленном случае в течение 3 рабочих дней направляется врачом-онкологом ЦАОП в региональный онкологический диспансер для постановки пациента на учет. Тактика специализированного лечения определяется онкологическим консилиумом в составе врачей-онкологов (по профилям хирургического и лекарственного лечения) и врача-радиотерапевта, с привлечением (при не-

[24] Приказ Минздрава России № 207н от 14.04.2025 "Об утверждении Правил проведения патолого-анатомических исследований и унифицированных форм медицинской документации, используемых при проведении прижизненных патолого-анатомических исследований".

doi: 10.15829/3034-4123-2026-153

обходимости) врача-уролога. В сложных клинических случаях, при атипичном течении заболевания или неэффективности проводимой терапии, на основании пункта 14 Приказа Минздрава России № 116н, организуется дистанционный консилиум врачей с применением телемедицинских технологий. Запрос направляется в профильные федеральные медицинские организации (НМИЦ) через защищенную систему телемедицинских консультаций Минздрава России. Согласно Программе государственных гарантий, срок начала оказания специализированной медицинской помощи составляет не более 7 рабочих дней с момента гистологической верификации опухоли или установления окончательного диагноза[3,21].

Раздел 3. Особенности интерпретации уровня ПСА при скрининге РПЖ в рамках диспансеризации

Исследования показали, что уровень ПСА, измеренный у молодых мужчин, может предсказывать риск развития РПЖ в более позднем возрасте, так первый результат в 45 лет может рассматриваться как базовый уровень ПСА для прогнозирования индивидуального риска развития рака в будущем и определения потребности в дополнительном мониторинге [116].

Уровень ПСА в диапазоне 2,5-10,0 нг/мл принято называть "серой зоной", в которой специфичность ПСА достаточно низкая, так как уровни ПСА в этом диапазоне характерны и для ДГПЖ и для простатита [46].

По данным исследования PLCO частота диагноза кзРПЖ среди участников в зависимости от исходного уровня ПСА составила: ≤0,49 нг/мл или менее, 0,4% (95% ДИ, 0-0,8%); 0,50-0,99 нг/мл, 1,5% (95% ДИ, 1,1-1,9%); 1,00-1,99 нг/мл, 5,4% (95% ДИ, 4,4-6,4%); 2,00-2,99 нг/мл, 10,6% (95% ДИ, 8,3-12,9%); 3,00-3,99 нг/мл, 15,3% (95% ДИ, 11,4-19,2%); и 4,00 нг/мл и выше, 29,5% (95% ДИ, 24,2-34,8 [117].

Анализ кривой ROC в нескольких независимых когортах показал, что значение 3,3-4,0 нг/мл математически соответствует точке, где суммарный выигрыш чувствительности и специфичности максимален: снижение до 3,3 нг/мл даёт минимальный прирост выявляемости значимого рака при заметном увеличении числа лишних биопсий. Аналогично, в исследовании PCPT (Thompson IM, et al., 2004, NEJM) у мужчин с ПСА ≤4,0 нг/мл рак всё же обнаруживался у 15,2%, но высокодифференцированный (Gleason ≥7) — лишь у 2,3% мужчин с ПСА <0,5 нг/мл и у 6,7% с ПСА 3,1-4,0 нг/мл, что подтверждает: именно граница ≥4 нг/мл маркирует клинически значимое повышение риска [118].

Пороговое значение ПСА 4,0 нг/мл, утвержденное Приказом Минздрава России № 404н (в ред. Приказа № 378н от 19.07.2024), является обязательным критерием скрининга РПЖ в рамках ДОГВН. При превышении этого уровня пациент направляется на II этап диспансеризации к врачу-хирургу или врачу-урологу. При подтверждении показаний врач-терапевт на основании пункта 15 Порядка № 404н инициирует дополнительное обследование, не входящее в объем диспансеризации: направляет на осмотр (консультацию) к врачу-онкологу и назначает лабораторно-инструментальные исследования согласно Приказу Минздрава № 116н[2,21]. Данный порог (4,0 нг/мл) оптимален для массового триажа в условиях российской системы здравоохранения по соотношению чувствительности, специфичности и ресурсной нагрузки. Более низкие значения (2,5-3,0 нг/мл), принятые в международных руководствах (EAU, NCCN 2024) для групп высокого риска, не являются обязательными для стандартного скрининга в рамках ДОГВН, однако могут учитываться врачом-специалистом при наличии дополнительных клинических показаний и в рамках иных организационных форм профилактической медицинской помощи, при наличии клиники.

Выявление ПСА в диапазоне 2,5-4,0 нг/мл, согласно действующим клиническим рекомендациям, рассматривается как предиктор наличия риска РПЖ у пациентов с отягощенным анамнезом или специфической симптоматикой[10]. В рамках стратегии снижения диагностических потерь, пациенты с уровнем ПСА 2,5-4,0 нг/мл подлежат направлению на консультацию к врачу-урологу вне ДОГВН, в рамках плановой специализированной ПМСП с целью дифференциальной диагностики между транзиторным характером изменений и повышением маркера, обусловленным ЗНО. Данный механизм позволяет реализовать индивидуальный алгоритм дообследования вне рамок регламента ДОГВН, обеспечивая баланс между целевым использованием ресурсов диспансеризации и максимально ранней верификацией патологических процессов.

Наблюдение за пациентами с уровнем ПСА 2,5-4,0 нг/мл осуществляется в рамках ПМСП. До назначения повторного исследования ПСА врач обязан получить информированное добровольное согласие пациента в соответствии со статьёй 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"[1]. Результаты ежегодного контроля ПСА вносятся в медицинскую документацию (форма 025/у). При нарастании уровня ПСА >4,0 нг/мл пациент направляется на обследование в рамках второго этапа диспансеризации согласно Приказу № 404н[2]. При сохранении уровня ПСА в диапазоне 2,5-4,0 нг/мл с нарастающей динамикой показателя, в том числе при скорости прироста, превы-

Таблица 1

Алгоритм принятия решений при скрининге РПЖ в рамках ДОГВН на основании уровня ПСА

Уровень ПСА (нг/мл) на I этапе ДОГВН	Интерпретация	Маршрутизация в рамках ДОГВН	Рекомендуемые действия врача
0-2,5	Норма	Маршрутизация на II этап ДОГВН не показана	Скрининг завершен. Повторное обследование в рамках ДОГВН через установленный интервал согласно возрасту[2,25]
>2,5 ≤4,0	Условная норма		Скрининг завершен. Рекомендовано направление на консультацию к врачу-урологу вне рамок ДОГВН. Повторное обследование в рамках ДОГВН через установленный интервал согласно возрасту[2,25], с учетом результатов дополнительных методов обследования.
>4,0 ≤10,0	Вероятность РПЖ	Обязательная маршрутизация на II этап ДОГВН	Консультация уролога/хирурга на II этапе ДОГВН с обязательным проведением ПРИ[2,25]. Необходимо направление к онкологу.
>10,0	Высокая вероятность РПЖ		Консультация уролога/хирурга на II этапе ДОГВН с обязательным проведением ПРИ[2,25]. Необходимо направление к онкологу. Высокий риск наличия РПЖ или выраженного воспаления.
>20,0	Очень высокая вероятность РПЖ		Консультация уролога/хирурга на II этапе ДОГВН с обязательным проведением ПРИ[2,25]. Необходимо направление к онкологу. Высокая вероятность экстракапсулярной экстензии опухоли и метастатического процесса.

Сокращения: ДОГВН — диспансеризация определенных групп взрослого населения, ПРИ — пальцевое ректальное исследование, ПСА — простатспецифический антиген, РПЖ — рак предстательной железы.

шающей 0,75 нг/мл/год, рекомендуется консультация врача-онколога или врача-уролога вне рамок ДОГВН. При морфологически верифицированной простатической интраэпителиальной неоплазии (код D29.1) пациент подлежит постановке на диспансерное наблюдение у врача-уролога в соответствии с п. 18 приложения № 3 к Приказу Минздрава России от 15.03.2022 № 168н; контроль уровня ПСА в рамках диспансерного наблюдения осуществляется не реже 1 раза в год пожизненно[23].

Алгоритм принятия решений при скрининге РПЖ в рамках ДОГВН на основании уровня ПСА представлен в таблице 1.

Раздел 4. Осмотр (консультация) врачом-хирургом или врачом-урологом в рамках второго этапа диспансеризации

Осмотр (консультация) врачом-хирургом или врачом-урологом проводится на втором этапе ДОГВН по направлению врача-терапевта на основании результатов первого этапа ДОГВН (повышение уровня ПСА в крови >4,0 нг/мл)[2,25].

Направление пациента на консультацию врача-уролога или врача-хирурга осуществляется в день выдачи результатов ПСА или в ближайший рабочий день. Срок ожидания плановой консультации не должен превышать 14 рабочих дней со дня обращения — в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 29.12.2025 № 2188 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов"[3]. Ответственность несёт руководитель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, направившей пациента.

Основной задачей данного этапа является соблюдение принципа, основанного на отказе от линейной модели "ПСА — биопсия" с внедрением многоступенчатого алгоритма триажа, для определения лиц, кому показана биопсия немедленно и тех, кому биопсию можно безопасно отложить или избежать вовсе[10] [1, 29, 111].

Врач-уролог или врач-хирург в рамках консультации должен оценить статус наследственности у каждого пациента, направленного на II этап ДОГВН. В рамках первого этапа ДОГВН осуществляется анкетирование. "Анкета для граждан в возрасте до 65 лет на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществе без назначения врача" заполняется каждым пациентом соответствующего возраста, проходящим диспансеризацию и содержит вопрос № 5: "Были ли у Ваших близких родственников в молодом или среднем возрасте ЗНО (легкого, желудка, кишечника, толстой или прямой кишки, предстательной железы, молочной железы, матки, опухоли других локализаций) или полипоз желудка, семейный аденоматоз/диффузный полипоз толстой кишки? (нужное подчеркнуть)[2,25]. Таким образом, при указании пациентом данных о наличии отягощенной наследственности по ЗНО

[25] Драпкина О. М., Дроздова Л. Ю., Иванова Е. С., Егоров В. А., Раковская Ю. С. Методические рекомендации по организации оптимальных схем маршрутизации пациентов с целью выявления онкологической патологии в условиях профилактического мед. осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения с учетом региональных особенностей. — 2023; https://prevmed.elpub.ru/publication/6927.

doi: 10.15829/3034-4123-2026-153

предстательной железы, молочной железы, яичников в совокупности с отклонением по ПСА (>4 нг/мл), данный факт расценивается как повышенный риск развития РПЖ [30, 32, 33, 119, 120].

Данной категории пациентов рекомендуется осуществлять контроль уровня ПСА ежегодно, что может быть реализовано в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи, вне ДОГВН [120].

Как было отмечено ранее, положительная прогностическая ценность ПРИ для выявления клинически значимого РПЖ были наилучшими при уровне ПСА <4,0 нг/мл, таким образом решение о проведении биопсии простаты должно приниматься также с учетом результатов ПРИ [121, 122].

Врач-уролог/врач-хирург в своем заключении формирует рекомендацию о необходимости консультации пациента с уровнем ПСА >4,0 нг/мл врачом-онкологом[2,25]. По результатам II этапа ДОГВН врач-терапевт оформляет направление к врачу-онкологу ЦАОП для выполнения дальнейшего обследования и верификации диагноза на основе современных подходов к стратификации риска и выбору диагностической тактики (триаж).

Раздел 5. Современные стратегии триажа в скрининге РПЖ

Современные стратегии триажа в скрининге РПЖ сформировались как прямой ответ на доказанные недостатки ранних программ — прежде всего на проблему гипердиагностики и чрезмерного числа систематических биопсий. Отказ от линейной схемы "ПСА → систематическая биопсия" в пользу многоступенчатых алгоритмов с обязательным промежуточным этапом мпМРТ стал ключевым достижением в области контроля качества скрининга. Это изменение позволяет перейти от исторической парадигмы "максимально широкого охвата" к парадигме "точного выявления кзРПЖ": при выявлении опухолей grade group ≥2 (клинически значимые формы) — и минимизации выявления grade group 1 (клинически незначимые формы, ассоциированные с гипердиагностикой). Настоящий раздел описывает инструменты, позволяющие реализовать данный подход в практике российских медицинских организаций.

Триаж при скрининге РПЖ представляет собой мультимодальный алгоритм селекции пациентов, направленный на оптимизацию диагностического поиска и выбор персонализированной тактики ведения. Центральная концепция современного триажа — переход к стратегии снижения гипердиагностики клинически незначимых форм РПЖ при одновременном повышении детекции клинически значимых новообразований. В РФ при скрининге РПЖ первая ступень триажа (первичная стратификация и биохимический скрининг) выполняется в медицинских организациях ПМСП в рамках ДОГВН[2,25], а последующие ступени выполняются по назначению врача-онколога ЦАОП вне рамок ДОГВН.

Современный триаж подразумевает ступенчатую модель [27]:

1. **Первичная стратификация и биохимический скрининг:** ПСА + оценка факторов риска (семейный анамнез, возраст);
2. **Применение уточняющих биомаркеров и калькуляторов риска:** определение PSAD и/или использование калькуляторов риска (например, ERSPC RC3/RC4);
3. **Визуализирующий триаж:** мпМРТ с последующей стратификацией по шкале PI-RADS;
4. **Прецизионная морфологическая верификация:** применение системной и/или таргетной биопсии для групп высокого риска в зависимости от клинической ситуации;
5. **Стратификация рисков и стадирование:** на основании патоморфологических характеристик опухоли определение прогностических рисков для пациента (согласно критериям NCCN или EAU);
6. **Детерминация терапевтической стратегии:** формирование персонализированного плана лечения.

Ступени триажа — это последовательная система "фильтров", где каждый последующий шаг повышает специфичность диагностики в отношении кзРПЖ.

1. Первичная стратификация и биохимический скрининг

На данном этапе происходит выделение группы риска на основании лабораторных показателей и анамнестических данных[10] [30, 33, 111, 120, 123].

Базовый маркер: определение уровня ПСАобщ. В современной практике в рамках скрининга РПЖ в РФ устанавливается фиксированное порогое значение (4,0 нг/мл)[2].

Клиническая оценка: ПРИ сохраняет статус обязательного компонента первой ступени триажа, так как позволяет заподозрить агрессивные формы рака даже при низких значениях ПСА[10] [121, 122].

Анамнез: оценка наследственной отягощенности, наличия мутаций *BRCA1/2*, HOXB13 и др.) для формирования группы высокого риска [33, 35, 36, 38, 119, 123, 124].

2. Применение уточняющих биомаркеров и калькуляторов риска

При получении пограничных значений ПСА (в рамках ДОГВН — 4-10 нг/мл) проводится триаж второго уровня для исключения ложноположительных результатов, обусловленных ДГПЖ или простатитом. В контексте современной урологической парадигмы следует отметить, что наряду с классическим интервалом 4,0-10,0 нг/мл, в актуальных клинических рекомендациях (в частности,

EAU и NCCN) все чаще используется расширенный диапазон 2,5-10,0 нг/мл для инициации триажа второго уровня [1, 111, 125].

Для дифференциальной диагностики и минимизации количества необоснованных инвазивных вмешательств (негативных биопсий) применяются специфические биомаркеры и номограммы.

Расчет ПСА-D: критически важный параметр. Значение >0,15 нг/мл/см^3 служит независимым предиктором кзРПЖ и является показанием для перехода к визуализации [94, 95].

Сывороточные и молекулярные индексы: использование валидированных тестов, таких как ИЗП или 4К-тест. Высокие значения данных индексов позволяют обосновать необходимость МРТ-исследования[20] [101, 102, 107-110].

Номограммы риска: интеграция данных в мультифакторные модели (например, калькуляторы ERSPC или PCPT) для расчета индивидуальной вероятности обнаружения опухоли [22, 24, 120].

3. Визуализирующий триаж

МпМРТ является "золотым стандартом" современного триажа перед принятием решения о биопсии [126-128]:

PI-RADS 1-2: при низком риске по калькуляторам и PSAD <0,10-0,15 биопсия может быть безопасно отложена.

PI-RADS 3: "серая зона" визуализации, требующая обязательного учета дополнительных маркеров (PHI, PSAD):

— PI-RADS 3 + PSAD ≥0,15 нг/мл/мл — обязательная биопсия;

— PI-RADS 3 + PSAD <0,15 нг/мл/мл — наблюдение.

PI-RADS 4-5 — абсолютное показание к биопсии.

4. Прецизионная морфологическая верификация

Ступень триажа, когда онкологом определяется методика забора материала для морфологической верификации заболевания в зависимости от конкретной клинической ситуации: таргетная биопсия, систематическая биопсия или сочетание указанных методик.

Таргетная биопсия (фьюжен-биопсия): приоритетный метод при наличии подозрительных очагов по данным мпМРТ, позволяет значительно повысить выявляемость кзРПЖ по сравнению с когнитивным контролем.

Сочетанный протокол: в современной медицине использование сочетанного протокола (комбинации таргетной и систематической биопсии) является клиническим стандартом. Такой подход позволяет минимизировать риск пропуска мультифокальных очагов и обеспечить наиболее точную диагностику.

Согласно современным данным доказательной медицины и актуальным клиническим рекомендациям международных медицинских сообществ, сочетанная биопсия (таргетная + систематическая) признана наиболее надежным и предпочтительным подходом для первичной диагностики РПЖ.

Хотя таргетная биопсия (фьюжен-биопсия) превосходно выявляет кзРПЖ, она имеет ограничения, которые компенсируются систематическим забором тканей. В обновленных рекомендациях EAU 2024 указано: для пациентов с подозрением на РПЖ и очагами PI-RADS на мпМРТ рекомендуется выполнение комбинированной биопсии (таргетной и систематической). Использование только таргетной биопсии приводит к пропуску примерно 10-15% клинически значимых опухолей, которые располагаются вне видимых на МРТ зон[26].

Крупные исследования подтвердили, что комбинация методов повышает общую выявляемость кзРПЖ на 10% по сравнению с только таргетной и на 20-25% по сравнению с только систематической [129, 130].

Национальная комплексная онкологическая сеть США (NCCN) также подчеркивает, что для пациентов, ранее не проходивших биопсию, оптимальной стратегией является сочетание 12-точечной систематической биопсии с таргетным забором из подозрительных участков [111, 125].

В профессиональном сообществе ведется дискуссия о возможности отказа от систематической биопсии в специфических случаях. Например, при повторной биопсии: если ранее систематическая биопсия была отрицательной, а на МРТ появился четкий очаг (PI-RADS 4-5), можно ограничиться только таргетным забором [21, 36]. Также проведение только таргетной биопсии возможно у пожилых/коморбидных пациентов, когда важно сократить время процедуры и риск осложнений, сосредоточившись только на самом опасном очаге [1, 26].

Тактика морфологической верификации и выбор метода получения биоматериала определяются врачом-онкологом в индивидуальном порядке. Принятие решения базируется на интегральной оценке клинической картины, анатомо-функциональных особенностей опухолевого очага и соматического статуса пациента с учетом коморбидного профиля.

5. Стратификация рисков прогрессирования и стадирование

На основании полученного гистологического заключения осуществляется стратификация пациента в соответствующую прогностическую группу (согласно критериям NCCN или EAU), оценка гистологической агрессивности (степень дифференцировки опухоли по шкале Gleason, присвоение прогностической категории ISUP), инструментальное

[26] EAU–EANM–ESTRO–ESUR–ISUP–SIOG Guidelines on Prostate Cancer 2026, https://uroweb.org/guidelines/prostate-cancer/chapter/copyright-and-terms-of-use.

doi: 10.15829/3034-4123-2026-153

исключение/выявление метастазирования [111, 125]. Данный этап является определяющим для выбора дальнейшей терапевтической тактики.

Объем уточняющей диагностики строго детерминирован принадлежностью к прогностической группе [111, 125]:

— при низком риске прогрессирования, согласно актуальным клиническим рекомендациям, проведение дополнительной визуализации (сцинтиграфии, компьютерная томография, позитронно-эмиссионная томография/компьютерная томография) не показано ввиду крайне низкой вероятности системного прогрессирования;

— при промежуточном риске прогрессирования решение о дополнительной визуализации принимается индивидуально. Часто используются номограммы (например, Брианти), чтобы оценить вероятность поражения лимфоузлов. Если вероятность поражения лимфоузлов >5-7%, может быть назначена расширенная визуализация.

— при высоком риске прогрессирования показано выполнение расширенного протокола визуализации для исключения регионарного и отдаленного метастазирования. позитронно-эмиссионная томография/компьютерная томография с ПСА рассматривается как наиболее специфичный и чувствительный метод первичного стадирования. При отсутствии доступа к гибридным технологиям выполняется стандартный протокол: остеосцинтиграфия в сочетании с мультиспиральной компьютерной томографии трех зон (грудная клетка, брюшная полость, малый таз) с контрастным усилением или МРТ всего тела (Whole-Body Magnetic Resonance Imaging, WB-MRI).

6. Детерминация терапевтической стратегии

На заключительном этапе осуществляется формирование персонализированного плана лечения. Выбор клинического вектора (активное наблюдение, хирургическое лечение, радиотерапевтическое лечение, системная противоопухолевая терапия) базируется на интегральной оценке ожидаемой продолжительности жизни пациента, его коморбидного статуса и патоморфологического профиля опухолевого процесса[10] [1, 111, 125].

Ключевым инструментом принятия решения на всех этапах диагностического и терапевтического поиска является мультидисциплинарная команда (уролог, онколог, рентгенолог, патоморфолог, радиотерапевт). Интеграция мультидисциплинарного консилиума в каждый функциональный уровень триажа позволяет верифицировать наиболее адекватную стратегию, соответствующую критериям доказательной медицины, действующим клиническим рекомендациям и нормативно-правовым актам[10].

Заключение

Повышение эффективности скрининга РПЖ в рамках диспансеризации является приоритетной задачей первичного звена здравоохранения. Достижение целевых показателей по снижению смертности от новообразований и увеличению доли заболеваний, выявленных на ранних стадиях, невозможно без строгого соблюдения медицинским персоналом установленных алгоритмов обследования и маршрутизации.

Врач-терапевт выступает ключевым звеном в реализации первого этапа диспансеризации. Профессиональные компетенции терапевта обеспечивают целостность и точность реализации всех этапов скрининга РПЖ. Системный подход к интерпретации данных позволяет минимизировать риски гипердиагностики, сохраняя высокую онкологическую настороженность.

Критически важным аспектом является создание условий для оптимального взаимодействия между терапевтами, урологами, хирургами и онкологами. Эффективность скрининга напрямую зависит от качества проводимого обследования, преемственности в работе первичного звена здравоохранения и профильных онкологических учреждений. Междисциплинарное взаимодействие врачей различных специальностей очень важно для построения эффективной системы скрининга. Интеграция усилий врачей терапевтов, хирургов, урологов, онкологов, организаторов здравоохранения, среднего медицинского персонала должна обеспечивать:

— оперативное консультирование пациентов с повышенным уровнем ПСА профильными специалистами (урологами/хирургами);

— своевременное проведение уточняющих диагностических манипуляций (МРТ, биопсия);

— четкую обратную связь между онкологическим учреждением и первичным звеном здравоохранения для контроля результатов лечения и дальнейшего наблюдения.

Деятельность администрации медицинских организаций должна быть направлена на автоматизацию процессов учета обследованных лиц, контроль полноты охвата целевых возрастных групп и мониторинг сроков ожидания специализированной помощи.

Реализация настоящих методических рекомендаций в практике медицинских организаций, участвующих в проведении ДОГВН, позволит обеспечить единый подход к организации скрининга РПЖ, повысить качество выявления заболевания на локализованных стадиях и оптимизировать маршрутизацию пациентов в соответствии с современными клиническими стандартами.

Литература/References

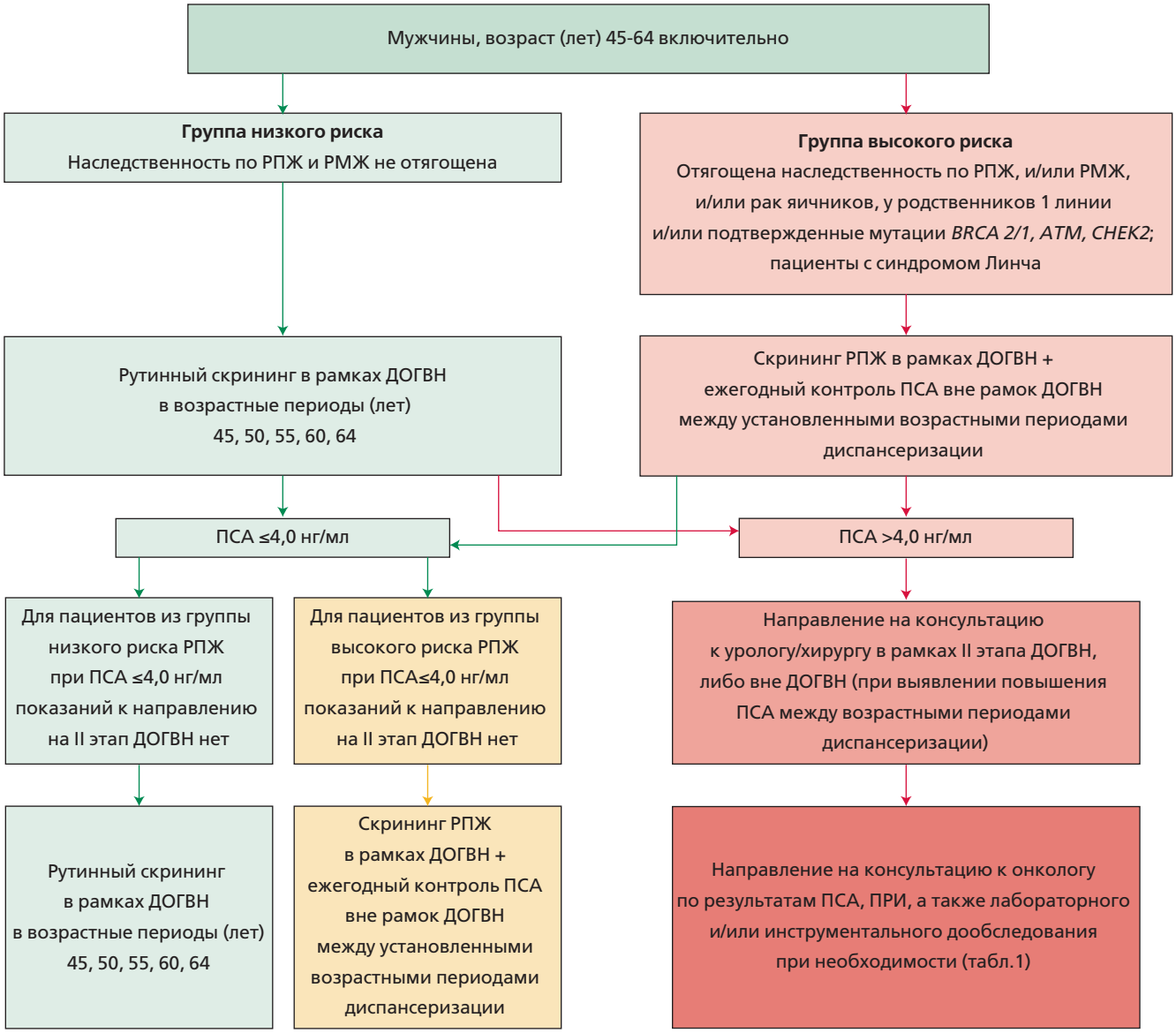
1. Cornford P, van den Bergh RCN, Briers E, et al.. EAU-EANM-ESTRO-ESUR-ISUP-SIOG Guidelines on Prostate Cancer-2024 Update. Part I: Screening, Diagnosis, and Local Treatment with Curative Intent. Eur Urol. 2024;86(2):148-63. doi:10.1016/j.eururo.2024.03.027.
2. Culp MB, Soerjomataram I, Efstathiou JA, et al. Recent Global Patterns in Prostate Cancer Incidence and Mortality Rates. Eur Urol. 2020;77(1):38-52. doi:10.1016/j.eururo.2019.08.005.
3. Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2024;74(3):229-63. doi:10.3322/caac.21834.
4. Haas GP, Delongchamps N, Brawley OW, et al. The worldwide epidemiology of prostate cancer: perspectives from autopsy studies. Can J Urol. 2008;15(1):3866-71.
5. Bell KJ, Del Mar C, Wright G, et al. Prevalence of incidental prostate cancer: A systematic review of autopsy studies. Int J Cancer. 2015;137(7):1749-57. doi:10.1002/ijc.29538.
6. Fleshner K, Carlsson SV, Roobol MJ. The effect of the USPSTF PSA screening recommendation on prostate cancer incidence patterns in the USA. Nat Rev Urol. 2017;14(1):26-37. doi:10.1038/nrurol.2016.251.
7. Kimura T, Sato S, Takahashi H, Egawa S. Global Trends of Latent Prostate Cancer in Autopsy Studies. Cancers (Basel). 2021;13(2):359. doi:10.3390/cancers13020359.
8. James ND, Tannock I, N'Dow J, et al. The Lancet Commission on prostate cancer: planning for the surge in cases. Lancet. 2024;403(10437):1683-722. doi:10.1016/S0140-6736(24)00651-2. Erratum in: Lancet. 2024;403(10437):1634. doi:10.1016/S0140-6736(24)00748-7.
9. Malignant neoplasms in Russia in 2023 (morbidity and mortality). Edited by A. D. Kaprin, et al. Moscow: P. A. Herzen Moscow State Medical Research Institute — branch of the Federal State Budgetary Institution "NMITS of Radiology" of the Ministry of Health of the Russian Federation, 2024. 276 p. (In Russ.) Злокачественные новообразования в России в 2023 году (заболеваемость и смертность). Под ред. А.Д. Каприна и др. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена — филиал ФГБУ "НМИЦ радиологии" Минздрава России, 2024. илл. 276 с.; ISBN: 978-5-85502-298-8.
10. The state of oncological care for the Russian population in 2024. Edited by A. D. Kaprin et al. Moscow: P. A. Herzen Moscow Institute of Medical Sciences — branch of the Federal State Budgetary Institution "NMITS of Radiology" of the Ministry of Health of the Russian Federation, 2025. 275 p. (In Russ.) Состояние онкологической помощи населению России в 2024 году. Под ред. А.Д. Каприна и др. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена — филиал ФГБУ "НМИЦ радиологии" Минздрава России, 2025. илл. 275 с.; ISBN: 978-5-85502-309-1.
11. Wilson JM, Jungner YG. Principios y metodos del examen colectivo para identificar enfermedades [Principles and practice of mass screening for disease]. Bol Oficina Sanit Panam. 1968;65(4):281-393. Spanish.
12. Drapkina O.M., Samorodskaya I.V. Screening: terminology, principles and international experience. Preventive medicine. 2019;22(1):90-7. (In Russ.) Драпкина О.М., Самородская И.В. Скрининг: терминология, принципы и международный опыт. Профилактическая медицина. 2019;22(1):90-7. doi:10.17116/profmed20192201190.
13. Martin RM, Turner EL, Young GJ, et al.; CAP Trial Group. Prostate-Specific Antigen Screening and 15-Year Prostate Cancer Mortality: A Secondary Analysis of the CAP Randomized Clinical Trial. JAMA. 2024;331(17):1460-70. doi:10.1001/jama.2024.4011.
14. De Vrieze M, Hübner A, Al-Monajjed R, et al. Das Prostatakarzinom-Screening — aktueller Überblick [Prostate cancer screening-current overview]. Radiologie (Heidelb). 2024;64(6):479-87. German. doi:10.1007/s00117-024-01312-1. Erratum in: Radiologie (Heidelb). 2024;64(7):545. doi:10.1007/s00117-024-01329-6.
15. Hugosson J, Roobol MJ, Månsson M, et al.; ERSPC investigators. A 16-yr Follow-up of the European Randomized study of Screening for Prostate Cancer. Eur Urol. 2019;76(1):43-51. doi:10.1016/j.eururo.2019.02.009.
16. Loeb S, Gonzalez CM, Roehl KA, et al.. Pathological characteristics of prostate cancer detected through prostate specific antigen based screening. J Urol. 2006;175(3 Pt 1):902-6. doi:10.1016/S0022-5347(05)00327-7.
17. Heijnsdijk EA, Wever EM, Auvinen A, et al. Quality-of-life effects of prostate-specific antigen screening. N Engl J Med. 2012;367(7):595-605. doi:10.1056/NEJMoa1201637.
18. Ilic D, Djulbegovic M, Jung JH, et al. Prostate cancer screening with prostate-specific antigen (PSA) test: a systematic review and meta-analysis. BMJ. 2018;362:k3519. doi:10.1136/bmj.k3519.
19. Schröder FH, Roobol MJ. ERSPC and PLCO prostate cancer screening studies: what are the differences? Eur Urol. 2010;58(1):46-52. doi:10.1016/j.eururo.2010.03.033.
20. Hugosson J, Godtman RA, Carlsson SV, et al. Eighteen-year follow-up of the Göteborg Randomized Population-based Prostate Cancer Screening Trial: effect of sociodemographic variables on participation, prostate cancer incidence and mortality. Scand J Urol. 2018;52(1):27-37. doi:10.1080/21681805.2017.1411392.
21. Frånlund M, Månsson M, Godtman RA, et al. Results from 22 years of Followup in the Göteborg Randomized Population-Based Prostate Cancer Screening Trial. J Urol. 2022;208(2):292-300. doi:10.1097/JU.0000000000002696.
22. Ankerst DP, Hoefler J, Bock S, et al. Prostate Cancer Prevention Trial risk calculator 2.0 for the prediction of low- vs high-grade prostate cancer. Urology. 2014;83(6):1362-7. doi:10.1016/j.urology.2014.02.035.
23. Sergeeva NS, Skachkova TE, Marshutina NV, et al. The clinical significance of PSA-associated tests in the diagnosis and staging of prostate cancer. Oncology. P.A. Herzen Journal. 2018;(1):55-63. (In Russ.) Сергеева Н.С., Скачкова Т.Е., Маршутина Н.В. и др. Клиническая значимость ПСА-ассоциированных тестов в диагностике и стадировании рака предстательной железы. Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. 2018;(1):55-63. doi:10.17116/onkolog20187155-67.
24. Bandala-Jacques A, Castellanos Esquivel KD, et al. Prostate Cancer Risk Calculators for Healthy Populations: Systematic Review. JMIR Cancer. 2021;7(3):e30430. doi:10.2196/30430.
25. Fazekas T, Shim SR, Basile G, Baboudjian M, et al. Magnetic Resonance Imaging in Prostate Cancer Screening: A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA Oncol. 2024;10(6):745-54. doi:10.1001/jamaoncol.2024.0734.
26. Kasivisvanathan V, Rannikko AS, Borghi M, et al.; PRECISION Study Group Collaborators. MRI-Targeted or Standard Biopsy for Prostate-Cancer Diagnosis. N Engl J Med. 2018;378(19):1767-77. doi:10.1056/NEJMoa1801993.
27. Nordström T, Discacciati A, Bergman M, et al.; STHLM3 study group. Prostate cancer screening using a combination of risk-prediction, MRI, and targeted prostate biopsies (STHLM3-MRI): a prospective, population-based, randomised, open-label, non-inferiority trial. Lancet Oncol. 2021;22(9):1240-9. doi:10.1016/S1470-2045(21)00348-X.
28. Ahn H, Park MY, Shin JI, et al. Fast Biparametric Versus Multiparametric Magnetic Resonance Imaging for Triage of Men with Elevated Prostate-specific Antigen: The PRO-TRIAGE Prospective Comparative Trial. Eur Urol Oncol. 2026;9(2):320-7. doi:10.1016/j.euo.2025.07.001.
29. US Preventive Services Task Force; Grossman DC, Curry SJ, Owens DK, et al. Screening for Prostate Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 2018;319(18):1901-13. doi:10.1001/jama.2018.3710. Erratum in: JAMA. 2018;319(23):2443. doi:10.1001/jama.2018.7453.
30. Steinberg G.D., Carter B.S., Beaty T.H. et al. Family history and the risk of prostate cancer. Prostate 1990;17:337-437.
31. Stewart RW, Lizama S, Peairs K, et al. Screening for prostate cancer. Semin Oncol. 2017;44(1):47-56. doi:10.1053/j.seminoncol.2017.02.001.
32. Hemminki K. Familial risk and familial survival in prostate cancer. World J Urol. 2012;30(2):143-8. doi:10.1007/s00345-011-0801-1.
33. Randazzo M, Müller A, Carlsson S, et al. A positive family history as a risk factor for prostate cancer in a population-based study with organised prostate-specific antigen screening: results of the Swiss European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC, Aarau). BJU Int. 2016;117(4):576-83. doi:10.1111/bju.13310.
34. Kensler KH, Johnson R, Morley F, et al. Prostate cancer screening in African American men: a review of the evidence. J Natl Cancer Inst. 2024;116(1):34-52. doi:10.1093/jnci/djad193.
35. Page EC, Bancroft EK, Brook MN, et al. Interim Results from the IMPACT Study: Evidence for Prostate-specific Antigen Screening in BRCA2 Mutation Carriers. Eur Urol. 2019;76(6):831-42. doi:10.1016/j.eururo.2019.08.019.
36. Bancroft EK, Page EC, Castro E, et al.; IMPACT Collaborators. Targeted prostate cancer screening in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers: results from the initial screening round of the IMPACT study. Eur Urol. 2014;66(3):489-99. doi:10.1016/j.eururo.2014.01.003. Erratum in: Eur Urol. 2015;67(6):e126. doi:10.1016/j.eururo.2014.12.001.
37. Pritchard CC, Mateo J, Walsh MF, et al. Inherited DNA-Repair Gene Mutations in Men with Metastatic Prostate Cancer. N Engl J Med. 2016;375(5):443-53. doi:10.1056/NEJMoa1603144.
38. Nicolosi P, Ledet E, Yang S, et al. Prevalence of Germline Variants in Prostate Cancer and Implications for Current Genetic Testing Guidelines. JAMA Oncol. 2019;5(4):523-8.
39. Lowenstein LM, et al. Active surveillance for prostate and thyroid cancers: evolution in clinical paradigms and lessons learned. Nat Rev Clin Oncol. 2019 Mar;16(3):168-84. doi:10.1038/s41571-018-0116-x.
40. Wang MC, Valenzuela LA, Murphy GP, Chu TM. Purification of a human prostate specific antigen. Invest Urol. 1979;17(2):159-63.
41. Hara M, Koyanagi Y, Inoue T, Fukuyama T. [Some physico-chemical characteristics of " -seminoprotein", an antigenic component specific for human seminal plasma. Forensic immunological study of body fluids and secretion. VII]. Nihon Hoigaku Zasshi. 1971 25(4):322-4. Japanese.
42. Hara M, Inoue T, Koyanagi Y, Gotoh J, Yamazaki H, Fukuyama T. Preparation and immunoelectrophoretic assessment of antisera to human seminal plasma. Nippon Hoigaku Zasshi. 1966;20:356. (Abstract in Japanese);

43. Ablin RJ, Bronson P, Soanes WA, Witebsky E. Tissue- and species-specific antigens of normal human prostatic tissue. J Immunol. 1970;104(6):1329-39.
44. Li TS, Beling CG. Isolation and characterization of two specific antigens of human seminal plasma. Fertil Steril. 1973;24(2):134-44. doi:10.1016/s0015-0282(16)39496-1.
45. Catalona WJ. History of the discovery and clinical translation of prostate-specific antigen. Asian J Urol. 2014;1(1):12-4. doi:10.1016/j.ajur.2014.09.008.
46. Catalona WJ, Smith DS, Ratliff TL, et al. Measurement of prostate-specific antigen in serum as a screening test for prostate cancer. N Engl J Med. 1991;324(17):1156-116;
47. Kouriefs C, Sahoyl M, Grange P, Muir G. Prostate specific antigen through the years. Arch Ital Urol Androl. 2009;81(4):195-8.
48. Stephan C, Rittenhouse H, Hu X, Cammann H, Jung K. Prostate-Specific Antigen (PSA) Screening and New Biomarkers for Prostate Cancer (PCa). EJIFCC. 2014; 25(1):55-78.
49. Diamandis EP, Yu H. Nonprostatic sources of prostate-specific antigen. Urol Clin North Am. 1997;24(2):275-82.
50. Stamey TA, Yang N, Hay AR, et al. Prostate-specific antigen as a serum marker for adenocarcinoma of the prostate. N Engl J Med. 1987;317(15):909-16. doi:10.1056/NEJM198710083171501.
51. Nosov A.K. Early detection of prostate cancer. Practical oncology. 2010;11(2):74-80. (In Russ.) Носов А.К. Раннее выявление рака предстательной железы. Практическая онкология. 2010;11(2):74-80.
52. Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL, et al. PLCO Project Team. Mortality results from a randomized prostate-cancer screening trial. N Engl J Med. 2009; 360(13):1310-9. doi:10.1056/NEJMoa0810696.
53. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, et al. Screening and prostate cancer mortality: results of the European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) at 13 years of follow-up. Lancet. 2014;384(9959):2027-35. doi:10.1016/S0140-6736(14)60525-0.
54. Pinsky PF, Miller E, Prorok P, et al. Extended follow-up for prostate cancer incidence and mortality among participants in the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian randomized cancer screening trial. BJU Int. 2019;123(5):854-60. doi:10.1111/bju.14580.
55. Catalona WJ. Prostate Cancer Screening. Med Clin North Am. 2018;102(2):199-214. doi:10.1016/j.mcna.2017.11.001.
56. Martin RM, Donovan JL, Turner EL, et al. Effect of a Low-Intensity PSA-Based Screening Intervention on Prostate Cancer Mortality: The CAP Randomized Clinical Trial. JAMA. 2018;319(9):883-95. doi:10.1001/jama.2018.0154.
57. Babaian RJ, Johnston DA, Naccarato W, et al. The incidence of prostate cancer in a screening population with a serum prostate specific antigen between 2.5 and 4.0 ng./ml.: relation to biopsy strategy. J Urol. 2001;165(3):757-60.
58. Meeks JJ, Loeb S, Helfand BT, et al. Characteristics of prostate cancers detected at prostate specific antigen levels less than 2.5 ng/ml. J Urol. 2009;181(6):2515-8; discussion 2518-9. doi:10.1016/j.juro.2009.01.102.
59. Ilic D, Neuberger MM, Djulbegovic M, Dahm P. Screening for prostate cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2013;2013(1):CD004720. doi:10.1002/14651858.CD004720.pub3.
60. Thompson IM, Pauler DK, Goodman PJ, et al. Prevalence of prostate cancer among men with a prostate-specific antigen level < or =4.0 ng per milliliter. N Engl J Med. 2004;350(22):2239-46.
61. Vietri MT, D'Elia G, Caliendo G, et al. Hereditary Prostate Cancer: Genes Related, Target Therapy and Prevention. Int J Mol Sci. 2021;22(7):3753. doi:10.3390/ijms22073753.
62. Khatami F, Afsari R, Khajavi A, Aghamir SMK. Age limit for familial prostate cancer screening. Caspian J Intern Med. 2024;16(1):187-91. doi:10.22088/cjim.16.1.187.
63. Richie JP, Catalona WJ, Ahmann FR, et al. Effect of patient age on early detection of prostate cancer with serum prostate-specific antigen and digital rectal examination. Urology. 1993;42(4):365-74. doi:10.1016/0090-4295(93)90359-i.
64. Carvalhal GF, Smith DS, Mager DE, et al. Digital rectal examination for detecting prostate cancer at prostate specific antigen levels of 4 ng./ml. or less. J Urol. 1999;161(3):835-9.
65. Gosselaar C, Roobol MJ, Roemeling S, Schröder FH. The role of the digital rectal examination in subsequent screening visits in the European randomized study of screening for prostate cancer (ERSPC), Rotterdam. Eur Urol. 2008;54(3):581-8. doi:10.1016/j.eururo.2008.03.104.
66. Herrera-Caceres JO, Wettstein MS, Goldberg H, et al. Utility of digital rectal examination in a population with prostate cancer treated with active surveillance. Can Urol Assoc J. 2020;14(9):E453-E457. doi:10.5489/cuaj.6341.
67. Okotie OT, Roehl KA, Han M, et al. Characteristics of prostate cancer detected by digital rectal examination only. Urology. 2007;70(6):1117-20. doi:10.1016/j.urology.2007.07.019.
68. Bratan F, Niaf E, Melodelima C, et al. Influence of imaging and histological factors on prostate cancer detection and localisation on multiparametric MRI: a prospective study. Eur Radiol. 2013;23(7):2019-29. doi:10.1007/s00330-013-2795-0.
69. Barentsz JO, Richenberg J, Clements R, et al.; European Society of Urogenital Radiology. ESUR prostate MR guidelines 2012. Eur Radiol. 2012;22(4):746-57. doi:10.1007/s00330-011-2377-y.
70. Magnetta MJ, Casalino D, Heller MT. Imaging assessment of local recurrence of prostate cancer after radical prostatectomy. Abdom Radiol (New York). 2020;45(12):4073-83. doi:10.1007/s00261-020-02505-7.
71. Panebianco V, Villeirs G, Weinreb JC, et al. Prostate Magnetic Resonance Imaging for Local Recurrence Reporting (PI-RR): International Consensus -based Guidelines on Multiparametric Magnetic Resonance Imaging for Prostate Cancer Recurrence after Radiation Therapy and Radical Prostatectomy. Eur Urol Oncol. 2021;4(6):868-76. doi:10.1186/s13014-016-0671-1.
72. Allen SD, Thompson A, Sohaib SA. The normal post-surgical anatomy of the male pelvis following radical prostatectomy as assessed by magnetic resonance imaging. Eur Radiol. 2008;18(6):1281-91. doi:10.1007/s00330-008-0867-3.
73. Mertan FV, Greer MD, Borofsky S, et al. Multiparametric Magnetic Resonance Imaging of Recurrent Prostate Cancer. Top Magn Reson Imaging. 2016;25(3):139-47. doi:10.1097/RMR.0000000000000088.
74. Mishchenko AV, Rubtsova NA, Alekseev BYa, et al. A system of a unified approach to interpreting prostate magnetic resonance imaging according to the PI-RADSv2 guideline. Oncourology. 2016;12(1):81-9. (In Russ.) Мищенко А.В., Рубцова Н.А., Алексеев Б.Я. и др. Система унифицированного подхода к интерпретации магнитно-резонансной томографии предстательной железы согласно руководству PI-RADSv2. Онкоурология. 2016;12(1):81-9. doi:10.17650/1726-9776-2016-12-1-81-89.
75. Patel P, Mathew MS, Trilisky I, Oto A. Multiparametric MR Imaging of the Prostate after Treatment of Prostate Cancer. Radiographics. 2018;38(2):437-49. doi:10.1148/rg.2018170147.
76. Kowa JY, Soneji N, Sohaib SA, et al. Detection and staging of radio-recurrent prostate cancer using multiparametric MRI. Br J Radiol. 2021;94(1120):20201423. doi:10.1259/bjr.20201423.
77. Rubtsova NA, Mishchenko AV, Danilov VV, et al. PI-RADS v2.1: movement towards clarity (comments to the updated version). Oncourology. 2020;16(2):15-28. (In Russ.) Рубцова Н.А., Мищенко А.В., Данилов В.В. и др. PI-RADS v2.1: движение на пути к ясности (комментарии к обновленной версии). Онкоурология. 2020;16(2):15-28. doi:10.17650/1726-9776-2020-16-2-15-28.
78. Eklund M, Jäderling F, Discacciati Aet al.; STHLM3 consortium. MRI-Targeted or Standard Biopsy in Prostate Cancer Screening. N Engl J Med. 2021;385(10):908-20. doi:10.1056/NEJMoa2100852.
79. Eldred-Evans D, Ahmed HU. Population-Based Prostate Cancer Screening With Magnetic Resonance Imaging or Ultrasonography-The IP1-PROSTAGRAM Study-Reply. JAMA Oncol. 2021;7(10):1575-6. doi:10.1001/jamaoncol.2021.2967.
80. Turkbey B, Rosenkrantz AB, Haider MA, et al. Prostate Imaging Reporting and Data System Version 2.1: 2019 Update of Prostate Imaging Reporting and Data System Version 2. Eur Urol. 2019;76(3):340-51. doi:10.1016/j.eururo.2019.02.033.
81. Correas JM, Halpern EJ, Barr RG, et al. Advanced ultrasound in the diagnosis of prostate cancer. World J Urol. 2021;39(3):661-76. doi:10.1007/s00345-020-03193-0.
82. Haider M, Leow JJ, Nordström T, et al. Emerging tools for the early detection of prostate cancer. BJUI Compass. 2025;6(9):e70081. doi:10.1002/bco2.70081.
83. Grey ADR, Scott R, Shah B, et al. Multiparametric ultrasound versus multiparametric MRI to diagnose prostate cancer (CADMUS): a prospective, multicentre, paired-cohort, confirmatory study. Lancet Oncol. 2022;23(3):428-38. doi:10.1016/S1470-2045(22)00016-X.
84. Alghamdi D, Kernohan N, Li C, Nabi G. Comparative Assessment of Different Ultrasound Technologies in the Detection of Prostate Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. Cancers (Basel). 2023;15(16):4105. doi:10.3390/cancers15164105.
85. Liu D, Lin W, Wei C, et al. Exploring the potential clinical value of shear wave elastography in prostate cancer: a meta-analysis. BMC Cancer. 2025;25(1):1032. doi:10.1186/s12885-025-14414-3.
86. Kinnaird A, Luger F, Cash H, et al.; OPTIMUM Investigators. Microultrasonography-Guided vs MRI-Guided Biopsy for Prostate Cancer Diagnosis: The OPTIMUM Randomized Clinical Trial. JAMA. 2025;333(19):1679-87. doi:10.1001/jama.2025.3579.
87. Kadrev A.V., Mitkova M.D., Amosov A.V., Bulanov M.N., Vetsheva N.N., Gromov A.I., Ignashin N.S., Krupinov G.E., Mitina L.A., Sorokin N.I., Strokova L.A., Khitrova A.N., Shvyrev S.L., Mitkov V.V. Recommendations for prostate ultrasound in adults. Part II. Transrectal prostate ultrasound. An expert consensus statement from the Russian Association of Specialists in Ultrasound Diagnostics in Medicine (RASUDM). Ultrasound & Functional Diagnostics. 2023;(3):9-23. (In Russ.) Кадрев А.В., Митькова М.Д., Амосов А.В. и др. Стандартизация протокола ультразвукового исследования предстательной железы у взрослых. Часть 2. Трансректальное ультразвуковое исследование предстательной железы. Консенсус экспертов Российской ассоциации специалистов ультразвуковой диагностики в медицине (РАСУДМ). Ультразвуковая и функциональная диагностика. 2023;(3):9-23. doi:10.24835/1607-0771-2023-3-9-23.
88. Rifkin MD, Dahnert W, Kurtz AB. State of the art: endorectal sonography of the prostate gland. AJR Am.J. Roentgenol. 1990;154(4):691-700. doi:10.2214/ajr.154.4.1690499.
89. Barr RG, Cosgrove D, Brock M, et al. WFUMB Guidelines and Recommendations on the Clinical Use of Ultrasound Elastography: Part 5. Prostate. Ultrasound Med Biol. 2017;43(1):27-48. doi:10.1016/j.ultrasmedbio.2016.06.020.

90. Săftoiu A, Gilja OH, Sidhu PS, et al. The EFSUMB Guidelines and Recommendations for the Clinical Practice of Elastography in Non-Hepatic Applications: Update 2018. Ultraschall Med. 2019;40(4):425-53. English. doi:10.1055/a-0838-9937.
91. Kadrev A.V., Mitkova M.D., Kamalov A.A., Mitkov V.V. Multiparametric ultrasound in prostate cancer diagnosis. Ultrasound & Functional Diagnostics. 2021;(3):37-70. (In Russ.) Кадрев А.В., Митькова М.Д., Камалов А.А., Митьков В.В. Мультипараметрическая ультразвуковая диагностика рака предстательной железы. Ультразвуковая и функциональная диагностика. 2021;(3):37-70. doi:10.24835/1607-0771-2021-3-37-70.
92. Catalona WJ, Partin AW, Slawin KM, et al. Use of the Percentage of Free Prostate-Specific Antigen to Enhance Differentiation of Prostate Cancer From Benign Prostatic DiseaseUse of the percentage of free prostate-specific antigen to enhance differentiation of prostate cancer from benign prostatic disease: a prospective multicenter clinical trial. JAMA. 1998;279(19):1542-7.
93. Partin AW, Brawer MK, Subong EN, et al. Prospective evaluation of percent free-PSA and complexed-PSA for early detection of prostate cancer. Prostate Cancer Prostatic Dis. 1998;1(4):197-203. doi:10.1038/sj.pcan.4500232.
94. Benson MC, Whang IS, Pantuck A, et al. WH. Prostate specific antigen density: a means of distinguishing benign prostatic hypertrophy and prostate cancer. J Urol. 1992;147(3 Pt 2):815-6.
95. Pushkar DYu, Govorov AV, Sidorenkov AV, et al. Early diagnosis of prostate cancer. Methodological recommendations No. 19. Moscow: ABC-Press Publishing House, 2015. 52 p. (In Russ.) Пушкарь Д.Ю., Говоров А.В., Сидоренков А.В. и др. Ранняя диагностика рака предстательной железы. Методические рекомендации № 19. М.: ООО Издательский дом "АБВ-пресс", 2015. 52 с. EDN: KMFWSZ.
96. Mikolajczyk SD, Grauer LS, Millar LS, et al. A precursor form of PSA (pPSA) is a component of the free PSA in prostate cancer serum. Urology. 1997;50(5):710-4. doi:10.1016/S0090-4295(97)00449-4.
97. Catalona WJ, Bartsch G, Rittenhouse HG, et al. Serum pro-prostate specific antigen preferentially detects aggressive prostate cancers in men with 2 to 4 ng/ml prostate specific antigen. J Urol. 2004;171(6 Pt 1):2239-44.
98. Catalona WJ, Partin AW, Sanda MG, et al. A multicenter study of [-2]pro-prostate specific antigen combined with prostate specific antigen and free prostate specific antigen for prostate cancer detection in the 2.0 to 10.0 ng/ml prostate specific antigen range. J Urol. 2011;185(5):1650-5. doi:10.1016/j.juro.2010.12.032.
99. Guazzoni G, Lazzeri M, Nava L, et al. Preoperative prostate-specific antigen isoform p2PSA and its derivatives, %p2PSA and prostate health index, predict pathologic outcomes in patients undergoing radical prostatectomy for prostate cancer Eur Urol. 2012;61(3):455-66. doi:10.1016/j.eururo.2011.10.038.
100. Stephan C, Vincendeau S, Houlgatte A, et al. Multicenter evaluation of [-2] proprostate-specific antigen and the prostate health index for detecting prostate cancer. Clin Chem. 2013;59(1):306-14. doi:10.1373/clinchem.2012.195784.
101. Ruzhanskaya AV, Evgenina SA, Skibo II. Practical use of marker -2props and prostate health index phi in the diagnosis of prostate cancer Clinical laboratory diagnostics. 2014;(1):4-8. (In Russ.) Ружанская А.В., Евгина С.А., Скибо И.И. Практическое использование маркера -2пропса и индекса здоровья простаты phi в диагностике рака предстательной железы Клиническая лабораторная диагностика. 2014;(1):4-8.
102. Rapoport LM, Bezrukov EA, Sukhanov RB, et al. Biomarkers for diagnosing of prostate cancer: the present and the future. Andrology and Genital Surgery. 2018;19(1):68-76. (In Russ.) Рапопорт Л.М., Безруков Е.А., Суханов Р.Б. и др. Биомаркеры рака предстательной железы: настоящее и будущее. Андрология и генитальная хирургия 2018;19(1):66-74. doi:10.17650/2070-9781-2018-19-1-68-76.
103. Fradet Y, Saad F, Aprikian A, et al. uPM3, a new molecular urine test for the detection of prostate cancer. Urology. 2004;64(2):311-5. doi:10.1016/j.urology.2004.03.052.
104. Aboian IA, Fedotova EN, Shevchenko AN, et al. Current biomarkers of prostate cancer. Research and Practical Medicine Journal. 2021;8(4):96-108. (In Russ.) Абоян И.А., Федотова Е.Н., Шевченко А.Н. и др. Современные биомаркеры рака предстательной железы. Исследования и практика в медицине. 2021;8(4): 96-108. doi:10.17709/2410-1893-2021-8-4-10.
105. Popov SV, Guseynov RG, Vasin AV, et al. Current understanding of prostate cancer biomarkers. Cancer Urology. 2023;19(4):148-57. (In Russ.) Попов С.В., Гусейнов Р.Г., Васин А.В. и др. Современное представление о биомаркерах рака предстательной железы. Онкоурология 2023;19(4):148-57. doi:10.17650/1726-9776-2023-19-4-148-157.
106. Vickers AJ, Cronin AM, Aus G, et al. A panel of kallikrein markers can reduce unnecessary biopsy for prostate cancer: data from the European Randomized Study of Prostate Cancer Screening in Göteborg, Sweden. BMC Med. 2008;6:19. doi: 10.1186/1741-7015-6-19.
107. Parekh DJ, Punnen S, Sjoberg DD, et al. A multi-institutional prospective trial in the USA confirms that the 4Kscore accurately identifies men with high-grade prostate cancer. Eur Urol 2015;68(3):464-70. doi:10.1016/j.eururo.2014.10.021.
108. Kanwal R, Plaga AR, Liu X, et al. MicroRNAs in prostate cancer: Functional role as biomarkers. Cancer Lett. 2017;407:9–20. doi:10.1016/j.canlet.2017.08.011.
109. Sharma N, Baruah MM. The microRNA signatures: aberrantly expressed miRNAs in prostate cancer. Clin Transl Oncol. 2019;21(2):126-44. doi:10.1007/s12094-018-1910-8.
110. Bautista-Sánchez D., Arriaga-Canon C., Pedroza-Torres A. et al. The promising role of miR-21 as a cancer biomarker and its importance in RNA-based therapeutics. Mol Ther Nucleic Acids. 2020;20:409-20. doi:10.1016/j.omtn.2020.03.003.
111. Spratt DE, Srinivas S, Adra N, et al. Prostate Cancer, Version 3.2026, NCCN Clinical Practice Guidelines In Oncology. J Natl Compr Canc Netw. 2025;23(11):469-93. doi:10.6004/jnccn.2025.0052.
112. Jain MA, Leslie SW, Sapra A. Prostate Cancer Screening. [Updated 2023 Oct 26]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 Jan-. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556081.
113. Sarkar RR, Parsons JK, Bryant AK, et al. Association of Treatment With 5-Reductase Inhibitors With Time to Diagnosis and Mortality in Prostate Cancer. JAMA Intern Med. 2019;179(6):812-9. doi:10.1001/jamainternmed.2019.0280.
114. Andriole GL, Guess HA, Epstein JI, et al. Treatment with finasteride reserves usefulness of prostate-specific antigen in the detection of prostate cancer: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial. PLESS Study Group. Proscar Long-term Efficacy and Safety Study. Urology. 1998;52(2):195-201. doi:10.1016/S0090-4295(98)00184-8.
115. Andriole GL, Bostwick DG, Brawley OW, et al.; REDUCE Study Group. Effect of dutasteride on the risk of prostate cancer. N Engl J Med. 2010;362(13):1192-202. doi:10.1056/NEJMoa0908127.
116. Lilja H, Cronin A.M, Dahlin A, et al. Prediction of significant prostate cancer diagnosed 20 to 30 years later with a single measure of prostate-specific antigen at or before age 50. Cancer. 2011;117(6):1210-9. doi:10.1002/cncr.25568.
117. Kovac E, Carlsson SV, Lilja H, et al. Association of Baseline Prostate-Specific Antigen Level With Long-term Diagnosis of Clinically Significant Prostate Cancer Among Patients Aged 55 to 60 Years. JAMA Netw Open. 2020;3(1):e1919284. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.19284.
118. Carter HB. Prostate cancers in men with low PSA levels — must we find them? N Engl J Med. 2004;350(22):2292-4. doi:10.1056/NEJMe048003.
119. Albright F, Stephenson RA, Agarwal N, et al. Prostate cancer risk prediction based on complete prostate cancer family history. Prostate. 2015;75(4):390-8. doi:10.1002/pros.22925.
120. Grill S, Fallah M, Leach RJ, et al. Incorporation of detailed family history from the Swedish Family Cancer Database into the PCPT risk calculator. J Urol. 2015;193:460-5. doi:10.1016/j.juro.2014.09.018.
121. Franz T, Stolzenburg JU. Clinical Relevance of Digital Rectal Examination in Men With Low and Very Low Prostate-Specific Antigen (PSA): Reassessing Its Diagnostic Value in the MRI Era and in Light of Modern Guidelines. Cureus. 2025;17(12):e99145. doi:10.7759/cureus.99145.
122. Thompson IM, Ankerst DP, Chi C, et al. Operating characteristics of prostate-specific antigen in men with an initial PSA level of 3.0 ng/ml or lower. JAMA. 2005;294(1):66-70. doi:10.1001/jama.294.1.66.
123. Leitzmann MF, Rohrmann S. Risk factors for the onset of prostatic cancer: age, location, and behavioral correlates. Clin Epidemiol. 2012;4:1-11. doi:10.2147/CLEP.S16747.
124. Mano R, Tamir S, Kedar I, et al. Malignant Abnormalities in Male BRCA Mutation Carriers: Results From a Prospectively Screened Cohort. JAMA Oncol. 2018;4(6):872-4. doi:10.1001/jamaoncol.2018.0271.
125. Carroll PR, Parsons JK, Andriole GL, et al. NCCN Guidelines Insights: Prostate Cancer Early Detection, Version 2.2016. J Natl Compr Canc Netw. 2016;14(5):509-19. doi:10.6004/jnccn.2016.0060.
126. Wen J, Liu W, Shen X, Hu W. PI-RADS v2.1 and PSAD for the prediction of clinically significant prostate cancer among patients with PSA levels of 4-10 ng/ml. Sci Rep. 2024;14(1):6570. doi:10.1038/s41598-024-57337-y.
127. Li Y, Wang S, Wang J, et al. PI-RADSv2.1 combined with PSA density for optimizing prostate biopsy decisions: a retrospective analysis. Front Oncol. 2025;15:1602412. doi:10.3389/fonc.2025.1602412.
128. Ahmed HU, El-Shater Bosaily A, Brown LC, et al. Diagnostic accuracy of multi-parametric MRI and TRUS biopsy in prostate cancer (PROMIS): a paired validating confirmatory study. Lancet. 2017;389:815-22. doi:10.1016/S0140-6736(16)32401-1.
129. Elkhoury FF, Felker ER, Kwan L, et al. Comparison of Targeted vs Systematic Prostate Biopsy in Men Who Are Biopsy Naive: The Prospective Assessment of Image Registration in the Diagnosis of Prostate Cancer (PAIREDCAP) Study. JAMA Surg. 2019;154(9):811-8. doi:10.1001/jamasurg.2019.1734.
130. Ahdoot M, Wilbur AR, Reese SE, et al. MRI-Targeted, Systematic, and Combined Biopsy for Prostate Cancer Diagnosis. N Engl J Med. 2020;382(10):917-28. doi:10.1056/NEJMoa1910038.
131. Adhyam M, Gupta AK. A Review on the Clinical Utility of PSA in Cancer Prostate. Indian J Surg Oncol. 2012;3(2):120-9. doi:10.1007/s13193-012-0142-6.
132. Herschman JD, Smith DS, Catalona WJ. Effect of ejaculation on serum total and free prostate-specific antigen concentrations. Urology. 1997;50(2):239-43. doi:10.1016/S0090-4295(97)00209-4.

133. Mejak SL, Bayliss J, Hanks SD. Long distance bicycle riding causes prostate-specific antigen to increase in men aged 50 years and over. PLoS One. 2013;8(2):e56030. doi:10.1371/journal.pone.0056030.
134. Oremek GM, Seiffert UB. Physical activity releases prostate-specific antigen (PSA) from the prostate gland into blood and increases serum PSA concentrations. Clin Chem. 1996;42(5):691-5.
135. Stimac G, Spajic B, Reljic A, et al. Effect of histological inflammation on total and free serum prostate-specific antigen values in patients without clinically detectable prostate cancer. Korean J Urol. 2014;55(8):527-32. doi:10.4111/kju.2014.55.8.527.
136. Kawakami J, Siemens DR, Nickel JC. Prostatitis and prostate cancer: implications for prostate cancer screening. Urology. 2004;64:1075. doi:10.1016/j.urology.2004.07.017.
137. Effect of digital rectal examination on serum prostate-specific antigen in a primary care setting. The Internal Medicine Clinic Research Consortium. Arch Intern Med. 1995;155(4):389-92.
138. Yuan JJ, Coplen DE, Petros JA, et al. Effects of rectal examination, prostatic massage, ultrasonography and needle biopsy on serum prostate specific antigen levels. J Urol. 1992;147(3 Pt 2):810-4. doi:10.1016/s0022-5347(17)37392-5.
139. Chybowski FM, Bergstralh EJ, Oesterling JE. The effect of digital rectal examination on the serum prostate specific antigen concentration: results of a randomized study. J Urol. 1992;148(1):83-6. doi:10.1016/s0022-5347(17)36517-5.
140. Bossens MM, Van Straalen JP, De Reijke TM, et al. Kinetics of prostate-specific antigen after manipulation of the prostate. Eur J Cancer. 1995;31A(5):682-5. doi:10.1016/0959-8049(95)00016-c.
141. Lechevallier E, Eghazarian C, Ortega JC, et al. Effect of digital rectal examination on serum complexed and free prostate-specific antigen and percentage of free prostate-specific antigen. Urology. 1999;54(5):857-61. doi:10.1016/s0090-4295(99)00239-3.
142. Maccini MA, Westfall NJ, Van Bokhoven A, et al. The effect of digital rectal exam on the 4Kscore for aggressive prostate cancer. Prostate. 2018;78(7):506-11. doi:10.1002/pros.23495.
143. Klomp ML, Hendrikx AJ, Keyzer JJ. The effect of transrectal ultrasonography (TRUS) including digital rectal examination (DRE) of the prostate on the level of prostate specific antigen (PSA). Br J Urol. 1994;73(1):71-4. doi:10.1111/j.1464-410x.1994.tb07459.x.
144. Serel TA, Cetin M, Delibaş N, et al. Effect of transrectal ultrasonography of the prostate on serum prostate-specific antigen levels and free/total prostate-specific antigen ratio. Urol Int. 2000;64(1):24-6. doi:10.1159/000030477.
145. Park SC, Shin YS, Zhang LT, et al. Prospective investigation of change in the prostate-specific antigens after various urologic procedures. Clin Interv Aging. 2015;10:1213-8. doi:10.2147/CIA.S84570.
146. Klein LT, Lowe FC. The effects of prostatic manipulation on prostate-specific antigen levels. Urol Clin North Am. 1997;24(2):293-7. doi:10.1016/s0094-0143(05)70375-x.
147. Oesterling JE, Rice DC, Glenski WJ, Bergstralh EJ. Effect of cystoscopy, prostate biopsy, and transurethral resection of prostate on serum prostate-specific antigen concentration. Urology. 1993;42(3):276-82. doi:10.1016/0090-4295(93)90616-i.
148. Cetinkaya ZA, Sezikli M, G zelbulut F, et al. Serum levels of prostate specific antigen are elevated after colonoscopy. Tohoku J Exp Med. 2010;222(3):183-6. doi:10.1620/tjem.222.183.

Приложение 1
Алгоритм скрининга РПЖ в рамках ДОГВН[2]



Сокращения: ДОГВН — диспансеризация определенных групп взрослого населения, ПРИ — пальцевое ректальное исследование, ПСА — простатспецифический антиген, РМЖ — рак молочной железы, РПЖ — рак предстательной железы.

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-153

Приложение 2
Правила подготовки к сдаче крови на ПСА

Фактор воздействия	Рекомендуемый период воздержания до сдачи крови	Почему это важно?
Сексуальная активность	**2–3 сут.**	Эякуляция вызывает физиологический выброс ПСА в кровь [131, 132].
Физические нагрузки — тренировки, связанные с напряжением мышц брюшного пресса и тазовой области (велосипед, конный спорт)	**3 сут.**	Сдавление промежности и микротравматизация предстательной железы искажают результат — могут вызывать транзиторное увеличение концентрации ПСА [133, 134].
Воспаление (простатит)	**6–8 нед.** после завершения лечения	Воспалительные процессы в предстательной железе вызывают неспецифический рост ПСА, не связанный с онкопатологией [1, 131, 135, 136].
Пальцевое ректальное исследование	**2–3 сут.**	***Золотым стандартом считается забор крови на ПСА до проведения любых ректальных манипуляций.*** Согласно актуальным клиническим рекомендациям EAU и данным клинических исследований, проведение ПРИ оказывает минимальное воздействие на сывороточную концентрацию ПСА (приводя к временному повышению на 0,2-0,4 нг/мл) [1, 131, 137-139]. В большинстве случаев индуцированная манипуляцией девиация уровня маркера не имеет клинического значения и не приводит к ложной стратификации рисков [139]. Однако, при пограничных значениях ПСА даже минимальный скачок может перевести его в "серую зону". Поэтому при первичной диагностике и мониторинге в группах высокого риска предпочтительным является забор крови до проведения ПРИ, либо через 48-72 ч после манипуляции [112, 140]. Следует учитывать, что более выраженное влияние ПРИ оказывает на фракцию свободного ПСА, что может привести к ложному повышению соотношения свободного и общего ПСА, а также неверному расчету ИЗП, 4kscore [141, 142].
Трансректальное ультразвуковое исследование	**1–2 сут.**	***Золотым стандартом считается забор крови на ПСА до проведения любых ректальных манипуляций.*** Изолированное ТРУЗИ без биопсии вызывает статистически фиксируемое, но клинически незначимое изменение общего ПСА, которое нивелируется через 24-48 ч [143-146].
Инвазивные манипуляции (цистоскопия, катетер, колоноскопия)	**3 нед.**	***Золотым стандартом считается забор крови на ПСА до проведения любых ректальных манипуляций и инструментальных трансуретральных вмешательств.*** Травматизация слизистой уретры и шейки мочевого пузыря может вызывать транзиторное увеличение концентрации ПСА [131, 147, 148].
Биопсия предстательной железы	**6 нед.**	***Золотым стандартом считается забор крови на ПСА до проведения любых манипуляций с предстательной железой.*** Самое значительное и длительное повышение ПСА из-за повреждения тканей [1, 131, 147].

Сокращения: ИЗП — индекс здоровья простаты, ПРИ — пальцевое ректальное исследование, ПСА — простатспецифический антиген, РПЖ — рак предстательной железы, ТРУЗИ — трансректальное ультразвуковое исследование, EAU — European Association of Urology (Европейская ассоциация урологов).

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Драпкина Оксана Михайловна (Oksana M. Drapkina) — д.м.н., профессор, академик РАН, директор; главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава России; зав. кафедрой терапии и профилактической медицины, ORCID: 0000-0002-4453-8430;

Каприн Андрей Дмитриевич (Andrey D. Kaprin) — д.м.н., профессор, академик РАН, генеральный директор, главный внештатный специалист-онколог (Центрального, Приволжского, Северо-Кавказского федерального округа, Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики) Минздрава России, президент Ассоциации онкологов России, вице-президент РОПНИЗ по направлению "Онкопрофилактика", ORCID: 0000-0001-8784-8415;

Иванов Сергей Анатольевич (Sergey A. Ivanov) — д.м.н., профессор, чл.-корр. РАН, директор МРНЦ им. А. Ф. Цыба — филиала, главный внештатный специалист-онколог Минздрава России по ЦФО, ORCID: 0000-0001-7689-6032;

Дроздова Любовь Юрьевна (Liubov Yu. Drozdova) — к.м.н., руководитель отдела стратегического планирования и внедрения профилактических технологий, главный внештатный специалист по медицинской профилактике Минздрава России, ORCID: 0000-0002-4529-3308;

Алексеев Борис Яковлевич (Boris Ya. Alekseev) — д.м.н., профессор, зам. генерального директора, ORCID: 0000-0002-3398-4128;

Шепель Руслан Николаевич (Ruslan N. Shepel) — к.м.н., зам. директора по перспективному развитию медицинской деятельности, руководитель отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, в.н.с. отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи; доцент кафедры терапии и профилактической медицины ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России; доцент кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения, ORCID: 0000-0002-8984-9056;

Хайлова Жанна Владимировна (Zhanna V. Khailova) — к.м.н., зам. директора по организационно-методической работе МРНЦ им. А. Ф. Цыба — филиала, доцент кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья с курсом оценки технологий здравоохранения, президент Ассоциации онкологов и онкологических учреждений Центрального федерального округа, ORCID: 0000-0003-3258-0954;

Воробьев Николай Владимирович (Nikolay V. Vorobiev) — к.м.н., зам. директора по хирургии Московского научно-исследовательского онкологического института им. П. А. Герцена — филиала; уролог, доцент кафедры онкологии, ORCID: 0000-0001-5597-9533;

Алмазова Ильда Исмаиловна (Ilda I. Almazova) — к.м.н., доцент, доцент кафедры терапии, общей врачебной практики с курсом гастроэнтерологии, ORCID: 0000-0001-6330-5264;

Рубцова Наталья Алефтиновна (Natalia A. Rubtsova) — д.м.н., зав. отделом лучевой диагностики Московского научно-исследовательского онкологического института им. П. А. Герцена — филиала, ORCID: 0000-0001-8378-4338;

Сергеева Наталья Сергеевна (Natalia S. Sergeeva) — д.б.н., профессор, руководитель отделения "Прогноза эффективности консервативного лечения" МНИОИ им. П. А. Герцена — филиала, Заслуженный деятель науки Российской Федерации, ORCID: 0000-0001-7406-9973;

Маршутина Нина Викторовна (Nina V. Marshutina) — к.б.н., н.с. отделения "Прогноза эффективности консервативного лечения" МНИОИ им. П. А. Герцена — филиала, ORCID: 0000-0003-2997-4936;

Митькова Мина Даутовна (Mina D. Mitkova) — к.м.н., доцент, доцент кафедры ультразвуковой диагностики, ORCID: 0000-0002-3870-6522;

Крашенинников Алексей Артурович (Alexey A. Krasheninnikov) — к.м.н., врач-онколог, зав. урологическим отделением с химиотерапией Московского научно-исследовательского онкологического института им. П. А. Герцена — филиал, ORCID: 0000-0002-9854-7375;

Абдрахманов Рустем Рамильевич (Rustem R. Abdrakhmanov) — руководитель Центра организации программ скрининга онкологических заболеваний, ORCID: 0000-0003-1826-1332;

Щекин Владимир Иванович (Vladimir I. Shchekin) — к.м.н., врач-ординатор урологического отделения с химиотерапией Московского научно-исследовательского онкологического института им. П. А. Герцена — филиал, ORCID: 0000-0003-3763-7454;

Созыкин Михаил Алексеевич (Michail A. Sozykin) — врач-онколог урологического отделения с химиотерапией Московского научно-исследовательского онкологического института им. П. А. Герцена — филиал, ORCID: 0009-0005-0366-5555;

Долгачёва Дарья Вячеславовна (Darya V. Dolgacheva) — к.м.н., врач отделения ультразвуковой диагностики и интервенционных технологий МНИОИ им. П. А. Герцена — филиала, ORCID: 0000-0002-7108-522X;

Иванова Екатерина Сергеевна (Ekaterina S. Ivanova) — к.м.н., руководитель отдела координации профилактики и укрепления общественного здоровья в регионах, руководитель Федерального Центра здоровья, главный специалист по медицинской профилактике Минздрава России по ЦФО, ORCID: 0000-0001-5379-7170;

Егоров Вадим Анатольевич (Vadim A. Egorov) — к.м.н., в.н.с. отдела стратегического планирования и внедрения профилактических технологий, ORCID: 0000-0001-8627-6160;

Бернс Светлана Александровна (Svetlana A. Berns) — д.м.н., профессор, заведующая кафедрой терапии, общей врачебной практики с курсом гастроэнтерологии, руководитель отдела изучения патогенетических аспектов старения, ORCID: 0000-0003-1002-1895;

Степанов Станислав Олегович (Stanislav O. Stepanov) — д.м.н., руководитель отделения ультразвуковой диагностики и интервенционных технологий МНИОИ им. П. А. Герцена — филиала, ORCID: 0000-001-8804-2237.

Адреса организаций авторов: ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Петроверигский пер., 10, стр. 3, Москва, 101990, Россия; ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр радиологии" Минздрава России, 2-й Боткинский проезд, д. 3, Москва /ул. Королева, д. 4, Обнинск, 249031, Россия; ФГБОУ ДПО "Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования" Минздрава России, Баррикадная ул., д. 2/1 стр. 1, Москва, 125993, Россия.

Addresses of the authors' institutions: National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine of the Ministry of Health of the Russian Federation, Petroverigsky Lane, 10, bld. 3, Moscow, 101990, Russia; National Medical Research Radiological Centre, 2nd Botkinsky proezd, 3, Moscow/ Koroleva str., 4, Obninsk, 249031, Russia; Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Barrikadnaya str., 2/1, Building 1, Moscow, 125993, Russia.

Первичная медико-санитарная помощь. 2026;3(2S):330-361.
doi: 10.15829/3034-4123-2026-157
ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

Первичная медико-санитарная помощь
Primary Health Care (Russian Federation)

Оказание медицинской помощи различным группам населения *Редакционная статья*

Реализация программы "Региональная модель организации первичной медико-санитарной помощи пациентам с предиабетом". Методические рекомендации

Драпкина О. М.[1],
Сон И. М.[1],
Меньшикова Л. И.[1],
Медведева О. В.[1],
Суслин С. А.[1,2],
Шепель Р. Н.[1],
Дроздова Л. Ю.[1],
Свищева А. А.[1*]

[1]ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Москва, Российская Федерация
[2]ФГБОУ ВО "Самарский государственный медицинский университет" Минздрава России, Самара, Российская Федерация

*Corresponding author
(Автор, ответственный за переписку):
a.a.svischeva@ropniz.ru

Поступила: 23.06.2026
Принята: 26.06.2026

CC BY 4.0

Методические рекомендации разработаны в целях организационно-методического сопровождения реализации программы "Региональная модель организации первичной медико-санитарной помощи пациентам с предиабетом" в субъектах Российской Федерации. Документ направлен на формирование единого подхода к раннему выявлению предиабета, маршрутизации пациентов, организации диспансерного наблюдения, профилактического консультирования, обучению медицинских работников и оценке эффективности проводимых мероприятий на региональном уровне и уровне медицинских организаций. В рекомендациях представлены нормативные, организационные, медицинские, социальные и образовательные компоненты программы, а также предложена структура паспорта региональной программы, дорожная карта ее реализации, алгоритмы административно-управленческих решений и подходы к учету пациентов с предиабетом. Особое внимание уделено системе критериев и показателей эффективности, включая выявляемость предиабета при профилактических мероприятиях, охват диспансерным наблюдением и профилактическим консультированием, долю обученных медицинских работников и динамику случаев сахарного диабета 2 типа среди пациентов, состоящих под наблюдением по поводу предиабета. Предложенные методики расчета показателей позволяют стандартизировать мониторинг реализации программы, проводить сравнительную оценку медицинских организаций и использовать полученные данные для управленческого принятия решений. Методические рекомендации предназначены для специалистов органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, территориальных фондов обязательного медицинского страхования, страховых медицинских организаций, руководителей медицинских организаций и специалистов, участвующих в оказании первичной медико-санитарной помощи пациентам с предиабетом.

Ключевые слова: предиабет, первичная медико-санитарная помощь, диспансерное наблюдение, сахарный диабет 2 типа, профилактическое консультирование, региональная программа, маршрутизация пациентов, показатели эффективности.

Отношения и деятельность: нет.

Рецензенты:
Ливзан М. А. — д.м.н., профессор, чл.-корр. РАН, ректор ФГБОУ ВО "Омский государственный медицинский университет" Минздрава России (Омск, Россия)
Зимина Э. В. — д.м.н., профессор, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО "Российский Университет Медицины" Минздрава России (Москва, Россия).

Методические рекомендации утверждены на заседании Ученого совета ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России (протокол № 6 от 23 июня 2026 г.).

Для цитирования: Драпкина О. М., Сон И. М., Меньшикова Л. И., Медведева О. В., Суслин С. А., Шепель Р. Н., Дроздова Л. Ю., Свищева А. А. Реализация программы "Региональная модель организации первичной медико-санитарной помощи пациентам с предиабетом". Методические рекомендации. *Первичная медико-санитарная помощь.* 2026;3(2S):330-361. doi: 10.15829/3034-4123-2026-157. EDN: XGISWG

Primary Health Care (Russian Federation). 2026;3(2S):330-361.
doi: 10.15829/3034-4123-2026-157
ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

Первичная медико-санитарная помощь
Primary Health Care (Russian Federation)

Implementation of the "Regional Model for Managing Primary Health Care for Patients with Prediabetes". Guidelines

Drapkina O. M.[1],
Son I. M.[1],
Menshikova L. I.[1],
Medvedeva O. V.[1],
Suslin S. A.[1,2],
Shepel R. N.[1],
Drozdova L. Yu.[1],
Svishcheva A. A.[1*]

[1]National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine, Moscow, Russian Federation
[2]Samara State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Samara, Russian Federation

*Corresponding author:
a.a.svischeva@ropniz.ru

Received: 23.06.2026
Accepted: 26.06.2026

These guidelines were developed to provide organizational and methodological support for the implementation of the "Regional Model for Managing Primary Health Care for Patients with Prediabetes" program in Russian regions. The document aims to develop a unified approach to the early detection of prediabetes, patient referral, follow-up care, preventive counseling, training of healthcare workers, and evaluation of the effectiveness of interventions at the regional and institutional levels. The guidelines present the regulatory, organizational, medical, social, and educational components of the program, as well as propose a structure for the regional program's data sheet, a roadmap for its implementation, algorithms for administrative and managerial decisions, and approaches to registering patients with prediabetes. Particular attention is given to the system of performance criteria and indicators, including the detection of prediabetes during preventive measures, coverage of follow-up monitoring and preventive counseling, the proportion of trained healthcare workers, and the changes of type 2 diabetes cases among patients monitored for prediabetes. The proposed methodologies for calculating indicators allow for standardized monitoring of program implementation, comparative evaluation of health facilities, and the use of the obtained data for management decision-making. These guidelines are intended for specialists from executive authorities of the constituent entities of the Russian Federation in the field of healthcare, territorial compulsory health insurance funds, medical insurance organizations, heads of healthcare organizations, and specialists involved in providing primary healthcare to patients with prediabetes.

Keywords: prediabetes, primary healthcare, follow-up monitoring, type 2 diabetes, preventive counseling, regional program, patient routing, performance indicators.

Relationships and Activities: none.

For citation: Drapkina O. M., Son I. M., Menshikova L. I., Medvedeva O. V., Suslin S. A., Shepel R. N., Drozdova L. Yu., Svishcheva A. A. Implementation of the "Regional Model for Managing Primary Health Care for Patients with Prediabetes". Guidelines. *Primary Health Care (Russian Federation).* 2026;3(2S):330-361. doi: 10.15829/3034-4123-2026-157. EDN: XGISWG

ДН — диспансерное наблюдение, ДОГВН — диспансеризация определенных групп взрослого населения, ИПЭ — итоговый показатель эффективности, ПМО — первичный медицинский осмотр, РОИВ — региональные органы исполнительной власти, СД — сахарный диабет, HbA_{1C} — гликированный гемоглобин.

doi: 10.15829/3034-4123-2026-157

Введение

Актуальность

Проблема роста заболеваемости сахарным диабетом (СД) 2 типа в мире приобрела характер неинфекционной эпидемии [1]. По данным Международной диабетической федерации (IDF), к 2045 г. каждый восьмой взрослый житель планеты (548 млн, что соответствует 8,4% взрослого населения мира) будет страдать диабетом, если не будут приняты эффективные превентивные меры[1]. Анализ данных формы федерального статистического наблюдения № 12 "Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации" за последние 10 лет подтверждает стабильный прирост первичной заболеваемости СД, соответственно возрастает нагрузка на региональные бюджеты здравоохранения (расходы на лекарственное обеспечение, госпитализацию, лечение осложнений).

Ключевым звеном в сдерживании неконтролируемого роста заболеваемости СД 2 типа является своевременное выявление состояния, предшествующего манифестации заболевания — предиабета, метаболического состояния, при котором уровень глюкозы крови превышает норму, но еще не достигает диагностических критериев диабета (нарушенная гликемия натощак и/или нарушенная толерантность к глюкозе) [2][2,3].

По оценкам Международной диабетической федерации, около 374 млн взрослых в возрасте 18-99 лет имеют предиабет. Из них около половины (48,1%) моложе 50 лет и около одной трети (28,3%) — в возрастной группе 20-39 лет. Предположительно, к 2030 г. предиабет будут иметь уже 470 млн человек во всем мире, а к 2045 г. этот показатель превысит отметку в 600 млн [3][1]. При изучении 16 когортных исследований, которые включали 44 203 пациента с уровнем гликированного гемоглобина (HbA_{1c}) 5,5-6,0% и интервалом наблюдения в среднем 5,6 лет (диапазон от 2,8 до 12 лет), выявлено, что у таких пациентов существенно повышается вероятность развития СД: заболеваемость за 5 лет у них выросла с 9 до 25%. Также установлено, что СД разовьется уже через 5 лет у 26-50% пациентов с уровнем HbA_{1c} от 6,0 до 6,5%. По оценкам же American Diabetes Association (ADA), СД 2 типа будут страдать до 70% пациентов с предиабетом[3].

СД 2 типа развивается у 25% пациентов с предиабетом в течение 3-5 лет. В течение жизни предиабет трансформируется в СД 2 примерно у 70% пациентов. У лиц с сочетанием значений глюкозы плазмы натощак 6,1-6,9 ммоль/л и HbA_{1c} 6,0-6,4% кумулятивная частота развития СД 2 в течение 5 лет может составить 100% [4].

Для большинства субъектов Российской Федерации характерны общие негативные тенденции, требующие программного подхода к решению проблемы предиабета на региональном уровне. Поскольку в снижении бремени СД 2 типа важной составляющей является контроль за предиабетом, его раннее выявление в рамках профилактических мероприятий играет значимую роль в профилактике СД 2 типа [2, 5].

В настоящее время учет случаев предиабета ведется преимущественно по установленным формам СД. Коды R73.0 и R73.9 МКБ 10 пересмотра ("Отклонения результатов нормы теста на толерантность к глюкозе" и "Гипергликемия неуточненная") используются врачами недостаточно активно, что приводит к низкой выявляемости предиабета, соответственно, пациенты с пограничными значениями глюкозы не ставятся на диспансерный учет и возможность предотвратить развитие СД 2 типа упускается [6].

Существующие профилактические меры (в том числе профилактические медицинские осмотры (ПМО) и диспансеризация определенных групп взрослого населения (ДОГВН)) часто не объединены в единую систему маршрутизации и диспансерного наблюдения (ДН) пациента с предиабетом[4,5]. Отсутствует преемственность между врачом-терапевтом участковым, врачом общей практики (семейной медицины), врачом по медицинской профилактике и врачами, оказывающими первичную специализированную медико-санитарную помощь. Кроме того, врачи, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, не всегда обладают достаточными знаниями в области нутрициологии и мотивационного консультирования, чтобы эффективно работать с пациентами с предиабетом [7].

Таким образом, разработка и реализация региональной программы по организации первичной медико-санитарной помощи пациентам с предиабетом является не просто актуальной, а критически необходимой мерой для сдерживания эпидемии СД в регионе. Это инвестиция в здоровье населения, которая обладает доказанной меди-

1 International Diabetes Federation. Diabetes Atlas. Доступ: https://diabetesatlas.org/.

2 Клинические рекомендации Минздрава России "Сахарный диабет 2 типа у взрослых". Доступ: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/290_2.

3 American Diabetes Association. 2. Diagnosis and Classification of Diabetes: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2025; 49(Suppl 1):27-49. Доступ: https://diabetesjournals.org/care/article/49/Supplement_1/S27/163926/2-Diagnosis-and-Classification-of-Diabetes.

4 Приказ Минздрава России от 27.04.2021 № 404н "Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения". Доступ: http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202106300043.

5 Приказ Минздрава России от 15.03.2022 № 168н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми" http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202204210027.

цинской эффективностью и выраженным экономическим эффектом, позволяя перенаправить ресурсы с лечения запущенных случаев на предотвращение заболевания [8-11].

Область применения

Методические рекомендации разработаны с целью реализации программы "Региональная модель организации первичной медико-санитарной помощи пациентам с предиабетом" (далее — Программа) в субъектах Российской Федерации для снижения риска развития СД 2 типа у пациентов с предиабетом.

В методических рекомендациях содержится описание комплекса мероприятий по своевременному (раннему) выявлению предиабета среди населения на этапе первичной медико-санитарной помощи, в том числе в рамках проведения профилактических мероприятий, организации ДН, повышению квалификации медицинских кадров, повышению информированности населения о факторах, влияющих на развитие предиабета и повышению качества медицинской помощи пациентам с предиабетом. Представлены организационные, социальные, медицинские и образовательные мероприятия, выполняемые при подготовке и реализации региональной модели, определены критерии и показатели достижения целей проекта; предлагается рекомендуемая структура и содержание паспорта программы "Региональная модель организации первичной медико-санитарной помощи пациентам с предиабетом", которая может быть реализована в субъектах Российской Федерации. Разработанные методики расчета показателей позволят органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья оценить эффективность программы как на региональном уровне, так и на уровне медицинских организаций и провести их рейтингование [7, 12].

Методические рекомендации предназначены для специалистов органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, территориальных фондов обязательного медицинского страхования, страховых медицинских организаций, руководителей медицинских организаций, участвующих в оказании первичной медико-санитарной помощи населению в рамках реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Цель реализации Программы — организация раннего выявления предиабета среди населения, ДН за пациентами с выявленным предиабетом, повышение качества медицинской помощи пациентам с предиабетом, снижение риска развития СД 2 типа, и, как следствие, ограничение распространенности предиабета среди населения.

Задачи реализации Программы:

— Создать единую систему скрининга предиабета путем внедрения унифицированных алгоритмов активного выявления лиц с предиабетом при любом обращении в медицинскую организацию, в первую очередь в рамках ПМО и ДОГВН.

— Разработать и внедрить бесшовную маршрутизацию пациента в медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях.

— Повысить информированность населения о факторах риска развития предиабета, в том числе посредством внедрения цифровых технологий, с использованием механизмов межведомственного и внутриведомственного взаимодействия.

— Обеспечить обучение медицинских работников, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, современным методам профилактики, выявления и ДН за пациентами с предиабетом.

— Разработать систему учета и регистрации пациентов с предиабетом, а также статистического наблюдения за динамикой состояния пациентов с предиабетом для оценки эффективности принимаемых мер, в том числе ДН.

Раздел 1. Нормативные правовые акты, клинические рекомендации, методические рекомендации, используемые для программы "Региональная модель организации первичной медико-санитарной помощи пациентам с предиабетом"

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
2. Постановление Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2025 г. № 2188 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов".
3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 апреля 2025 г. № 202н "Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населения".
4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02 декабря 2014 г. № 796н "Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи".
5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 марта 2023 г. № 104н "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "эндокринология"".

doi: 10.15829/3034-4123-2026-157

6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 марта 2022 г. № 168н "Об утверждении порядка проведения ДН за взрослыми".

7. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 апреля 2021 г. № 404н "Об утверждении порядка проведения медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения".

8. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01 октября 2020 г. № 1054н "Об утверждении стандартов медицинской помощи взрослым при сахарном диабете 2 типа".

9. Национальный проект "Продолжительная и активная жизнь". Правительство России. 2026. URL: http://government.ru/rugovclassifier/917/about/.

10. Структура и ключевые мероприятия федерального проекта "Борьба с сахарным диабетом". Министерство здравоохранения Российской Федерации. 2025. URL: https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsionalnye-proekty-rossii-prodolzhitelnaya-i-aktivnaya-zhizn-novye-tehnologii-sberezheniya-zdorovya/struktura-i-klyuchevye-meropriyatiya-federalnogo-proekta-borba-s-saharnym-diabetom.

11. Структура и ключевые мероприятия федерального проекта "Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями". Министерство здравоохранения Российской Федерации. 2025. URL: https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsionalnye-proekty-rossii-prodolzhitelnaya-i-aktivnaya-zhizn-novye-tehnologii-sberezheniya-zdorovya/struktura-i-klyuchevye-meropriyatiya-federalnogo-proekta-borba-s-serdechno-sosudistymi-zabolevaniyami.

12. Структура и ключевые мероприятия федерального проекта "Здоровье для каждого". Министерство здравоохранения Российской Федерации. 2025. URL: https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsionalnye-proekty-rossii-prodolzhitelnaya-i-aktivnaya-zhizn-novye-tehnologii-sberezheniya-zdorovya/struktura-i-klyuchevye-meropriyatiya-federalnogo-proekta-zdorovie-dlya-kazhdogo.

13. Структура и ключевые мероприятия федерального проекта "Модернизация первичного звена здравоохранения Российской Федерации". Министерство здравоохранения Российской Федерации. 2025. URL: https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsionalnye-proekty-rossii-prodolzhitelnaya-i-aktivnaya-zhizn-novye-tehnologii-sberezheniya-zdorovya/struktura-i-klyuchevye-meropriyatiya-federalnogo-proekta-modernizatsiya-pervichnogo-zvena-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii.

14. Клинические рекомендации РФ. Сахарный диабет 2 типа у взрослых. 2022. ID: 290. Общественная организация "Российская ассоциация эндокринологов", одобрено Научно-практическим Советом Минздрава России.

15. Диспансерное наблюдение пациентов с предиабетом врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации (издание 2). О.М. Драпкина, Н.Г. Мокрышева, М.В. Шестакова, Е.А. Лавренова, Г.Р. Галстян, Ф.Х. Дзагоева, Л.Ю. Дроздова, П.В. Ипатов, Т.А. Куняева, О.Ю. Сухарева, Р.Н. Шепель. М.: РОПНИЗ, 2024. 36 с. ISBN: 978-5-6052598-2-4. doi: 10.15829/ROPNIZ-d100-2024. EDN: UWWCJR.

16. Организация проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации. Издание 2-е. О.М. Драпкина, Л.Ю. Дроздова, А.М. Калинина и др. М.: ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России, 2020. 232 с. ISBN: 978-5-6043991-1-8.

17. Порядок статистического учета и кодирования сахарного диабета в статистике заболеваемости и смертности. Методические рекомендации № 6-22. Сост. Д.Ш. Вайсман. М.: ФГБУ "ЦНИИОИЗ" Минздрава России, 2022. 61 с.

18. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, О.Ю. Сухаревой. 12-й выпуск. М.; 2025. 248 с. doi: 10.14341/algdc2025.

Раздел 2. Рекомендуемая структура и содержание нормативного акта органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, регламентирующего реализацию программы "Региональная модель организации первичной медико-санитарной помощи пациентам с предиабетом"

Начиная разработку Программы "Региональная модель организации первичной медико-санитарной помощи пациентам с предиабетом", следует исходить из определения Программы как стратегического, долгосрочного документа (обычно на 3–5 лет), определяющего системные изменения и целевое состояние какой-либо проблемы. В данном случае проблемой является высокий уровень распространенности предиабета среди населения Российской Федерации в целом, а также в субъектах Российской Федерации. Любая программа представляет собой комплекс взаимосвязанных проектов (отдельных мероприятий), направленных на достижение масштабной цели.

Для реализации программы "Региональная модель организации первичной медико-санитарной помощи пациентам с предиабетом" необходимо разработать паспорт Программы, который дол-

жен включать следующие обязательные компоненты:

1. Название Программы

Название Программы должно максимально точно отражать суть реализуемой Программы. Рекомендуется придерживаться стандартизированных названий, например: "Региональная модель организации первичной медико-санитарной помощи пациентам с предиабетом"; "Региональная модель организации оказания медицинской помощи пациентам с предиабетом в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях"; "Комплекс мероприятий по ограничению распространения предиабета среди населения (указать название субъекта Российской Федерации"; "Модель организации первичной медико-санитарной помощи пациентам с предиабетом в (указать название субъекта Российской Федерации)".

2. Сроки реализации Программы

Рекомендуется, чтобы сроки реализации Программы были рассчитаны на 3-5 лет, исходя из масштабности проблемы, высокой социальной значимости и риска роста заболеваемости населения СД 2 типа, инерционности изменений показателей общественного здоровья.

3. Этапы реализации Программы и контрольные точки

Для стандартизации процесса реализации Программы рекомендуется выделить четыре этапа (подготовительный этап, этап расширенного совещания, этап реализации мероприятий Программы, заключительный этап с подведением итогов реализации программы). Контрольными точками должны быть конкретные даты выполнения промежуточных мероприятий или получения конечных результатов в рамках реализованных этапов Программы.

4. Ответственные исполнители Программы

Ответственными исполнителями Программы должны быть: руководитель (заместитель руководителя) органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья (РОИВ), главные внештатные специалисты — главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике, главный внештатный специалист по медицинской профилактике, главный внештатный специалист эндокринолог РОИВ; другие сотрудник(и) РОИВ — куратор(ы) Программы. В каждой медицинской организации также должен быть назначен ответственный исполнитель Программы (главный врач либо один из заместителей главного врача), исполнители отдельных мероприятий Программы (чаще это руководители (заведующие) структурными подразделениями медицинской организации, участвующей в реализации Программы).

Для каждого ответственного исполнителя должны быть четко определены зоны ответственности за конкретные мероприятия.

5. Цель реализации Программы — организация раннего выявления предиабета среди населения, ДН за пациентами с выявленным предиабетом, повышение качества медицинской помощи пациентам с предиабетом, снижение риска развития СД 2 типа, и, как следствие, ограничение распространенности предиабета среди населения.

6. Задачи Программы

— Создать единую систему скрининга предиабета путем внедрения унифицированных алгоритмов активного выявления лиц с предиабетом при любом обращении в медицинскую организацию, в первую очередь в рамках ПМО и ДОГВН.

— Разработать и внедрить бесшовную маршрутизацию пациента в медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях.

— Повысить информированность населения о факторах риска развития предиабета, в том числе посредством внедрения цифровых технологий, с использованием механизмов межведомственного и внутриведомственного взаимодействия.

— Обеспечить обучение медицинских работников, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, современным методам профилактики, выявления и ДН за пациентами с предиабетом.

— Разработать систему учета и регистрации пациентов с предиабетом, а также статистического наблюдения за динамикой состояния пациентов с предиабетом для оценки эффективности принимаемых мер, в том числе ДН.

Перечень задач Программы может быть расширен в зависимости от реальной ситуации и особенностей организации оказания медицинской помощи пациентам с предиабетом в субъекте Российской Федерации.

7. Целевые показатели Программы

1) Доля медицинских организаций (подразделений), оказывающих первичную медико-санитарную помощь, участвующих в реализации Программы, в которых внедрены внутренние локальные акты (приказы/алгоритмы) по ведению пациентов с предиабетом, от общего числа медицинских организаций (подразделений) медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в субъекте Российской Федерации, %

2) Количество проведенных мероприятий, направленных на повышение информированности населения о факторах риска развития предиабета (публикации в социальных сетях, выступления/видеоматериалы на телевидении, публикации в СМИ, проведенные социальные акции и т.д.), абс. число

doi: 10.15829/3034-4123-2026-157

3) Доля впервые выявленных лиц с предиабетом среди населения, прошедшего ПМО и ДОГВН, %

4) Охват ДН лиц с предиабетом, в медицинских организациях (подразделениях), оказывающих первичную медико-санитарную помощь пациентам с предиабетом, от числа лиц, у которых выявлен предиабет по итогам ПМО и ДОГВН, %

5) Охват профилактическим консультированием лиц с предиабетом, в медицинских организациях (подразделениях), оказывающих первичную медико-санитарную помощь пациентам с предиабетом, от числа лиц, у которых выявлен предиабет по итогам ПМО и ДОГВН, %

6) Доля пациентов с предиабетом, получающих медикаментозную терапию в связи с наличием дополнительных факторов риска развития СД 2 типа и невозможностью достижения адекватного гликемического контроля при изменении образа жизни, от всех состоящих под ДН с предиабетом, %

7) Доля пациентов, у которых диагностирован СД 2 типа из числа состоящих на ДН по поводу предиабета на конец года, %

8) Доля обученных медицинских работников (врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики, врачей-эндокринологов, врачей по медицинской профилактике, фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов, других медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование) по вопросам выявления, лечения и ДН за пациентами с предиабетом, от всех медицинских работников, участвующих в оказании первичной медико-медицинской помощи пациентам с предиабетом, %.

8. Основные мероприятия Программы, включая показатели, отражающие эффективность реализации каждого из них

Рекомендуется выделить четыре группы мероприятий Программы: организационные мероприятия, медицинские мероприятия, социальные мероприятия и образовательные мероприятия. Для каждой группы мероприятий должно быть определено 3-4 оценочных показателя. Перечень рекомендованных показателей и методики их расчета представлены в Приложении 8.

Справочно.

Показатели эффективности реализации Программы должны:

— основываться на системе федерального или ведомственного статистического наблюдения, т.е. данные для их расчета должны содержаться в утвержденных учетных и/или отчетных формах;

— предоставлять возможность измерения тенденций на определенном отрезке времени;

— измерять как количественные, так и качественные признаки;

— иметь понятную и четкую формулировку, не допускающую двойного толкования;

— быть технически надежным (формулы расчета индикаторов должны быть просты и прозрачны);

— быть простым в сборе, т.е. временные затраты на его сбор должны быть минимальными.

9. Финансовое обеспечение мероприятий Программы

Финансовое обеспечение мероприятий Программы осуществляется за счет средств, предусмотренных на финансирование территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, средств регионального бюджета

10. Ожидаемые результаты реализации Программы

Необходимо представить динамику целевых показателей, отражающих ход реализации программы по годам.

11. Организация контроля выполнения (мониторинг) мероприятий Программы

Определяются: сроки подготовки отчетов, порядок их согласования и корректировки значений целевых индикаторов (показателей).

Кроме Паспорта Программы необходимо разработать и утвердить план-график реализации отдельных мероприятий, в котором определяются последовательность, сроки (даты начала/окончания), ресурсы и, ответственные лица.

Справочно.

Основные мероприятия Программы, представленные в п. 8. Паспорта могут быть декомпозированы, т.е. основное мероприятие может состоять из нескольких конкретных мероприятий.

Например,

Мероприятие "Обучение медицинских работников по вопросам выявления, лечения и диспансерного наблюдения за пациентами с предиабетом, от всех медицинских работников, участвующих в оказании первичной медико-медицинской помощи пациентам с предиабетом", может быть декомпозировано на несколько конкретных мероприятий:

— обучение врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики

— обучение врачей-эндокринологов

— обучение врачей по медицинской профилактике

— обучение заведующих структурными подразделениями медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных

— обучение среднего медицинского персонала, в том числе фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов.

Таблица 1

Итоговые целевые показатели эффективности, которые должны быть достигнуты по окончании реализации всех мероприятий Программы

№	Наименование показателя	Наименование показателя	Целевые значения
1	Доля медицинских организаций (подразделений), оказывающих первичную медико-санитарную помощь, участвующих в реализации Программы, в которых внедрены внутренние локальные акты (приказы/алгоритмы) по ведению пациентов с предиабетом, от общего числа медицинских организаций (подразделений) медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в субъекте Российской Федерации, %	П1.1	100
2	Количество проведенных мероприятий, направленных на повышение информированности населения о факторах риска развития предиабета (публикации в социальных сетях, выступления/видеоматериалы на телевидении, публикации в СМИ, проведенные социальные акции и т.д.), абс. число	нет	Субъект Российской Федерации определяет самостоятельно
3	Доля впервые выявленных лиц с предиабетом среди населения, прошедшего ПМО и ДОГВН	П3.1.	Не менее 8
4	Охват ДН лиц с предиабетом, в медицинских организациях (подразделениях), оказывающих первичную медико-санитарную помощь пациентам с предиабетом, от числа лиц, у которых выявлен предиабет по итогам ПМО и ДОГВН, %	П 3.2.	90
5	Охват профилактическим консультированием лиц с предиабетом, в медицинских организациях (подразделениях), оказывающих первичную медико-санитарную помощь пациентам с предиабетом, от числа лиц, у которых выявлен предиабет по итогам ПМО и ДОГВН, %	П 3.3.	90
6	Доля пациентов с предиабетом, получающих медикаментозную терапию в связи с наличием дополнительных факторов риска развития СД2 типа и невозможностью достижения адекватного гликемического контроля при изменении образа жизни, от всех состоящих под ДН с предиабетом, %	П 3.4.	70
7	Доля пациентов, у которых диагностирован СД 2 типа из числа состоящих на ДН по поводу предиабета на конец года, %	П 3.5.	Не более 5
8	Доля обученных медицинских работников (врачей — терапевтов, врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики, врачей-эндокринологов, врачей по медицинской профилактике, фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов, других медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование) по вопросам выявления, лечения и ДН за пациентами с предиабетом, от всех медицинских работников, участвующих в оказании первичной медико-медицинской помощи пациентам с предиабетом, %	П 4.	90

Сокращения: ДН — диспансерное наблюдение, ДОГВН — диспансеризация определенных групп взрослого населения, ПМО — профилактический медицинский осмотр, СД — сахарный диабет.

Раздел 3. Комплекс мероприятий по реализации программы "Региональная модель организации первичной медико-санитарной помощи пациентам с предиабетом"

Целесообразно объединить мероприятия Программы в четыре блока:

1. Организационные мероприятия, включающие разработку нормативных правовых актов, регулирующих реализацию Программы.
2. Социальные мероприятия, направленные на повышение приверженности населения к выполнению профилактических мероприятий, предупреждающих развитие предиабета.
3. Медицинские мероприятия, включающие выявление, ДН, медикаментозную терапию, профилактику развития СД 2 типа у лиц с предиабетом.
4. Образовательные мероприятия, направленные на повышение информированности различных групп медицинских работников по вопросам выявления, лечения, ДН за пациентами с предиабетом.

Раздел 4. Критерии и показатели эффективности программы "Региональная модель организации первичной медико-санитарной помощи пациентам с предиабетом"

Целевыми индикаторами программы "Региональная модель организации первичной медико-санитарной помощи пациентам с предиабетом" являются восемь показателей. Итоговые целевые значения показателей эффективности, которые должны быть достигнуты по окончании реализации всех мероприятий Программы, представлены в таблице 1.

doi: 10.15829/3034-4123-2026-157

Раздел 5. Алгоритм последовательности административно-управленческих и организационных решений при подготовке, реализации и оценке эффективности программы "Региональная модель организации первичной медико-санитарной помощи пациентам с предиабетом"

Алгоритм последовательности административно-управленческих и организационных решений при подготовке, реализации и оценке эффективности Программы включает несколько этапов.

I этап. Инициация разработки Программы.

1. Исполнительным органом государственной власти в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации — разработчиком Программы принимается решение о разработке Программы.

2. Между ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России и органом исполнительной власти в сфере здравоохранения пилотного региона заключается соглашение о реализации Программы и научно-практическом сотрудничестве.

3. Формируется рабочая группа по разработке Программы, определяются цель, задачи, этапы реализации, ожидаемые результаты.

4. Формируется программа заседания Совета экспертов (установочного совещания), включающая выступления главных внештатных специалистов Минздрава России по терапии и общей врачебной практике (О.М. Драпкина) и главного внештатного специалиста по медицинской профилактике (Л.Ю. Дроздова), министерства здравоохранения пилотного региона, представителей медицинских организаций, в которых будут реализовываться мероприятия Программы, территориальный фонд обязательного медицинского страхования, а также страховые медицинские организации.

5. Проводится заседание Совета экспертов в гибридном формате, на котором рассматриваются вопросы готовности органов исполнительной власти в сфере здравоохранения и медицинских организаций пилотного региона к реализации Программы.

6. Проводится оценка численности лиц с предиабетом среди населения (Приложение 7).

7. Определяется потребность в дополнительном ресурсном обеспечении (кадровом и материально-техническом)

Разработчик региональной Программы:

1) представляет проект региональной Программы в соответствии с Методическими рекомендациями по реализации программы "Региональная модель организации первичной медико-санитарной помощи пациентам с предиабетом" (Приложение 1, 2);

2) утверждает план-график реализации мероприятий Программы в целом по субъекту Российской Федерации;

3) согласовывает планы-графики реализации для каждой медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, пациентам с предиабетом (Приложение 3);

4) обеспечивает реализацию региональной Программы, включая координацию деятельности медицинских организаций-участников региональной Программы;

5) формирует и представляет в ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России отчетность о реализации региональной Программы.

II этап. Планирование Программы.

На этом этапе разрабатывается паспорт Программы, который включает обязательные разделы:

1) Обоснование необходимости реализации региональной Программы (актуальность, область применения, цель, задачи).

2) Перечень основных нормативных правовых актов, клинических рекомендаций, методических рекомендаций, регулирующих вопросы организации оказания медицинской помощи пациентам с предиабетом.

3) Перечень мероприятий Программы (организационных, социальных, медицинских, образовательных).

4) Критерии и показатели эффективности Программы.

5) Объемы финансирования Программы, которые согласовываются с Территориальным фондом обязательного медицинского страхования.

На этом этапе разрабатывается порядок мониторинга выполнения мероприятий Программы, определяются сроки достижения показателей эффективности запланированных мероприятий, алгоритм оценки эффективности деятельности и рейтингования медицинских организаций по раннему выявлению, ДН пациентов с предиабетом, алгоритм последовательности административно-управленческих и организационных решений при подготовке, реализации и оценке эффективности программы "Региональная модель организации первичной медико-санитарной помощи пациентам с предиабетом".

III этап. Согласование и утверждение проекта региональной Программы.

Паспорт региональной Программы согласовывается главным внештатным специалистом по терапии и общей врачебной практике Минздрава России и утверждается правовым актом органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации.

Проводится представление Программы на площадке федерального органа исполнительной или законодательной власти с пошаговым описанием основных мероприятий, ожидаемых результатов.

Разработчик размещает на своем официальном сайте в информационно-телекоммуникационной

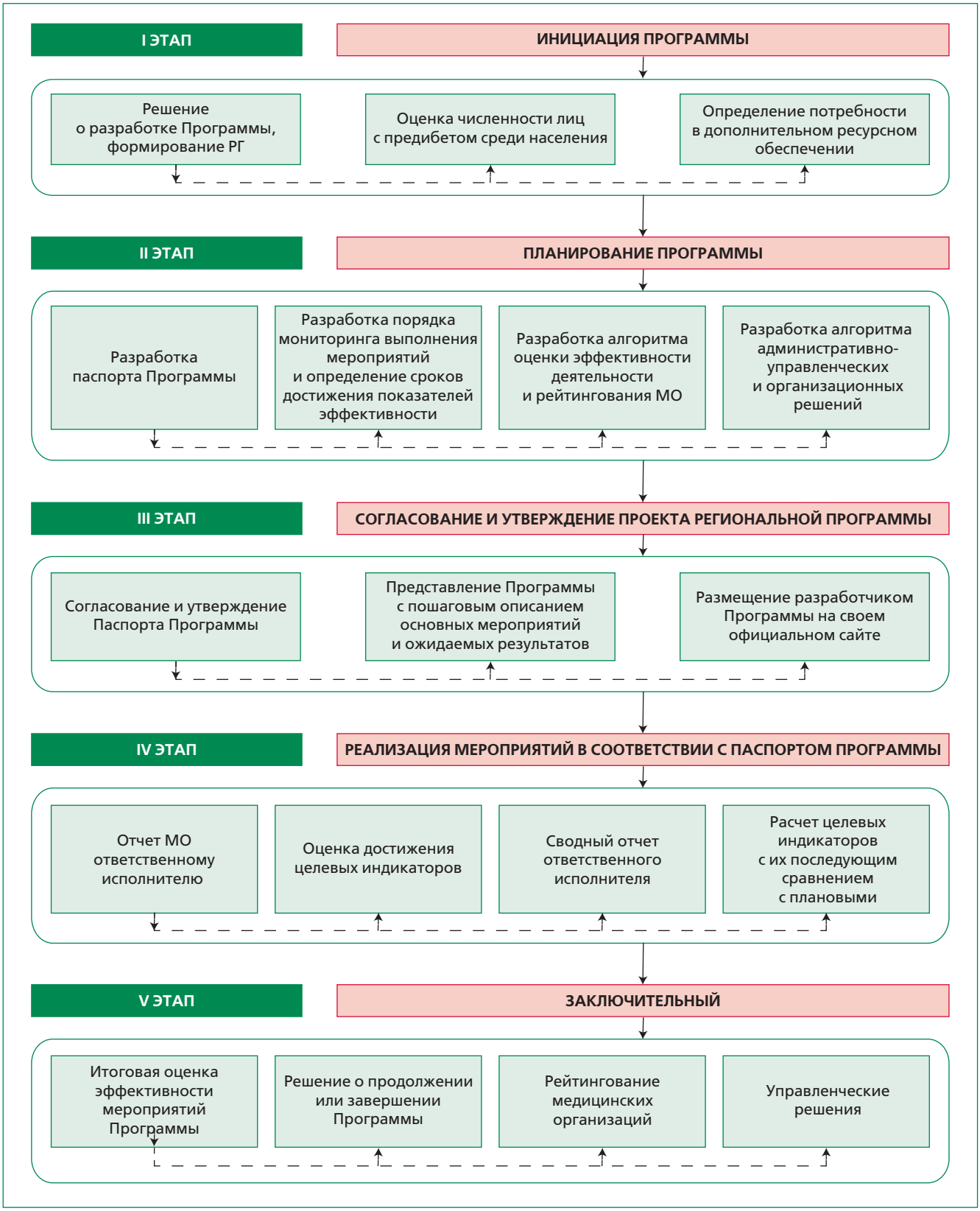
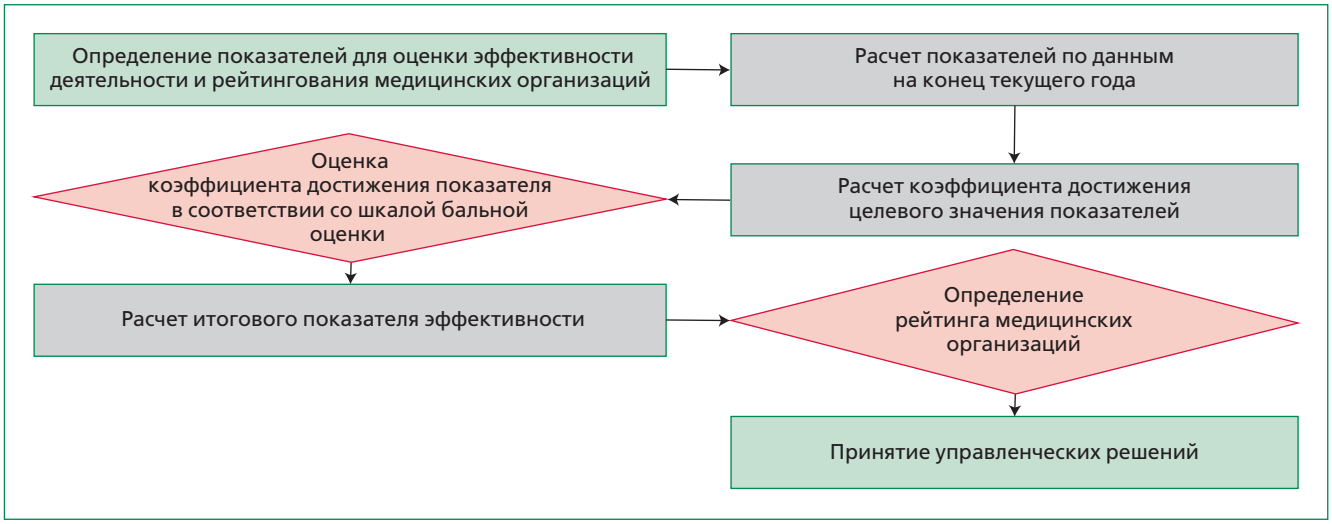


Рис. 1. Алгоритм последовательности административно-управленческих и организационных решений при подготовке, реализации и оценке эффективности программы "Региональная модель организации первичной медико-санитарной помощи пациентам с предиабетом".
Сокращение: МО — медицинская организация.

doi: 10.15829/3034-4123-2026-157



сети "Интернет" утвержденную региональную Программу, с указанием реквизитов документа, которым она утверждена, в течение 5 рабочих дней со дня ее утверждения.

IV этап. Реализация мероприятий в соответствии с Паспортом Программы.

Мероприятия реализовываются в соответствии с планом-графиком.

Ежегодно до 15 января следующего за отчетным года каждая медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь пациентам с предиабетом, и участвующая в реализации Программы представляет ответственному исполнителю, утвержденному органом управления здравоохранением субъекта Российской Федерации отчеты об исполнении мероприятий Программы. Проводится оценка достижения целевых значений показателей (сравнение плановых значений и фактически достигнутых) с кратким анализом причин недостижения (если какие-либо целевые значения показателей не были достигнуты).

До 15 февраля следующего за отчетным года ответственный исполнитель, утвержденный органом управления здравоохранением субъекта Российской Федерации, представляет сводный отчет об исполнении мероприятий Программы в целом по Субъекту Российской Федерации.

Отчет должен быть согласован с главными внештатными специалистами — главным внештатным специалистом по терапии и общей врачебной практике, главным внештатным специалистом по медицинской профилактике, главным внештатным специалистом эндокринологом РОИВ.

Рассчитываются значения достигнутых целевых значений показателей (сравнение плановых значений и фактически достигнутых) Программы в целом по субъекту с кратким анализом причин недостижения (если какие-либо индикаторы (показатели) не были достигнуты). В случае выявления объективных причин недостижения целевых значений показателей проводится корректировка их значений (Приложение 8).

V этап. Заключительный.

Проводится итоговая оценка эффективности мероприятий Программы, рассчитывается фактический уровень показателей, определяется степень отклонения показателей от запланированного уровня, анализируются причины отклонения от плановых значений, принимается решение о продолжении или завершении Программы.

Проводится оценка эффективности мероприятий Программы в каждой медицинской организации, принимавшей участие в реализации Программы. В зависимости от степени достижения целевых показателей проводится их рейтингование в соответствии с методикой (Приложение 9). Результаты рейтингования публикуются на сайте органа исполнительной власти в сфере здравоохранения и медицинских организаций пилотного региона. Принимаются управленческие решения в зависимости от места в рейтинге медицинских организаций (например, принимаются решения о награждении медицинских организаций, руководителей, медицинских работников, о размере стимулирующих выплат руководителей медицинских организаций, их заместителей, заведующих отделениями и врачей).

Алгоритм последовательности административно-управленческих и организационных решений при подготовке, реализации и оценке эффективности Программы представлен на рисунке 1.

Раздел 6. Алгоритм оценки эффективности деятельности и рейтингования медицинских организаций по раннему выявлению, ДН пациентов с предиабетом

Рейтингование медицинских организаций является необходимым этапом реализации Программы и инструментом принятия РОИВ управленческих ре-

шений, который на основании оценки эффективности деятельности медицинских организаций по раннему выявлению, ДН пациентов с предиабетом выявляет зоны неэффективности в каждой конкретной МО. Алгоритм оценки эффективности представлен ниже, методика оценки приведена в Приложении 9.

Заключение

Предиабет является серьезной медико-социальной проблемой не только в Российской Федерации, но и во всем мире. Исследования отечественных и зарубежных ученых свидетельствуют о том, что предиабет предшествует развитию СД 2 типа, тесно ассоциирован с ожирением, индуцирует развитие заболеваний сердечно-сосудистой системы, что, в конечном итоге, значительно ухудшает качество жизни пациентов, а также их клинический и трудовой прогноз. Своевременное выявление нарушений углеводного обмена позволяет предотвратить трансформацию предиабета в СД 2 типа или значительно отодвинуть во времени дебют этого заболевания. Однако, в настоящее время имеются проблемы организации как выявления и профилактики предиабета, так и ДН за данным контингентом пациентов; настороженность врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, в вопросах выявления предиабета остается низкой [2, 7, 9].

Для кардинального изменения ситуации необходимы усилия не только на уровне медицинской организации и системы здравоохранения в целом, но и органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации. Разработка и принятие на региональном уровне целевых программ для снижения риска развития СД 2 типа у населения являются актуальными и своевременными с позиции общественного здоровья [11].

В методических рекомендациях по разработке и реализации программы "Региональная модель организации первичной медико-санитарной помощи пациентам с предиабетом" содержатся организационные, социальные, медицинские и образовательные мероприятия, рекомендации по оценке эффективности программы на уровне медицинских организаций и региона. Использование представленных методических рекомендаций будет способствовать принятию адекватных административно-управленческих и организационных решений при подготовке, реализации и оценке эффективности программы "Региональная модель организации первичной медико-санитарной помощи пациентам с предиабетом".

Литература/References

1. Dedov II, Shestakova MV, Vikulova OK, et al. Diabetes mellitus in the Russian Federation: dynamics of epidemiological indicators according to the Federal Diabetes Register for the period 2010-2022. Diabetes Mellitus. 2023;26(2):104-23. (In Russ.) Дедов И.И., Шестакова М.В., Викулова О.К. и др. Сахарный диабет в Российской Федерации: динамика эпидемиологических показателей по данным федерального регистра сахарного диабета за период 2010-2022 гг. Сахарный диабет. 2023;26(2):104-23. doi:10.14341/DM13035.
2. Balanova YuA, Shalnova SA, Imaeva AE, et al. Prediabetes: prevalence, associations with cardiovascular risk factors and contribution to survival in a Russian population. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2024;23(5):4022. (In Russ.) Баланова Ю.А., Шальнова С.А., Имаева А.Э. и др. Предиабет: распространенность, ассоциации с сердечно-сосудистыми факторами риска и вклад в выживаемость в российской популяции. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2024;23(5):4022. doi:10.15829/1728-8800-2024-4022.
3. Cosentino F, Grant PJ, Aboyans V, et al. 2019 ESC Guidelines on diabetes, prediabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. Russian Journal of Cardiology. 2020;25(4):3839. (In Russ). Cosentino F., Grant P.J., Aboyans V., et al. 2019 Рекомендации ESC/EASD по сахарному диабету, предиабету и сердечно-сосудистым заболеваниям. Российский кардиологический журнал. 2020;25(4):3839. doi:10.15829/1560-4071-2020-3839.
4. Heianza Y, Arase Y, Fujihara K, et al. Screening for pre-diabetes to predict future diabetes using various cut-off points for HbA1c and impaired fasting glucose: the Toranomon Hospital Health Management Center Study 4 (TOPICS 4). Diabet Med. 2012;29(9):279-85. doi:10.1111/j.1464-5491.2012.03686.x.
5. Shestakova EA, Lunina EYu, Galstyan GR, Dedov II, et al. Type 2 diabetes and prediabetes prevalence in patients with different risk factor combinations in the NATION study. Diabetes Mellitus. 2020;23(1):4-11. (In Russ.) Шестакова Е.А., Лунина Е.Ю., Галстян Г.Р., Шестакова М.В., Дедов И.И. Распространенность нарушений углеводного обмена у лиц с различными сочетаниями факторов риска сахарного диабета 2 типа в когорте пациентов исследования NATION. Сахарный диабет. 2020;23(1):4-11. doi:10.14341/DM12286.
6. Drapkina OM, Drozdova LYu, Shepel RN, et al. Analysis of prediabetes prevalence and real-world practice in prescribing drug therapy to prediabetic patients. Russian Journal of Preventive Medicine. 2022;25(12):96-105. (In Russ.) Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю., Шепель Р.Н. и др. Анализ распространенности предиабета и реальная клиническая практика назначения медикаментозной терапии пациентам с предиабетом. Профилактическая медицина. 2022;25(12):96-105. doi:10.17116/profmed20222512196.
7. Drapkina OM, Lavrenova EA, Abdulganieva DI, et al. Organizational and applied aspects of follow-up care for patients with prediabetes by a district physician. Primary Health Care. 2024;1(1):46-55. (In Russ.) Драпкина О.М., Лавренова Е.А., Абдулганиева Д.И. и др. Организационные и прикладные аспекты диспансерного наблюдения пациентов с предиабетом врачом-терапевтом участковым. Первичная медико-санитарная помощь. 2024;1(1):46-55. doi:10.15829/3034-4123-2024-22.
8. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, et al.; Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. N Engl J Med. 2002;346(6):393-403. doi:10.1056/NEJMoa012512.
9. Schlesinger S, Neuenschwander M, Barbaresko J, et al. Prediabetes and risk of mortality, diabetes-related complications and comorbidities: umbrella review of meta-analyses of prospective studies. Diabetologia. 2022;65(2):275-85. doi:10.1007/s00125-021-05592-3.
10. Mokrysheva NG, Shestakova MV, Lavrenova EA, et al. Dispensary observation of patients with type 2 diabetes mellitus by a general practitioner in primary health care. Primary Health Care (RF). 2025;2(2):98-134. (In Russ.) Мокрышева Н.Г., Шестакова М.В., Лавренова Е.А. и др. Диспансерное наблюдение пациентов с сахарным диабетом 2 типа врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Первичная медико-санитарная помощь. 2025;2(2):98-134. doi:10.15829/3034-4123-2025-52.
11. Drapkina OM, Svishcheva AA, Lavrenova EA, Shepel RN. Implementation of early detection programs for type 2 diabetes and dispensary observation of patients: international and Russian experience. Primary Health Care (RF). 2025;2(2):34-44. (In Russ.) Драпкина О.М., Свищева А.А., Лавренова Е.А., Шепель Р.Н. Реализация программ раннего выявления сахарного диабета 2 типа и диспансерного наблюдения пациентов с данным заболеванием в системах здравоохранения: международный и отечественный опыт. Первичная медико-санитарная помощь. 2025;2(2):34-44. doi:10.15829/3034-4123-2025-56.
12. Drapkina OM, Martsevich SYu, Shepel RN, et al. Assessment of the features of follow-up and implementation of treatment and preventive measures in patients with prediabetes in outpatient clinical practice in the Russian Federation (DIORAMA): rationale and study design. Rational Pharmacotherapy in Cardiology. 2025;21(5):408-14. (In Russ.) Драпкина О.М., Марцевич С.Ю., Шепель Р.Н. и др. Оценка особенностей диспансерного наблюдения и реализации лечебно-профилактических мероприятий у пациентов с диагнозом "предиабет" в условиях амбулаторной клинической практики в Российской Федерации (ДИОРАМА): обоснование и дизайн исследования. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2025;21(5):408-14. doi:10.20996/1819-6446-2025-3237. EDN: RNEJQS.

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-157

Приложение 1
Шаблон паспорта программы "Региональная модель организации первичной медико-санитарной помощи пациентам с предиабетом"

Номер раздела п/п	Наименование раздела
1	Название Программы
2	Сроки реализации Программы
3	Ответственные исполнители
4	Цель реализации Программы
5	Задачи Программы
6	Этапы реализации Программы и контрольные точки
7	Целевые показатели Программы
8	Основные мероприятия Программы, включая показатели, отражающие эффективность реализации каждого из них
9	Финансовое обеспечение Программы
10	Ожидаемые результаты реализации мероприятий Программы
11	Организация контроля выполнения (мониторинг) мероприятий Программы

Приложение 2
Рекомендуемая структура и содержание паспорта программы "Региональная модель организации первичной медико-санитарной помощи пациентам с предиабетом"

Номер раздела п/п	Наименование раздела	Комментарии
1	Название Программы	Выбирается из перечня рекомендованных
2	Сроки реализации Программы	Рекомендуемые сроки 3-5 лет
3	Ответственные исполнители	В состав исполнителей обязательно включение главных внештатных специалистов РОИВ по соответствующим Проекту специальностям
4	Цель реализации Программы	Определена методическими рекомендациями
5	Задачи Программы	Определены методическими рекомендациями
6	Этапы реализации Программы и контрольные точки	Представляется динамика целевых показателей, отражающих ход реализации программы по годам
7	Целевые показатели Программы	Определены методическими рекомендациями, целевое значение зависит от базового уровня
8	Основные мероприятия Программы, включая показатели, отражающие эффективность реализации каждого из них	Определены методическими рекомендациями
9	Финансовое обеспечение Программы	Механизм и объемы финансирования мероприятий Программы определяются субъектом Российской Федерации
10	Ожидаемые результаты реализации мероприятий Программы	Определены методическими рекомендациями
11	Организация контроля выполнения (мониторинг) мероприятий Программы	Должны быть определены сроки подготовки отчетов, порядок их согласования и корректировки значений целевых индикаторов (показателей).

Сокращение: РОИВ — руководитель (заместитель руководителя) органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

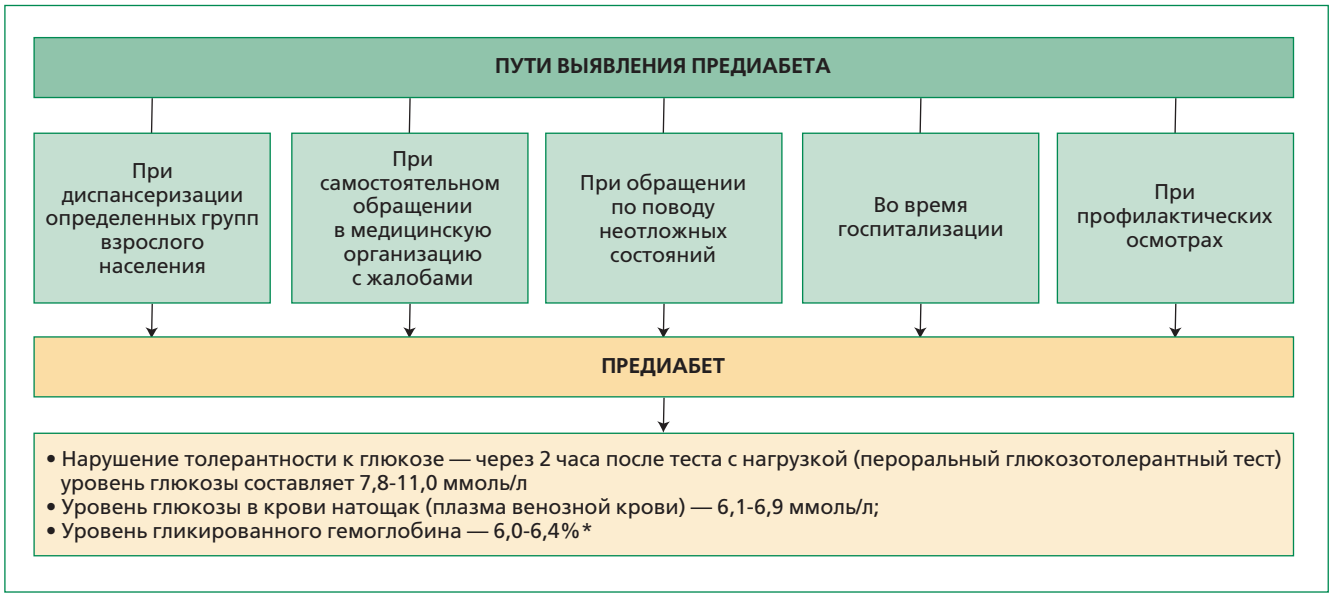
doi: 10.15829/3034-4123-2026-157

Приложение 3

Рекомендуемая Дорожная карта (план-график) реализации мероприятий программы "Региональная модель организации первичной медико-санитарной помощи пациентам с предиабетом"

№ п/п	Наименование мероприятия	Срок реализации		Ответственный исполнитель	Вид документа, результат (% достижения)
		начало	окончание		
1	2	3	4	5	6
1.					
2.					
3.					
...					

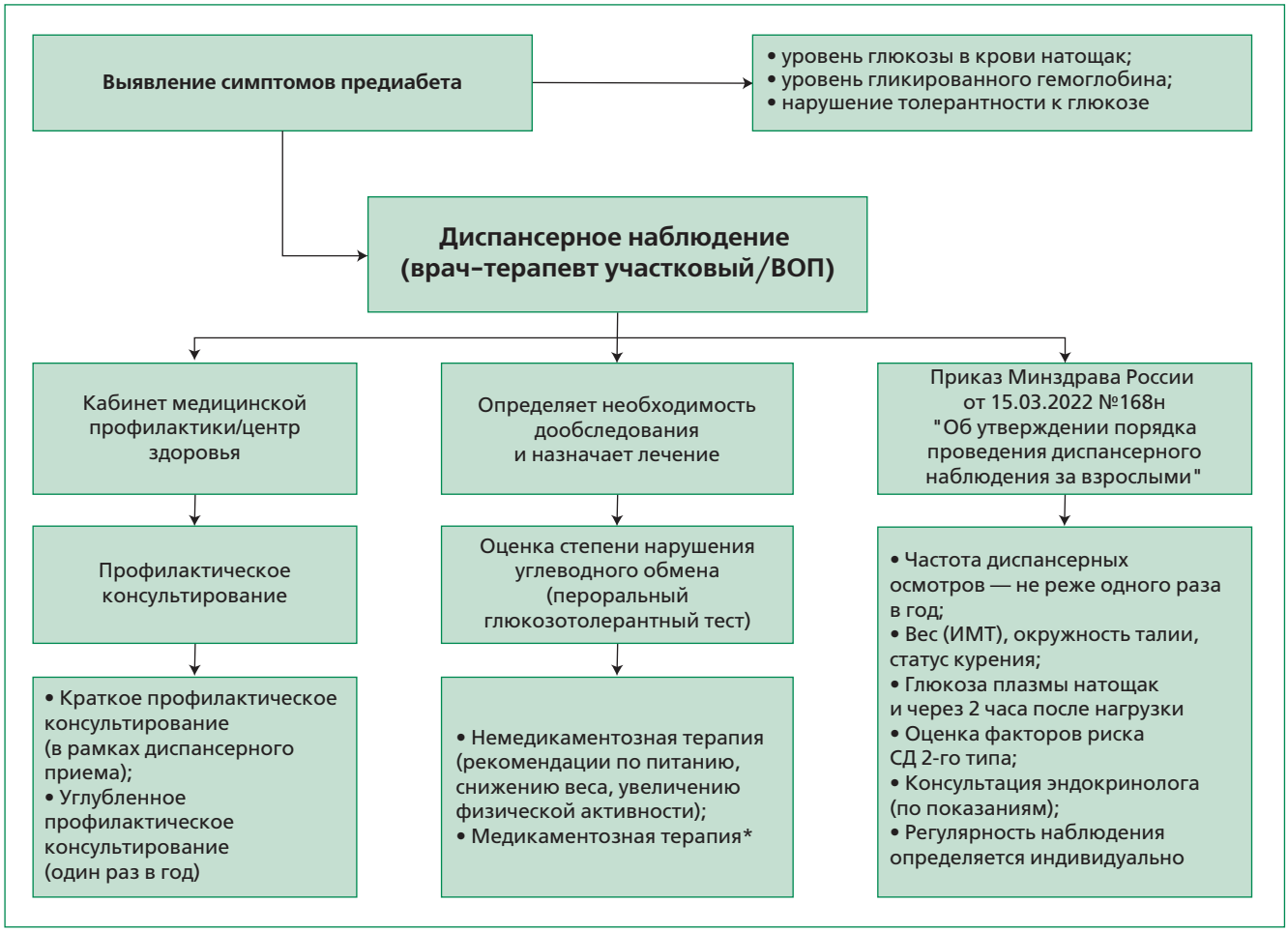
Приложение 4
Схема выявления предиабета в соответствии с потоками пациентов



Примечание: * — уровень HbA1c 6,0-6,4% не позволяет поставить какой-либо диагноз, но отражает высокий риск СД и предиабета и предполагает дальнейшее определение глюкоза плазмы натощак и/или проведение перорального глюкозотолерантного теста для уточнения диагноза.

doi: 10.15829/3034-4123-2026-157

Приложение 5
Схема маршрутизации пациентов с предиабетом в медицинской организации



Примечание: * — в соответствии с клиническими рекомендациями "Сахарный диабет 2 типа у взрослых" (ID 290_2).
Сокращения: ВОП — врач общей практики, ИМТ — индекс массы тела, СД — сахарный диабет.

Приложение 6
Методические рекомендации "Диспансерное наблюдение пациентов с предиабетом врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения"

https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2021/08/metodichka-prediabet.pdf

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-157

Приложение 7
Методика расчета численности лиц с предиабетом среди населения

Общие положения

Настоящая методика предназначена для расчета краткосрочного прогноза числа лиц с различными типами предиабета в регионе.

Исходными данными служат результаты ПМО и ДОГВН, позволяющие оценить число впервые выявленных лиц с предиабетом (определение уровня глюкозы в крови натощак; данные формы №131/о "Сведения о проведении ПМО и ДОГВН", таблица 2000, стр. 5, гр. 6). Методика учитывает неполный охват населения и позволяет определить прогнозное число лиц с предиабетом среди всего взрослого населения отдельного субъекта Российской Федерации.

Цель методики — определение потенциального числа лиц с предиабетом среди взрослого населения субъекта Российской Федерации, разработка краткосрочного прогноза числа лиц с предиабетом среди взрослого населения, необходимого для планирования объемов ДН и профилактических мероприятий.

Исходные данные для расчетов и обозначения

$N_{план}$ — плановая численность взрослого населения, подлежащего ПМО и ДОГВН (человек) — данные ф. № 131/о "Сведения о проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения" (таблица 1000, стр. 8, гр. 4).

$N_{факт}$ — фактическая численность взрослого населения, прошедшего ПМО и ДОГВН (человек) — данные ф. № 131/о "Сведения о проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения" (таблица 1000, стр. 8, гр. 5+6).

$C_{факт}$ — фактическая численность взрослого населения с впервые выявленным предиабетом по итогам ПМО и ДОГВН (человек) — данные ф. № 131/о "Сведения о проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения" (таблица 1000, стр. 5, гр. 6).

$N_{общ}$ — общая численность прикрепленного взрослого населения региона (человек) — данные ф. № 131/о "Сведения о проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения", таблица 1000, стр. 8, гр. 3.

Разработанная методика предполагает расчет следующих показателей:

1. **Расчет коэффициента выполнения плана ПМО и ДОГВН** ($K_{вып}$), который в настоящей методике рассчитывается с целью нивелирования неполного охвата населения ПМО и ДОГВН, и при дальнейших расчетах его обратная величина будет применяться как поправочный коэффициент:

$$K_{вып}=\frac{N_{факт}}{N_{план}},$$

где: $N_{факт}$ — фактическая численность взрослого населения, прошедшего ПМО и ДОГВН (человек); $N_{план}$ — плановая численность взрослого населения, подлежащего ПМО и ДОГВН (человек).

Интерпретация показателя: если $K_{вып}=1$, план выполнен полностью, если $K_{вып}<1$, имеет место недовыполнение плана (фактически осмотрено меньше населения, чем планировалось).

Для получения коэффициента выполнения плана ПМО и ДОГВН, выраженного в %, полученный $K_{вып}$ надо умножить на 100%.

2. **Расчет показателя фактической выявляемости предиабета (D).** Рассчитывается число выявленных лиц с предиабетом среди населения, прошедшего ПМО и ДОГВН:

$$D=\frac{C_{факт}}{N_{факт}},$$

где: $C_{факт}$ — фактическая численность взрослого населения с впервые выявленным предиабетом по итогам ПМО и ДОГВН (человек); $N_{факт}$ — фактическая численность взрослого населения, прошедшего ПМО и ДОГВН (человек).

Для получения доли фактической выявляемости предиабета, выраженной в %, полученный коэффициент D надо умножить на 100%.

3. **Расчет прогнозной численности населения с предиабетом на следующий период ($C_{прогноз}$) при 100%-ном выполнении плана ПМО и ДОГВН.** Для определения того, какая численность взрослого населения с предиабетом могла бы быть выявлена при условии 100% плана, применяется формула:

$$C_{прогноз}=D \times N_{план} \times K_{поправочный},$$

где: **D** — численность фактически выявленных случаев предиабета среди населения, прошедшего ПМО и ДОГВН (человек); $N_{план}$ — плановая численность взрослого населения, подлежащего ПМО и ДОГВН (человек); $K_{поправочный}$ — коэффициент поправки на недовыявление предиабета (величина, обратная $K_{вып}$).

Поскольку необходимо учитывать расхождение между плановой и фактической численностью взрос-

лого населения, прошедшего ПМО и ДОГВН, применяется величина, обратная коэффициенту выполнения плана ПМО и ДОГВН, то есть $K_{поправочный}$, при допущении, что распространенность предиабета среди лиц, не прошедших ПМО и ДОГВН, соответствует распространенности такового среди прошедших лиц. Таким образом, формула принимает следующий вид:

$$C_{прогноз}=C_{факт} \times \frac{N_{план}}{N_{факт}},$$

где: $C_{факт}$ — фактическая численность взрослого населения с впервые выявленным предиабетом по итогам ПМО и ДОГВН (человек); $N_{план}$ — плановая численность взрослого населения, подлежащего ПМО и ДОГВН (человек); $N_{факт}$ — фактическая численность взрослого населения, прошедшего ПМО и ДОГВН (человек).

4. **Расчет численности лиц с предиабетом среди всего прикрепленного взрослого населения региона ($S_{прогноз}$)**. В предыдущем пункте 3 представлена формула прогноза численности взрослого населения с предиабетом среди планового контингента ($C_{прогноз}$), то есть среди тех, кто должен был пройти ПМО и ДОГВН по плану. Чтобы распространить прогноз на все прикрепленное взрослое население, используется тот же принцип расчета, но с заменой плановой численности населения на общую численность прикрепленного взрослого населения региона. Формула прогноза численности лиц с предиабетом среди всего прикрепленного взрослого населения региона на следующий период будет выглядеть следующим образом:

$$S_{прогноз}=C_{факт} \times \frac{N_{общ}}{N_{факт}},$$

где: $C_{факт}$ — фактическая численность взрослого населения с впервые выявленным предиабетом по итогам ПМО и ДОГВН (человек); $N_{общ}$ — общая численность прикрепленного взрослого населения региона (человек); $N_{факт}$ — фактическая численность взрослого населения, прошедшего ПМО и ДОГВН (человек).

Приводим пример расчета показателей по региону.

Имеются следующие данные по региону "X":

1. $N_{план}$ — плановая численность взрослого населения, подлежащего ПМО и ДОГВН — 582273 человек.
2. $N_{факт}$ — фактическая численность взрослого населения, прошедшего ПМО и ДОГВН — 472687 человек.
3. $C_{факт}$ — фактическая численность взрослого населения с впервые выявленным предиабетом по итогам ПМО и ДОГВН — 51724 человек.
4. $N_{общ}$ — общая численность прикрепленного взрослого населения региона — 1251602 человек.

Расчет выполняется с соблюдением нескольких последовательных шагов, согласно приведенной выше методике.

1. Расчет коэффициента выполнения плана ПМО и ДОГВН ($K_{вып}$).

$$K_{вып}=\frac{N_{факт}}{N_{план}},$$

где: $N_{факт}$ — фактическая численность взрослого населения, прошедшего ПМО и ДОГВН (472687 человек); $N_{план}$ — плановая численность взрослого населения, подлежащего ПМО и ДОГВН (582273 человек).

$$K_{вып}=\frac{472687}{582273}=0,8118$$

$K_{вып}<1$ (0,8118, или в процентном отношении — 81,18%), то есть имеет место недовыполнение плана.

2. Расчет показателя фактической выявляемости предиабета (D).

$$D=\frac{C_{факт}}{N_{факт}},$$

где: $C_{факт}$ — фактическая численность взрослого населения с впервые выявленным предиабетом по итогам ПМО и ДОГВН (51724 человек); $N_{факт}$ — фактическая численность взрослого населения, прошедшего ПМО и ДОГВН (472687 человек).

$$D=\frac{51724}{472687}=0,109$$

Если умножить полученный коэффициент на 100%, то фактическая выявляемость предиабета в регионе "X" составит 10,9%.

3. Расчет прогнозной численности населения с предиабетом на следующий период ($C_{прогноз}$) при 100% выполнении плана ПМО и ДОГВН.

$$C_{прогноз}=C_{факт} \times \frac{N_{план}}{N_{факт}},$$

где: $C_{факт}$ — фактическая численность взрослого населения с впервые выявленным предиабетом по итогам ПМО и ДОГВН (51724 человек); $N_{план}$ — плановая численность взрослого населения, подлежащего ПМО и ДОГВН (582273 человек); $N_{факт}$ — фактическая численность взрослого населения, прошедшего ПМО и ДОГВН (472687 человек).

$$C_{прогноз}=51724 \times \frac{582273}{472687}=63715 \text{ человек}$$

Следовательно, если план ПМО и ДОГВН был бы реализован на 100%, то численность населения с предиабетом среди прошедших ПМО и ДОГВН составила бы 63715,5 человек, что на 23,2% больше, чем выявлено (51724 человек) при 81,18% охвате населения, подлежащего ПМО и ДОГВН согласно плану.

Если составить простую пропорцию, то можно получить прогнозную долю населения с предиабетом при 100% выполнении плана ПМО и ДОГВН:

При фактической численности взрослого населения, прошедшего ПМО и ДОГВН, равной 472687 человек, доля выявленных лиц с предиабетом составила 10,9%. Надо определить прогнозную долю населения с предиабетом при 100%-ном выполнении плана ПМО и ДОГВН. Составляем следующую пропорцию:

472687 — 10,9%

582273 — X%

$$X=\frac{582273 \times 10,9}{472687}=13,43\%$$

Таким образом, при 100%-ном выполнении плана ПМО и ДОГВН, выявляемость предиабета составила бы 13,43%.

4. Расчет численности лиц с предиабетом среди всего прикрепленного взрослого населения региона ($S_{прогноз}$).

$$S_{прогноз}=C_{факт} \times \frac{N_{общ}}{N_{факт}},$$

где: $C_{факт}$ — фактическая численность взрослого населения с впервые выявленным предиабетом по итогам ПМО и ДОГВН (51724 человек); $N_{общ}$ — общая численность прикрепленного взрослого населения региона (1251602 человек); $N_{факт}$ — фактическая численность взрослого населения, прошедшего ПМО и ДОГВН (472687 человек).

$$S_{прогноз}=51724 \times \frac{1251602}{472687}=136957 \text{ человек}$$

Можно получить прогнозную долю предиабета для всего прикрепленного населения региона, подставив значения в следующую формулу:

$$X_{S_{прогноз}}=\frac{S_{прогноз}}{N_{общ}}=\frac{136957,1}{1251602} \times 100\%=10,94\%$$

Таким образом, прогнозная доля среди всего прикрепленного населения составляет 10,94%.

Справочно.

Ограничения и допущения методики

1. Методика предполагает, что распространенность предиабета среди лиц, не прошедших ДОГВН, соответствует распространенности среди населения, прошедшего ДОГВН.

2. Получение информации для расчетов предполагает использование данные ф. № 131/о "Сведения о проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения", в которой содержится информация только об уровне глюкозы в крови натощак.

3. Методика не учитывает возможные ошибки лабораторной диагностики, которые могли повлиять на $C_{факт}$.

4. Прогноз актуален для краткосрочного периода (1 год), и не может использоваться в случае расчета среднесрочных и долгосрочных прогнозов, для построения которых требуется анализ динамики и построение сложных математических моделей.

Приложение 8
Методика расчета критериев и показателей программы "Региональная модель организации первичной медико-санитарной помощи пациентам с предиабетом"

№	Показатель	Единица измерения	Методика расчета	Источник информации
1. Организационные мероприятия				
1.	Доля МО (подразделений), оказывающих ПМСП, участвующих в реализации Программы, в которых внедрены внутренние локальные акты (приказы/алгоритмы) по ведению пациентов с предиабетом, от общего числа МО (подразделений) медицинских организаций, оказывающих ПМСП в субъекте Российской Федерации	%	$П1=\frac{C_{факт}}{N_{факт}} = \times 100$ где: $C_{факт}$ — фактическое число МО (подразделений), оказывающих ПМСП, участвующих в реализации Программы, в которых внедрены внутренние локальные акты; $N_{факт}$ — фактическое число МО (подразделений) медицинских организаций, оказывающих ПМСП в субъекте Российской Федерации.	Фактические данные МО
2. Социальные мероприятия				
2.	Количество проведенных мероприятий, направленных на повышение информированности населения о факторах риска развития предиабета (публикации в социальных сетях, выступления/видеоматериалы на телевидении, публикации в СМИ, проведенные социальные акции и т.д.) — суммарно	абс. число	П2 Расчет не требуется	Фактические данные МО
2.1	Количество публикаций в социальных сетях о факторах риска развития предиабета	абс. число	Расчет не требуется	Фактические данные МО
2.1	Количество выступлений/ видеоматериалы на телевидении, направленных на повышение информированности населения о факторах риска развития предиабета	абс. число	Расчет не требуется	Фактические данные МО
2.1.	Количество публикаций в СМИ о факторах риска развития предиабета	абс. число	Расчет не требуется	Фактические данные МО
2.1.	Количество проведенных социальных акций, направленных на повышение информированности населения о факторах риска развития предиабета	абс. число	Расчет не требуется	Фактические данные МО
3. Медицинские мероприятия				
3.	Доля впервые выявленных лиц с предиабетом среди населения, прошедшего ПМО и ДОГВН	%	$П3.1=\frac{C_{факт}}{N_{факт}} = \times 100$ где: $C_{факт}$ — фактическое число лиц с впервые выявленным предиабетом по итогам ПМО и ДОГВН (человек); $N_{факт}$ — фактическое число лиц, прошедших ПМО и ДОГВН (человек).	Числитель: данные ф. 131/0, табл. 4000, стр. 2, гр. 4 — число лиц, у которых при проведении ПМО/ДОГВН выявлена гипергликемия Знаменатель: данные ф. 131/0, табл. 1000, стр. 8 гр. 5+6

doi: 10.15829/3034-4123-2026-157

№	Показатель	Единица измерения	Методика расчета	Источник информации
3.2.	Охват ДН лиц с предиабетом, в МО (подразделениях), оказывающих ПМСП пациентам с предиабетом, от числа лиц, у которых выявлен предиабет по итогам ПМО и ДОГВН		$П3.2=\frac{C_{факт}}{N_{факт}} = \times 100$ где: $C_{факт}$ — фактическое число лиц с предиабетом, находящихся под ДН (человек); $N_{факт}$ — фактическое число лиц с выявленным предиабетом по итогам ПМО и ДОГВН (человек).	Числитель: Число лиц, у которых выявлена гипергликемия (при проведении ПМО/ДОГВН, при обращении в МО в связи с заболеванием либо за неотложной помощью, состоящие под ДН (данные из формы № 030/у "Контрольная карта диспансерного наблюдения") Знаменатель: Число лиц, у которых при проведении ПМО/ДОГВН выявлена гипергликемия (ф. 131/0, табл. 4000, стр. 2, гр. 4) + число лиц, у которых гипергликемия выявлена при обращении в МО в связи с заболеванием либо за неотложной помощью (данные из формы № 025-1/у "Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях")
3.3.	Охват профилактическим консультированием лиц с предиабетом, в МО (подразделениях), оказывающих ПМСП пациентам с предиабетом, от числа лиц, у которых выявлен предиабет по итогам ПМО и ДОГВН		$П3.3=\frac{C_{факт}}{N_{факт}} = \times 100$ где: $C_{факт}$ — фактическое число лиц с предиабетом, получивших профилактическое консультирование (человек); $N_{факт}$ — фактическое число лиц с выявленным предиабетом по итогам ПМО и ДОГВН (человек).	
3.4.	Доля пациентов с предиабетом, получающих медикаментозную терапию в связи с наличием дополнительных факторов риска развития СД 2 типа и невозможностью достижения адекватного гликемического контроля при изменении образа жизни, от всех состоящих под ДН с предиабетом		$П3.4=\frac{C_{факт}}{N_{факт}} = \times 100$ где: $C_{факт}$ — фактическое число лиц с предиабетом, получающих медикаментозную терапию (человек); $N_{факт}$ — фактическое число лиц с предиабетом, состоящих под ДН (человек).	Фактические данные МО (на основании данных из формы № 030/у "Контрольная карта диспансерного наблюдения")
3.5.	Доля пациентов, у которых диагностирован СД 2 типа из числа состоящих на ДН по поводу предиабета на конец года		$П3.5=\frac{C_{факт}}{N_{факт}} = \times 100$ где: $C_{факт}$ — фактическое число лиц, у которых диагностирован СД 2 типа на конец года (человек); $N_{факт}$ — фактическое число лиц с предиабетом, состоящих под ДН (человек).	Фактические данные МО (на основании данных из формы № 030/у "Контрольная карта диспансерного наблюдения")
4. Образовательные мероприятия				
4.	Доля обученных медицинских работников (врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых, ВОП, врачей-эндокринологов, врачей по медицинской профилактике, фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов, других медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование) по вопросам выявления, лечения и ДН за пациентами с предиабетом, от всех медицинских работников, участвующих в оказании ПМСП пациентам с предиабетом	%	$П4=\frac{C_{факт}}{N_{факт}} = \times 100$ где: $C_{факт}$ — фактическое число обученных медицинских работников по вопросам выявления, лечения и ДН за пациентами с предиабетом (человек); $N_{факт}$ — фактическая численность всех медицинских работников, участвующих в оказании ПМСП пациентам с предиабетом (человек).	Числитель: фактические данные МО Знаменатель: форма ФСН №30, (табл. 1000, сумма стр. 35+98+ гр. 10) + (табл. 1101, стр. 1, гр. 5) + (табл. 1102, стр. 2 + 4, гр. 5) + (табл. 1101, стр. 2, гр. 5) + (ф. 68, табл. 1200, стр. 1 +5, гр.5) + число заведующих структурными подразделениями МО + фельдшеров кабинетов доврачебного приема

№	Показатель	Единица измерения	Методика расчета	Источник информации
4.1	Доля обученных врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых по вопросам выявления, лечения и ДН за пациентами с предиабетом, от всех врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых, работающих в МО	%	$П4.1=\frac{C_{факт}}{N_{факт}} = \times 100$ где: $C_{факт}$ — фактическое число обученных врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых по вопросам выявления, лечения и ДН за пациентами с предиабетом (человек); $N_{факт}$ — фактическая численность всех врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых, работающих в МО (человек)	Числитель: фактические данные МО Знаменатель: форма ФСН №30, табл. 1000, стр. 98, гр. 10
4.2	Доля обученных ВОП (при наличии) по вопросам выявления, лечения и ДН за пациентами с предиабетом, от всех ВОП, работающих в МО	%	$П4.2=\frac{C_{факт}}{N_{факт}} = \times 100$ где: $C_{факт}$ — фактическое число обученных ВОП (при наличии) по вопросам выявления, лечения и ДН за пациентами с предиабетом (человек); $N_{факт}$ — фактическая численность всех ВОП, работающих в МО (человек)	Числитель: фактические данные МО Знаменатель: форма ФСН №30, табл. 1000, стр. 35, гр. 10
4.3	Доля обученных врачей по медицинской профилактике по вопросам выявления, лечения и ДН за пациентами с предиабетом, от всех врачей по медицинской профилактике, работающих в МО		$П4.3=\frac{C_{факт}}{N_{факт}} = \times 100$ где: $C_{факт}$ — фактическое число обученных врачей по медицинской профилактике по вопросам выявления, лечения и ДН за пациентами с предиабетом (человек); $N_{факт}$ — фактическая численность всех врачей по медицинской профилактике, работающих в МО (человек)	Числитель: фактические данные МО Знаменатель: форма ФСН №30, табл. 1101, стр. 1, гр. 5
4.4	Доля обученных заведующих структурными подразделениями по вопросам выявления, лечения и ДН за пациентами с предиабетом, от всех заведующих структурными подразделениями, работающих в МО	%	$П4.4=\frac{C_{факт}}{N_{факт}} = \times 100$ где: $C_{факт}$ — фактическое число обученных заведующих структурными подразделениями по вопросам выявления, лечения и ДН за пациентами с предиабетом (человек); $N_{факт}$ — фактическая численность всех заведующих структурными подразделениями, работающих в МО (человек)	Числитель: фактические данные МО Знаменатель: фактические данные МО
4.5	Доля обученных фельдшеров (медицинских сестер) фельдшерско-акушерских и фельдшерских пунктов по вопросам выявления, лечения и ДН за пациентами с предиабетом, от всех медицинских сотрудников, работающих на фельдшерско-акушерских и фельдшерских пунктах, входящих в состав в МО	%	$П4.5=\frac{C_{факт}}{N_{факт}} = \times 100$ где: $C_{факт}$ — фактическое число обученных фельдшеров (медицинских сестер) фельдшерско-акушерских и фельдшерских пунктов по вопросам выявления, лечения и ДН за пациентами с предиабетом (человек); $N_{факт}$ — фактическая численность всех медицинских сотрудников, работающих на фельдшерско-акушерских и фельдшерских пунктах, входящих в состав в МО (человек)	Числитель: фактические данные МО Знаменатель: форма ФСН №30, табл. 1102, стр. 2 + 4, гр. 5

doi: 10.15829/3034-4123-2026-157

№	Показатель	Единица измерения	Методика расчета	Источник информации
4.6	Доля обученных фельдшеров кабинетов доврачебного приема, врачей и медицинских сестер центров здоровья по вопросам выявления, лечения и ДН за пациентами с предиабетом, от всех медицинских сотрудников, работающих в вышеуказанных структурных подразделениях, входящих в состав в МО	%	$П4.5=\frac{C_{факт}}{N_{факт}} = \times 100$ где: $C_{факт}$ — фактическое число обученных фельдшеров кабинетов доврачебного приема, медицинских сестер центров здоровья по вопросам выявления, лечения и ДН за пациентами с предиабетом (человек); $N_{факт}$ — фактическая численность всех фельдшеров кабинетов доврачебного приема, медицинских сестер центров здоровья, работающих в МО (человек)	Числитель: фактические данные МО Знаменатель: фактическое число фельдшеров кабинета доврачебного приема + ф. 68, табл. 1200, стр. 1 +5, гр.5 (при наличии)

Примечание: все показатели рассчитываются на конец года.
Сокращения: ВОП — врач общей практики, ДН — диспансерное наблюдение, ДОГВН — диспансеризация определенных групп взрослого населения, МО — медицинская организация, ПМО — профилактический медицинский осмотр, ПМСП — первичная медико-санитарная помощь, СД — сахарный диабет, ФСН — федеральное статистическое наблюдение.

Приложение 9
Методика оценки эффективности деятельности медицинских организаций и их ранжированию (рейтингованию)

1 шаг. Определение показателей для оценки эффективности деятельности и рейтингования медицинских организаций

Рекомендуемые показатели для оценки эффективности деятельности и рейтингования медицинских организаций представлены в таблице 9.1.

Таблица 9.1

Рекомендуемые показатели для оценки эффективности деятельности и рейтингования медицинских организаций

Условное обозначение показателя*	Показатель
П 3.1.	Доля впервые выявленных лиц с предиабетом среди населения, прошедшего ПМО и ДОГВН
П 3.2.	Охват ДН лиц с предиабетом, в медицинских организациях (подразделениях), оказывающих ПМСП пациентам с предиабетом, от числа лиц, у которых выявлен предиабет по итогам ПМО и ДОГВН
П 3.3.	Охват профилактическим консультированием лиц с предиабетом, в медицинских организациях (подразделениях), оказывающих ПМСП пациентам с предиабетом, от числа лиц, у которых выявлен предиабет по итогам ПМО и ДОГВН
П 3.4.	Доля пациентов с предиабетом, получающих медикаментозную терапию в связи с наличием дополнительных факторов риска развития СД 2 типа и невозможностью достижения адекватного гликемического контроля при изменении образа жизни, от всех состоящих под ДН с предиабетом
П 3.5.	Доля пациентов, у которых диагностирован СД 2 типа из числа состоящих на ДН по поводу предиабета на конец года
П 4	Доля обученных медицинских работников (врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики, врачей-эндокринологов, врачей по медицинской профилактике, фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов, других медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование) по вопросам выявления, лечения и ДН за пациентами с предиабетом, от всех медицинских работников, участвующих в оказании ПМСП пациентам с предиабетом

Примечание: * — условное обозначение показателя из: первой цифры — номер группы мероприятий, вторая цифра — порядковый номер показателя из группы мероприятий. В расчете рейтинга медицинской организации участвуют только относительные показатели.
Сокращения: ДН — диспансерное наблюдение, ДОГВН — диспансеризация определенных групп взрослого населения, ПМО — профилактический медицинский осмотр, ПМСП — первичная медико-санитарная помощь, СД — сахарный диабет.

2 шаг: Расчет показателей по данным на конец текущего года

Методики расчета показателей оценки эффективности деятельности медицинских организаций представлены в Приложении 8.

Для удобства проведения расчетов в каждой медицинской организации, участвующей в реализации Программы рекомендуется утвердить локальные отчетные формы, заполнять их по каждому терапевтическому участку и участку врача общей практики, либо по медицинской организации в целом в зависимости от назначения показателя. Рекомендуемый шаблон отчетных форм представлен в Приложении 10.

3 шаг: Расчет коэффициента достижения целевого значения показателей

Расчет коэффициента достижения целевого значения показателей П3.1, П3.2, П3.3, П3.4, П4 на конец текущего года проводится по формуле:

$$КД = \frac{C_{факт}}{N_{факт}},$$

где: КД П3.1, П3.2, П3.3, П3.4, П4 — коэффициент достижения целевого показателя

$C_{факт}$ — достигнутое значение показателя на конец года; $N_{факт}$ — целевое значение показателя на конец текущего года.

Расчет коэффициента достижения целевого значения показателя П3.5 на конец текущего года проводится по формуле:

$$КД3.5=1/\frac{C_{факт}}{N_{факт}},$$

где: КД 3.5 — коэффициент достижения целевого показателя П3.5, $C_{факт}$ — достигнутое значение показателя на конец года; $N_{факт}$ — целевое значение показателя на конец текущего года.

4 шаг: Оценка коэффициента достижения показателя в соответствии со шкалой балльной оценки

Оценка коэффициента достижения показателя проводится в соответствии со шкалой балльной оценки коэффициента достижения целевого показателя, представленной в таблице 9.2. Предусмотрена балльная оценка коэффициента достижения показателя, исходя из следующего посыла: чем ближе к целевому достигнутое значение показателя, тем выше балл.

Таблица 9.2

Шкала балльной оценки коэффициента достижения целевого показателя

Коэффициент достижения целевого показателя	Балл
0,90 и больше	3
0,80-0,89	2
0,70-0,79	1
меньше 0,70	0

5 шаг: Расчет итогового показателя эффективности (ИПЭ)

Проводится заполнение таблицы для расчета итогового показателя (таблица 9.3). Целевые значения на текущий год (план) устанавливаются регионом самостоятельно в зависимости от базового уровня.

Таблица 9.3

Таблица для расчета ИПЭ

№ п/п	Наименование показателя	Целевое значение на конец текущего года (план)	Достигнутое значение на конец текущего года (факт)	Коэффициент достижения факт/план	Оценка в баллах
1	2	3	4	5	6
П 3.1.	показатель				
П 3.2.	показатель				
П 3.3.	показатель				
...	показатель				
	Итоговый показатель	-	-	-	Сумма баллов

ИПЭ рассчитывается путем суммирования баллов, полученных за каждый показатель в соответствии со шкалой балльной оценки.

6 шаг. Определения рейтинга медицинских организаций

Определения рейтинга медицинских организаций проводится на основании их ранжирования в зависимости от значения ИПЭ.

Интерпретацию значений ИПЭ рекомендуется проводить через определение терцилей, которые представляют собой точки среза, значения признака, делящие ранжированную совокупность на три равные части. Значения ИПЭ в интервале первого терциля соответствуют низкому уровню показателя, второй терциль — средний уровень, третий терциль — высокий уровень. Максимальное количество баллов при условии выполнения всех целевых составляет 6х3=18 баллов (таблица 9.4).

Для наглядного изображения полученных результатов целесообразно использовать условные обозначения. Низкий уровень ИПЭ маркируется красным цветом, средний уровень — желтым, и, соответственно, высокий уровень — зеленым цветом.

Таблица 9.4

Интерпретация ИПЭ

Наименование терциля	Условное обозначение	Значение ИПЭ, балл	Рейтинг
Третий терциль	Зеленый	13-18	Высокий
Второй терциль	Желтый	7-12	Средний
Первый терциль	Красный	0-6	Низкий

Ранжирование медицинских организаций, проведенное в зависимости от значения ИПЭ в баллах, позволяет выделить три группы медицинских организаций: медицинские организации с высоким, средним и низким рейтингом, Список медицинских организаций, отсортированный в порядке убывания баллов, позволяет наглядно продемонстрировать лидеров и аутсайдеров.

7 шаг. Заключительный

На основе проведенного анализа необходимо сделать обобщающие выводы, которые должны содержать оценку значения ИПЭ каждой медицинской организации в субъекте Российской Федерации. В зависимости от рейтинга медицинские организации разрабатывают планы корректирующих мероприятий.

Руководители медицинских организаций принимают управленческие решения, направленные на достижение целевых показателей (изменение маршрутизации пациентов, дополнительное обучение медицинского персонала, экономические методы стимулирования сотрудников, добившихся наилучших результатов и др.).

Органы исполнительной власти могут использовать значения рейтинга для принятия управленческих решений в отношении руководителей медицинских организаций, например, устанавливать дифференцированный размер стимулирующих выплат в зависимости от рейтинга медицинской организации.

Пример расчета ИПЭ

Пример расчета ИПЭ представлен в таблице 9.5.

Таблица 9.5

Пример расчета ИПЭ условной медицинской организации

№ п/п	Наименование показателя	Целевое значение на конец текущего года (план)	Достигнутое значение на конец текущего года (факт)	Коэффициент достижения факт/план	Оценка в баллах
1	2	3	4	5	6
П 3.1	показатель	8	6	0,75	1
П 3.2	показатель	60	50	0,83	2
П 3.3	показатель	50	60	1,20	3
П 3.4	показатель	70	25	0,35	0
П 3.5	показатель	5	12	0,41	0
П 4	показатель	30	28	0,93	3
	Итоговый показатель	-	-	-	**9**

Пример итоговой таблицы рейтинга медицинских организаций региона представлен в таблице 9.6.

Таблица 9.6

Итоговая таблица рейтинга медицинских организаций региона

№	Наименование медицинской организации	Сумма баллов	Рейтинг
1	Медицинская организация А	17	Высокий
2	Медицинская организация Б	16	Высокий
3	Медицинская организация В	14	Высокий
4	Медицинская организация Г	12	Средний
5	Медицинская организация Д	9	Средний
6	Медицинская организация Е	8	Средний
7	Медицинская организация Ж	8	Средний
8	Медицинская организация З	4	Низкий
9	Медицинская организация И	2	Низкий

Таким образом, условная медицинская организация Д имеет ИПЭ равный 9 баллам, что соответствует среднему уровню в рейтинге медицинских организаций региона.

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-157

Приложение 10
Учет и регистрация случаев предиабета в медицинской организации

Перечень учетных форм, заполняемых в медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь

1. Учетная форма № 025/у "Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях" (утверждена Приказом Минздрава России от 13 мая 2025 г. № 274н "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков их ведения").

2. Учетная форма № 025-1/у "Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях" (утверждена Приказом Минздрава России от 13 мая 2025 г. № 274н "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков их ведения").

Талон оформляется медицинскими организациями (иными организациями), оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и заполняется врачом и (или) медицинским работником со средним профессиональным образованием на всех пациентов, обращающихся в эти медицинские организации, при каждом их обращении и посещении к врачу, в том числе по поводу ДН при наличии предиабета.

3. Учетная форма № 131/у "Карта учета ПМО/ДОГВН" (утверждена Приказом Минздрава России от 10 ноября 2020 г. № 1207н "Об утверждении учетной формы медицинской документации № 131/у "Карта учета ПМО/ДОГВН", порядка ее ведения и формы отраслевой статистической отчетности № 131/о "Сведения о проведении ПМО и ДОГВН", порядка ее заполнения и сроков представления").

Карта заполняется на каждого пациента, проходящего обследование в амбулаторных условиях при проведении ПМО/ДОГВН. Карта фиксирует результаты осмотров, исследований, оценку факторов риска и группу здоровья, в том числе результаты исследований и иных медицинских вмешательств, выполненных во время первого этапа ДОГВН. В строке 11 таблицы "Результаты исследований и иных медицинских вмешательств, выполненных при проведении ПМО (первого этапа ДОГВН), отмечается уровень глюкозы в крови натощак (в ммоль/л). В строку 12 таблицы "Сведения о проведенных приёмах (осмотрах, консультациях), исследованиях и иных медицинских вмешательствах при ПМО (на первом этапе ДОГВН" вносится информация об определении уровня глюкозы в крови натощак и выявленном патологическом состоянии, В строке 17 таблицы "Выявленные при проведении ПМО/ДОГВН факторы риска и другие патологические состояния и заболевания, повышающие вероятность развития хронических неинфекционных заболеваний" отмечается наличие у пациента гипергликемии (если таковая имеется) как фактора риска развития СД 2 типа.

4. Учетная форма № 030/у "Контрольная карта диспансерного наблюдения" (утверждена приказом Минздрава России от 15 марта 2022 г. № 168н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми").

Поскольку Карта заполняется на каждое заболевание, по поводу которого проводится ДН, на пациента с предиабетом должна быть заведена еще одна Карта, независимо от наличия у него других заболеваний, по поводу которых он состоит под ДН.

Справочно.

В соответствии с приказом Минздрава России от 15.03.2022 № 168н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми" пациенты с выявленным предиабетом подлежат пожизненному ДН (Приложение № 1 к Порядку проведения ДН за взрослыми, утвержденному приказом Минздрава России от 15 марта 2022 г. № 168н, строка 7).

Предиабет в МКБ-10 классифицируется как нарушение углеводного обмена, указывающее на высокий риск развития СД 2 типа, сведения о нем не могут быть включены в форму федерального статистического наблюдения.

Коды МКБ-10, связанные с предиабетом:

- *R73.0 — Отклонения результатов нормы теста на толерантность к глюкозе (включает нарушение толерантности к глюкозе и нарушение гликемии натощак).*
- *R73.9 — Гипергликемия неуточненная.*

Для удобства оценки результатов реализации мероприятий Программы в каждой медицинской организации и в целом по субъекту Российской Федерации целесообразно принять локальные отчетные формы, рекомендованные шаблоны представлены ниже.

doi: 10.15829/3034-4123-2026-157

Приложение 11

Проект

Отчет о выявлении и диспансерном наблюдении лиц с предиабетом (код МКБ — R73.0, R73.9) _____
в медицинской организации _____
терапевтический участок № _____ в _____ году

Номер терапевтического участка/участка ВОП	Численность прикрепленного населения	Зарегистрировано заболеваний							Состоит под ДН на конец отчетного года, чел	из них (гр. 10) получает медикаментозную терапию (метформин)	из них (гр. 10) обучено в школе для пациентов за отчетный год	из них (гр. 10) установлен диагноз СД 2 типа
		всего, ед	из них (из гр. 3)		из заболеваний с впервые в жизни установленным диагнозом (из гр. 5)							
			взято под ДН, чел	с впервые в жизни установленным диагнозом	взято под ДН, чел	выявлено при ПМО	выявлено при ДОГВН	выявлено при обращении в медицинскую организацию с жалобами по поводу другого заболевания, либо по неотложным поводам				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Всего по МО												

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-157

Приложение 12
Отчет об обучении медицинского персонала медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, и участвующих в реализации Программы

Категории медицинского персонала	Число физических лиц, абс. число	Число обученных, абс. число (показывать нарастающим итогом)	Доля обученных, %
врачи-терапевты, врачи-терапевты участковые			
врачей общей практики (при наличии)			
врачи по медицинской профилактике			
заведующие структурными подразделениями			
фельдшеры (медицинские сестры) фельдшерско-акушерских и фельдшерских пунктов			
Фельдшеры кабинета доврачебного приема, врачи и медицинские сестра центров здоровья			
Всего по медицинской организации			

Приложение 13
Отчет о проведенных социальных мероприятиях медицинскими организациями, оказывающими первичную медико-санитарную помощь, и участвующих в реализации Программы

Наименование социального мероприятия	абс. число
Количество публикаций в социальных сетях по вопросам оказания первичной медико-санитарной помощи пациентам с предиабетом	
Количество выступлений/видеоматериалов на телевидении по вопросам оказания первичной медико-санитарной помощи пациентам с предиабетом	
Количество публикаций в печатных СМИ по вопросам оказания первичной медико-санитарной помощи пациентам с предиабетом	
Количество проведенных социальных акций, тематических мероприятий по организации и проведению профилактических мероприятий*	
Всего по медицинской организации	

* приложить краткое описание проведенной акции

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Драпкина Оксана Михайловна (Oksana M. Drapkina) — д.м.н., профессор, академик РАН, директор; главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава России; зав. кафедрой терапии и профилактической медицины, ORCID: 0000-0002-4453-8430;

Сон Ирина Михайловна (Irina M. Son) — д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки Российской Федерации, руководитель отдела организационных основ здравоохранения, ORCID 0000-0001-9309-2853;

Медведева Ольга Васильевна (Olga V. Medvedeva) — д.м.н., профессор, главный научный сотрудник отдела организационных основ здравоохранения, ORCID: 0000-0002-3637-9062;

Меньшикова Лариса Ивановна (Larisa I. Menshikova) — д.м.н., профессор, главный научный сотрудник отдела организационных основ здравоохранения. ORCID: 0000-0002-3034-9014;

Суслин Сергей Александрович (Sergey A. Suslin) — д.м.н., профессор, главный научный сотрудник отдела организационных основ здравоохранения; зав. кафедрой организации здравоохранения, общественного здоровья и права, ORCID: 0000-0003-2277-216X;

Шепель Руслан Николаевич (Ruslan N. Shepel) — к.м.н., зам. директора по перспективному развитию медицинской деятельности, главный внештатный специалист по терапии Минздрава России в Центральном федеральном округе, ORCID: 0000-0002-8984-9056;

Дроздова Любовь Юрьевна (Lyubov Yu. Drozdova) — к.м.н., доцент, руководитель лаборатории поликлинической терапии, ORCID: 0000-0002-4529-3308;

Свищева Александра Андреевна (Alexandra A. Svishcheva) — начальник отдела мониторинга лекарственного обеспечения и обращения медицинских изделий Центра организационно — методического управления и анализа качества оказания медицинской помощи в регионах, ORCID: 0009-0009-2671-4443.

Адреса организаций авторов: ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Петроверигский пер., 10, стр. 3, Москва, 101990, Россия; ФГБОУ ВО "Самарский государственный медицинский университет" Минздрава России, ул. Чапаевская, д. 89, Самара, 443099, Россия.

Addresses of the authors' institutions: National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine of the Ministry of Health of the Russian Federation, Petroverigsky Lane, 10, bld. 3, Moscow, 101990, Russia; Samara State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Chapaevskaya str., 89, Samara, 443099, Russia.

Первичная медико-санитарная помощь. 2026;3(2S):362-373.
doi: 10.15829/3034-4123-2026-161
ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

Первичная медико-санитарная помощь
Primary Health Care (Russian Federation)

Оказание медицинской помощи различным группам населения ***Редакционная статья***

Региональная программа "Укрепление здоровья и формирование здоровьесберегающей среды". Рекомендации по разработке, внедрению и оценке эффективности. Методические рекомендации

Драпкина О. М.,
Иванова Е. С.*,
Концевая А. В.,
Муканеева Д. К.,
Анциферова А. А.,
Попович М. В.,
Лопатина М. В.

ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Москва, Российская Федерация

*Corresponding author
(Автор, ответственный за переписку):
kat-iv@mail.ru

Поступила: 23.06.2026
Принята: 26.06.2026

CC BY 4.0

Рекомендации по разработке, внедрению и оценке эффективности региональной программы "Укрепление здоровья и формирование здоровьесберегающей среды" подготовлены в рамках реализации Федерального проекта "Здоровье для каждого" Национального проекта "Продолжительная и активная жизнь" на основе анализа и оценки реализуемых региональных программ укрепления общественного здоровья и представляет современные научно-обоснованные подходы и практические рекомендации по внедрению программы, направленной на укрепление здоровья и формирование здоровьесберегающей среды, на региональном уровне.

Руководство подготовлено в целях оказания организационно-методической и практической помощи специалистам Центров общественного здоровья и медицинской профилактики, представителям органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и другим заинтересованным структурам, участвующим в разработке и реализации региональных программ укрепления здоровья и формирования здоровьесберегающей среды.

Ключевые слова: укрепление здоровья, здоровьесберегающая среда, здоровый образ жизни, региональная программа.

Отношения и деятельность: нет.

Рецензент:
Токарев С. А. — д.м.н., руководитель ГБУЗ ЯНАО "Центр общественного здоровья и медицинской профилактики", главный внештатный специалист департамента здравоохранения ЯНАО по медицинской профилактике, главный внештатный специалист по медицинской профилактике Министерства здравоохранения России по УФО (Надым, Россия).

Методические рекомендации утверждены на заседании Ученого совета ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России (протокол № 9 от 25 ноября 2025 г.).

Для цитирования: Драпкина О. М., Иванова Е. С., Концевая А. В., Муканеева Д. К., Анциферова А. А., Попович М. В., Лопатина М. В. Региональная программа "Укрепление здоровья и формирование здоровьесберегающей среды". Рекомендации по разработке, внедрению и оценке эффективности. Методические рекомендации. *Первичная медико-санитарная помощь.* 2026;3(2S):362-373. doi: 10.15829/3034-4123-2026-161. EDN: NZCNKJ

Primary Health Care (Russian Federation). 2026;3(2S):362-373.
doi: 10.15829/3034-4123-2026-161
ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

Первичная медико-санитарная помощь
Primary Health Care (Russian Federation)

Regional program "Health Promotion and the Creation of a Health-Saving Environment". Guidelines for development, implementation, and evaluation of effectiveness. Guidelines

Drapkina O. M.,
Ivanova E. S.*,
Kontsevaya A. V.,
Mukaneeva D. K.,
Antsiferova A. A.,
Popovich M. V.,
Lopatina M. V.

National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine, Moscow, Russian Federation

*Corresponding author:
kat-iv@mail.ru

Received: 23.06.2026
Accepted: 26.06.2026

These guidelines for the development, implementation, and evaluation of the regional program "Health Promotion and the Creation of a Health-Saving Environment" were prepared as part of the Federal Project "Health for Everyone" of the National Project "Long and Active Life." They are based on an analysis and evaluation of existing regional public health promotion programs and present modern, evidence-based approaches and practical recommendations for implementing a program aimed at promoting health and creating a health-saving environment at the regional level.

These guidelines have been prepared to provide organizational, methodological, and practical assistance to specialists at Public Health and Prevention Centers, representatives of executive authorities of the Russian regions, and other stakeholders involved in the development and implementation of regional health promotion programs and the creation of a health-saving environment.

Keywords: health promotion, health-saving environment, healthy lifestyle, regional program.

Relationships and Activities: none.

For citation: Drapkina O. M., Ivanova E. S., Kontsevaya A. V., Mukaneeva D. K., Antsiferova A. A., Popovich M. V., Lopatina M. V. Regional program "Health Promotion and the Creation of a Health-Saving Environment". Guidelines for development, implementation, and evaluation of effectiveness. Guidelines. *Primary Health Care (Russian Federation).* 2026;3(2S):362-373. doi: 10.15829/3034-4123-2026-161. EDN: NZCNKJ

ЗОЖ — здоровый образ жизни, НКО — некоммерческая организация, РФ — Российская Федерация.

doi: 10.15829/3034-4123-2026-161

Введение

В соответствии с определением Всемирной организации здравоохранения, укрепление здоровья представляет собой "процесс, позволяющий людям повысить контроль за своим здоровьем, а также улучшить его". В этом процессе для достижения устойчивых результатов необходимо как межсекторальное взаимодействие, так и активное участие граждан. Укрепление здоровья включает в себя не только информирование и обучение людей или улучшение умений и навыков отдельных лиц (специалистов разных смежных отраслей, населения, целевых групп и т.п.), но и действия, направленные на изменение социальных, экологических и экономических условий с тем, чтобы смягчить их воздействие на общественное и индивидуальное здоровье, а также условия для реализации этих действий. Укрепление общественного здоровья — это самый эффективный и экономически целесообразный способ увеличения продолжительности качественной жизни населения, сохранения здорового долголетия.

Взаимосвязь между личностными характеристиками человека и его окружением оказывает значительное воздействие на здоровье. Меры по укреплению общественного здоровья должны формироваться с учетом биологических, социальных, психологических, поведенческих и др. аспектов жизни человека и общества, учитывать многообразные факторы, влияющие на здоровье.

Формирование здоровьесберегающей среды является ключевым элементом системы укрепления общественного здоровья, направленным на создание условий для ведения здорового образа жизни.

Образ жизни и здоровье населения тесно связаны с условиями среды проживания, включая доступность инфраструктурных объектов, способствующих или препятствующих формированию здоровых привычек. Научные исследования подтверждают, что наличие парковых зон, пешеходных дорожек и спортивных площадок положительно коррелирует с уровнем физической активности населения, тогда как высокая плотность точек продажи фастфуда и алкоголя ассоциирована с риском развития сердечно-сосудистых заболеваний, ожирения и сахарного диабета.

В РФ в индикаторы общественного здоровья официально введен показатель "Доля граждан, ведущих здоровый образ жизни". Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, здоровый образ жизни — это оптимальное качество жизни, определяемое мотивированным поведением человека, направленным на сохранение и укрепление здоровья в условиях воздействия на него природных и социальных факторов окружающей среды.

В расчет показателя здорового образа жизни (ЗОЖ) включены пять официальных критериев:

— Отсутствие курения;

— Потребление овощей и фруктов ежедневно в количестве не менее 400 г;

— Адекватная физическая активность (не менее 150 мин умеренной или 75 мин интенсивной физической нагрузки в неделю);

— Нормальное потребление соли (не более 5 г в сутки);

— Употребление алкоголя не более 168 г чистого спирта в неделю для мужчин и не более 84 г для женщин.

Принципы формирования мер по укреплению общественного здоровья должны учитывать:

— *Убежденность лиц, принимающих решения,* в необходимости таких программ. Нередко требуется много совещаний, обмена информацией и обсуждений для того, чтобы убедить лиц, принимающих решения, в необходимости поддержать профилактические мероприятия, избавиться от стереотипа, что "здоровьем должно заниматься только здравоохранение".

— *Межсекторальное сотрудничество* в планировании и реализации программ (сочетание ресурсов). Каждый сектор должен работать самостоятельно, но ради общей цели — улучшения здоровья, т.е. каждый, занимаясь своим делом, должен активно сотрудничать, информировать своих партнеров.

— *Личностную ориентацию граждан*, их интересы, потребности и возможности. Программа должна фокусироваться на человеке/личности, а не на болезни, планирование должно *удовлетворить потребности граждан*. По этой причине невозможно подготовить программу в одном регионе, а затем тиражировать ее в другом. Потребности, приоритеты, возможности и ресурсы в регионах разные.

— *Участие местного сообщества* (людей, живущих в одном городском районе, одном селе, сообщество молодежи, пенсионеров и пр.). Участие местного сообщества *должно вовлекаться* в мероприятия по укреплению здоровья с учетом их потребности и интересов.

I. Общие положения

1. Методические рекомендации по разработке, внедрению и оценке эффективности региональных программ укрепления здоровья и формирования здоровьесберегающей среды созданы в рамках исполнения пункта 2 Указа Президента РФ от 7 мая 2024 г. № 309 "О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года" и направлены на оказание методической помощи исполнительным органам государственной власти

субъектов РФ при разработке региональных программ укрепления здоровья на территории субъекта РФ (далее — региональные программы).

2. Региональная программа является документом, содержащим комплекс скоординированных мероприятий, направленных на достижение целей и задач государственных программ. При разработке региональных программ исполнительным органам государственной власти субъектов РФ следует руководствоваться принципами укрепления здоровья и повышения благополучия людей, достижение здорового долголетия.

3. При подготовке региональной программы разрабатывается пояснительная записка, включающая:

- обоснование необходимости реализации региональной программы;
- описание социальных и экономических последствий реализации региональной программы, оценку рисков ее реализации;
- обоснование объемов бюджетных ассигнований на реализацию региональной программы.

4. При подготовке региональной программы укрепления здоровья и формирования здоровьесберегающей среды целесообразно основываться на следующих принципах:

- приоритет межведомственного и межсекторального подхода;
- анализ социально-демографических, экономических показателей, распространенности факторов риска неинфекционных заболеваний, а также иных факторов, оказывающих влияние на здоровье населения субъекта;
- научность и обоснованность выбираемых мер;
- привлечение волонтеров и социально-ориентированных некоммерческих организаций (НКО);
- вовлечение обучающихся образовательных организаций всех уровней;
- взаимодействие с бизнесом.

II. Нормативная база региональных программ укрепления здоровья и формирования здоровьесберегающей среды

Нормативно-правовая основа для разработки и реализации региональных программ укрепления здоровья и формирования здоровьесберегающей среды как многокомпонентного механизма заложена в Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 08.08.2024, с изм. от 26.09.2024) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.09.2024) (далее — ФЗ № 323), в статье 30 которого установлено, что профилактика неинфекционных заболеваний осуществляется на популяционном, групповом и индивидуальном уровнях органами государственной власти, органами местного самоуправления, работодателями, медицинскими организациями, образовательными организациями и физкультурно-спортивными организациями, общественными объединениями путем разработки и реализации системы правовых, экономических и социальных мер, направленных на предупреждение возникновения, распространения и раннее выявление таких заболеваний, а также на снижение риска их развития, предупреждение и устранение отрицательного воздействия на здоровье факторов внутренней и внешней среды, формирование ЗОЖ.

Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья закреплен в статье 12. ФЗ № 323, который обеспечивается путем:

1) разработки и реализации программ формирования здорового образа жизни, в том числе программ снижения потребления алкоголя, потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ (в редакции Федерального закона от 31.07.2020 № 303-ФЗ);

2) осуществления мероприятий по предупреждению и раннему выявлению заболеваний, в том числе предупреждению социально значимых заболеваний и борьбе с ними (в редакции Федерального закона от 22.10.2014 № 314-ФЗ).

Органам государственной власти субъектов РФ отводится важная роль в укреплении общественного здоровья, статьей 9. ФЗ №323 определенна "ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья".

1. "Органы государственной власти и органы местного самоуправления, медицинские организации и иные организации осуществляют взаимодействие в целях обеспечения прав граждан в сфере охраны здоровья.

2. Органы государственной власти и органы местного самоуправления, должностные лица организаций несут в пределах своих полномочий ответственность за обеспечение гарантий в сфере охраны здоровья, установленных законодательством Российской Федерации...".

В соответствии с ФЗ №323 статьей 16 определены полномочия органов государственной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья: "…8) организация осуществления мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни у граждан, проживающих на территории субъекта Российской Федерации".

doi: 10.15829/3034-4123-2026-161

Основные компоненты региональной программы укрепления здоровья и формирования здоровьесберегающей среды



В Конституции РФ в соответствии со статьей 72 п. 1 "В совместном ведении Российской Федерации и субъектов Российской Федерации находятся: ж) координация вопросов здравоохранения, в том числе обеспечение оказания доступной и качественной медицинской помощи, сохранение и укрепление общественного здоровья, создание условий для ведения здорового образа жизни, формирования культуры ответственного отношения граждан к своему здоровью; социальная защита, включая социальное обеспечение".

III. Разработка, формирование и утверждение региональной программы укрепления здоровья и формирования здоровьесберегающей среды

Решение о разработке региональной программы принимается высшим исполнительным органом государственной власти субъекта РФ (далее — разработчик). Разработчик региональной программы:

а) разрабатывает проект региональной программы в соответствии с настоящими методическими рекомендациями;

б) обеспечивает реализацию региональной программы, включая координацию деятельности участников региональной программы;

в) формирует и представляет Минздраву России отчетность о реализации региональной программы.

Проект Региональной программы должен быть согласован с ФГБУЗ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России и направлен на согласование в Минздрав России на утверждение. Региональная программа разрабатывается на период реализации 2025-2030 гг.

Региональная программа утверждается правовым актом высшего исполнительного органа государственной власти субъекта РФ.

Разработчик региональной программы размещает на своем официальном сайте в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" утвержденную региональную программу, с указанием реквизитов документа, которым она утверждена, в течение 5 рабочих дней со дня ее утверждения. Аналогичную информацию в установленный срок необходимо разместить органу исполнительной власти субъекта РФ в сфере охраны здоровья.

Региональная программа укрепления здоровья и формирования здоровьесберегающей среды должна включать компоненты, направленные на создание условий для ведения гражданами ЗОЖ, формирование мотивации для ведения ЗОЖ, повышение грамотности в вопросах здоровья.

Принципы формирования региональных программ укрепления здоровья и формирования здоровьесберегающей среды опираются на значимость проблем общественного здоровья в регионе, включают анализ региональных показателей общественного здоровья и факторов, его определяющих, на основании чего для реализации пла-

Комплексный подход к формированию и реализации региональных программ укрепления здоровья и формирования здоровьесберегающей среды



нируются только научно обоснованные программные мероприятия, базируются при подготовке и реализации программ на приоритете межведомственного и межсекторального подхода, а также на вовлечение и участие в реализации мероприятий программ гражданского сообщества, неправительственных организаций и волонтеров, в том числе волонтеров, использования современных каналов коммуникации.

В план мероприятий региональной программы также должны быть включены действия, направленные на совершенствование работы центров здоровья, внедрение новой парадигмы, увеличение их числа, что должно быть отражено в результатах ежегодного мониторинга по следующим показателям: число центров здоровья в регионе (карта), доля граждан с факторами риска, выявленными в результате профилактических осмотров и диспансеризации, прошедших углубленное профилактическое консультирование в Центрах здоровья, организовано диспансерное наблюдение за гражданами с факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний с формированием индивидуальных программ по ведению здорового образа жизни, в том числе с использованием выездных методов работы, организовано обследование работающих граждан Центрами здоровья на рабочем месте, а также диспансерное наблюдение на рабочем месте лиц с выявленными рисками развития заболеваний.

Технология разработки и формирования региональных программ, может быть охарактеризована как "процессный подход", который можно описать следующим образом:

— *планирование* — установление целей и разработка мероприятий/действий, необходимых для достижения результатов в соответствии с задачами общественного здоровья в регионе; полный процесс планирования региональных программ условно можно выделить две основные фазы: анализ ситуации (поиск, постановка проблемы) и собственно планирование (поиск решений проблемы);

— *осуществление* — внедрение, реализация программных мероприятий/процессов;

— *проверка* — проведение мониторинга, измерения процессов и результатов достижения целей;

— *действие* — принятие и реализация решений и мер по постоянному улучшению показателей общественного здоровья.

Для реализации указанного технологического подхода предлагается порядок разработки и утверждения региональной программы, который включает также пошаговый процесс утверждения программ:

1 шаг — анализ ситуации.

— анализ показателей, структуры и причин смертности в регионе;

— анализ распространенности поведенческих факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний в разрезе каждого муниципального образования (потребление табака и иной никотин содержащей продукции, нерациональное питание, низкая физическая активность, риск пагубного потребления алкоголя);

doi: 10.15829/3034-4123-2026-161

— анализ влияния на здоровье жителей региона иных факторов (экономических, экологических, производственных, инфраструктуры, озеленения);

— анализ инфраструктуры системы общественного здоровья: наличие и деятельность межведомственного совета по укреплению общественного здоровья, регионального центра общественного здоровья и медицинской профилактики, сети отделений/кабинетов медицинской профилактики и центров здоровья, вовлеченность социально-ориентированных НКО, деятельность которых направлена на формирование ЗОЖ, наличие грантов, выделенных НКО;

— анализ составляющих здоровьесберегающей среды тепловые карты в разрезе каждого муниципального образования региона (по результатам расчета числа объектов для занятия физической культурой и спортом на 1 тыс. или 100 тыс. населения, оценки плотности размещения точек по продаже свежих овощей и фруктов на постоянной основе, плотности размещения точек по продаже алкоголя и табака на 1 тыс. или 100 тыс. населения).

2 шаг — подготовка справки о состоянии общественного здоровья. По результатам проведенного на первом этапе анализа региональный центр общественного здоровья и медицинской профилактики готовит справку о состоянии общественного здоровья в регионе, желательно с приложением карты региона и выделением муниципальных образований с разным уровнем смертности по отношению к среднерегиональному показателю распространенности факторов риска.

3 шаг — общественное обсуждение.

Справка о состоянии общественного здоровья в регионе направляется для межсекторального, межведомственного и экспертного общественного обсуждения. По результатам такого обсуждения определяются согласованные приоритеты и готовятся предложения органам исполнительной власти по улучшению показателей общественного здоровья и предложения по конкретным мероприятиям программы.

Неотъемлемым компонентом программы является мониторинг и оценка (выбор показателей для оценки, контрольные точки, оценка процесса и результатов).

4 шаг — подготовка проекта и утверждение программы.

Координация работы по анализу и подготовке справки о состоянии общественного здоровья в регионе, а также подготовка проекта региональной программы рекомендуется **осуществлять региональному центру общественного здоровья и медицинской профилактики** при взаимодействии с межведомственной экспертной группой.

Руководство работой по проведению анализа состояния общественного здоровья в регионе и подготовкой справки осуществляет **орган исполнительной власти региона в сфере охраны здоровья**.

Для подготовки проекта региональной программы рекомендуется создать межведомственную экспертную рабочую группу.

IV. Структура региональной программы укрепления здоровья и формирования здоровьесберегающей среды

Региональная программа укрепления здоровья и формирования здоровьесберегающей среды — это систематизированное изложение основных целей, задач, направлений деятельности и мероприятий по сохранению и укреплению здоровья. Документ строится по определенной структуре и включает:

а) паспорт программы (по форме согласно Приложению 1) с указанием наименования программы, цели, конечных результатов (целевых показателей по годам), задач, органов управления и реализации программы (координатора, исполнителей), объемы финансирования по годам, этапы и сроки реализации;

Цели и задачи региональной программы, указанные в паспорте, должны отвечать следующим требованиям:

— в отношении целей региональной программы достижимость (цели должны быть потенциально достижимы в период реализации региональной программы); измеримость (достижение целей можно проверить);

— в отношении задач региональной программы — необходимость и достаточность задач для достижения цели программы; соответствие срока решения задачи для достижения цели программы;

б) характеристику региона:

— основные географические, демографические, социально-экономические характеристики, заболеваемости, анализ показателей смертности в динамике;

— эпидемиологические характеристики распространенности поведенческих факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний в разрезе каждого муниципального образования (потребление табака и иной никотин содержащей продукции, нерациональное питание, низкая физическая активность, риск пагубного потребления алкоголя);

— сведения о региональном центре общественного здоровья и медицинской профилактики, отделениях (кабинетах) медицинской профилактики, центрах здоровья для взрослых и детей с картами-схемами их на территории размещения

субъекта РФ, а также с картами-схемами к 2030 г. с учетом открытия новых центров здоровья для взрослых;

— сведения о корпоративных программах, количестве, профилях предприятий и числе работников, периодах их реализации, ожидаемых результатах;

— сведения о муниципальных программах, периодах их реализации, ожидаемых результатах;

— анализ составляющих здоровьесберегающей среды — тепловые карты в разрезе каждого муниципального образования региона (по результатам расчета числа объектов для занятия физической культурой и спортом на 1 тыс. или 100 тыс. населения, оценки плотности размещения точек по продаже свежих овощей и фруктов на постоянной основе, плотности размещения точек по продаже алкоголя и табака на 1 тыс. или 100 тыс. населения).

— описание взаимодействия регионального центра общественного здоровья и медицинской профилактики с социально-ориентированными НКО, деятельность которых направлена на формирование ЗОЖ, наличие грантов, выделенных НКО, наличие соглашений, заключенных с НКО;

в) план и описание программных мероприятий, включая состав мероприятий, информацию о ресурсном обеспечении региональной программы и сроках реализации каждого мероприятия.

В данном разделе также приводится информация об органах исполнительной власти субъектов РФ и других ответственных за реализацию каждого мероприятия. План мероприятий по реализации региональной программы по форме согласно Приложению 2;

г) индикаторы и целевые показатели региональной программы;

д) финансирование региональной программы.

Требования к отдельным структурным элементам программы

Цель программы — это конкретные конечные состояния или желаемый результат, которого стремится добиться программа.

Важно сформулировать работающую цель, отвечающую следующим характеристикам: конкретные формулировки цели; *измеримость цели*, желательно в определенных единицах; достижимость в существующих условиях; *значимость и актуальность* для конкретной территории (целевой группы и пр.); планируется на определенное (ограниченное) время.

Долгосрочные цели (на срок 5 и более лет) могут быть направлены снижение смертности, возврат инвестиций.

Среднесрочные цели (на срок 1-3 лет) направляются на снижение распространенности у населения факторов риска, увеличение доли граждан, ведущих ЗОЖ.

Краткосрочные цели направлены на показатели процесса перемен (удовлетворенность, отношение, знание, навыки, умения), в том числе повышение грамотности населения о сохранении здоровья и ведении здорового образа жизни.

Повышение мотивации как краткосрочная (промежуточная) цель служат индикатором развития программы и могут иметь конкретное количественное выражение.

Задачи региональной программы — это работа, которая в соответствии с поставленной целью должна быть выполнена для достижения цели заранее запланированным способом (методом) и в запланированные сроки.

Мероприятия реализации региональной программы должны опираться на построении партнерства между участниками программы. Программа предполагает межсекторальное сотрудничество на региональном уровне, перед каждым сектором общества должны быть четко сформулированы специфические задачи, определяемые сферой влияния данного сектора и направленные на реализацию единой цели.

План реализации программ должен содержать перечень конкретных мероприятий, сроков из реализации, ответственных исполнителей (участников), ожидаемых результатов и выходной продукции.

Мониторинг программ необходим, чтобы обеспечить выполнение плана, оценить соответствие тактики поставленной стратегической цели, оценить процесс реализации и выявить препятствия и пути их преодоления для оперативного управления всем процессом реализации профилактической программы. Оценка результата проводится в зависимости от поставленной цели в краткосрочном или долгосрочном периоде.

Индикаторы эффективности региональной программы можно разделить на три группы по срокам их достижения в соответствии с установленными целями (долгосрочные, среднесрочные и краткосрочные). Показатели, отражающие результаты реализации региональной программы должны мониторироваться как в целом по региону, так и в разрезе каждого муниципального образования, входящего в состав субъекта.

Роль регионального межведомственного совета в реализации региональной программы укрепления здоровья и формирования здорового образа жизни

Для управления системой укрепления здоровья и формирования здоровьесберегающей среды, обеспечения ее эффективной деятельности на уровне субъектов РФ необходимо создание меж-

doi: 10.15829/3034-4123-2026-161

ведомственного совета под председательством Главы региона, как постоянно действующего коллегиального совещательного органа, основной задачей которого является обеспечение взаимодействия между территориальными органами исполнительной власти субъекта, органами местного самоуправления, общественными объединениями, руководителями предприятий для эффективной деятельности по укреплению здоровья населения в регионе.

В перечень полномочий Межведомственного совета, в том числе, включены:

— Оценка результатов внедрения региональной программы укрепления здоровья населения и формирования здоровьесберегающей среды, корректировка на их основе конкретных мер и создание рекомендаций по формированию новых мероприятий;

— Методическое обеспечение деятельности органов исполнительной власти субъекта, органов местного самоуправления в сфере укрепления общественного здоровья;

— Содействие распространению лучших практик по реализации мер укрепления здоровья и создания здоровьесберегающей среды;

— Содействие информированию населения субъекта о принимаемых мерах в сфере укрепления здоровья и формирования здоровьесберегающей среды на региональном уровне и их результатах.

Межведомственный совет имеет право запрашивать у органов исполнительной власти субъекта, органов местного самоуправления необходимую информацию для выполнения полномочий, возложенных на него, приглашать на заседания должностных лиц территориальных органов исполнительной власти субъекта, органов местного самоуправления, депутатов Законодательного Собрания региона, представителей общественных объединений, руководителей предприятий, научных и иных организаций.

В процессе работы члены Межведомственного совета вносят предложения в повестку предстоящего заседания, знакомятся с материалами, лично участвуют в заседаниях, которые рекомендуется проводить не реже одного раза в три месяца, выполняют поручения председателя, либо лица, исполняющего его обязанности, рассматривают проекты документов, участвуют в подготовке вопросов для рассмотрения на заседаниях и формируют предложения в протокол.

Рекомендуется включать вопрос реализации региональной программы укрепления здоровья и формирования здоровьесберегающей среды для заслушивания на каждом заседании регионального Межведомственного совета.

Приложение 1
Рекомендации по разработке раздела "Паспорт региональной программы укрепления здоровья и формирования здоровьесберегающей среды субъекта Российской Федерации"

Название региональной программы	В названии региональной программы должно быть указано название субъекта Российской Федерации
Сроки реализации региональной программы	*2025-2030 гг.*
Разработчик региональной программы	*Правительство субъекта Российской Федерации*
Соисполнители региональной программы	*Министерства/Департаменты субъекта Российской Федерации по:* *Образованию* *Здравоохранению* *Физкультуре и спорту* *Социальной политике* *Культуре и туризму* *Строительству* *Сельского хозяйства* *Роспотребнадзора* *Молодежной политике* *Социально-ориентированные некоммерческие организации* *Министерство внутренних дел* *Региональный Центр общественного здоровья и медицинской профилактики* *Средства массовой информации* *Бизнес*
Цель региональной программы	— *Цель должна быть конкретная, понятная и четко сформулирована* — *Должны быть указаны количественные параметры, по которым цель будет оцениваться* — *Цель должна быть достижима и реалистична* — *В формулировке цели должен быть обязательно указан период, в течение которого цель должна быть достигнута*
Задачи региональной программы	*Должны включать конкретные действия, направленные на достижение поставленной цели, осуществляться в конкретные сроки, должны иметь индикаторы*
Целевые индикаторы и показатели региональной программы	*В соответствии с целью*
Объемы финансового обеспечения реализации региональной программы	*На каждый год реализации Программы:* — *консолидированный бюджет —_____ тыс. рублей;* — *средства федерального бюджета: —_____ тыс. рублей;* — *средства бюджета субъекта Российской Федерации —_____ тыс. рублей;*
Ожидаемые результаты региональной программы	*Ожидаемые результаты должны быть конкретными, измеряемыми и представлены в динамике: с "__" в начале программы до "___" в конце программы*

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-161

Приложение 2
Рекомендации по разработке раздела "План мероприятий по реализации региональной программы укрепления здоровья и формирования здоровьесберегающей среды"

№ п/п	Наименование мероприятия	Сроки реализации		Ответственные исполнители	Вид документа и характеристика результата
		начало	окончание		
1.	Задача				
1.	…	01.01.2025	31.12.2030		Отчет о реализации мероприятия
2.	…	01.01.2025	31.12.2030		Отчет о реализации мероприятия
2.	Задача				
1	…	01.01.2025	31.12.2030		Отчет о реализации мероприятия
2	…	01.01.2025	31.12.2030		Отчет о реализации мероприятия
3	…	01.01.2025	31.12.2030		Отчет о реализации мероприятия
4	…	01.01.2025	31.12.2030		Отчет о реализации мероприятия
	…	01.01.2025	31.12.2030		Отчет о реализации мероприятия
5	…	01.01.2025	31.12.2030		Отчет о реализации мероприятия
6	…	01.01.2025	31.12.2030		Отчет о реализации мероприятия
7	…	01.01.2025	31.12.2030		Отчет о реализации мероприятия
3.	Задача				
1	…	01.01.2025	31.12.2030		Отчет о реализации мероприятия
	…	01.01.2025	31.12.2030		Отчет о реализации мероприятия
2	…	01.01.2025	31.12.2030		Отчет о реализации мероприятия
	…	01.01.2025	31.12.2030		Отчет о реализации мероприятия
3	…	01.01.2025	31.12.2030		Отчет о реализации мероприятия

План мероприятий разрабатывается к каждой задаче и включает в себя четкую формулировку мероприятия, индикаторы оценки, время проведения и ответственных.

Пример:

Мероприятие 1.1: Проведение информационно-коммуникационной кампании ежемесячно с использованием местного телевидения, радио, интернет-ресурсов по повышению грамотности населения в вопросах здоровья.

Срок: ежемесячно

Ответственные: ФИО, должность

Индикаторы достижения:

— количество проведенных эфиров на телевидении, радио в месяц,

— количество информационных материалов, размещенных на Интернет-ресурсах,

— количество просмотров и т.д.

Мероприятие 1.2: разработать план и разместить информационные материалы: баннеры, постеры, плакаты в общественных местах муниципалитетов, общественном транспорте.

Срок: ежемесячно

Ответственные: ФИО, должность

Индикаторы достижения: разработанный план, количество размещенных материалов по каждой тематике, наименования муниципалитетов, места и длительность размещения и т.д.

Мероприятие 2.1: разработка и внедрение муниципальных программ укрепления общественного здоровья.

Срок: ежегодно

Ответственные: ФИО, должность

Индикаторы достижения: число и перечень муниципалитетов по годам внедрения указанных программ в разбивке до 2030 г.

Мероприятие 3.1: разработка и внедрение корпоративных программ укрепления здоровья на рабочем месте.

Срок: ежегодно

Ответственные: ФИО, должность

Индикаторы достижения: число предприятий по годам внедрения указанных программ в разбивке до 2030 г.

Мероприятие 4.1: Оснащение оборудованием действующих центров здоровья для взрослых.
Срок: год согласно установочным документам Федерального проекта "Здоровье для каждого"
Ответственные: ФИО, должность
Индикаторы достижения: число центров здоровья для взрослых.
Мероприятие 4.2: Организованы центры здоровья для взрослых на базе отделений (кабинетов) медицинской профилактики в центральной республиканской больнице, республиканской больнице, в том числе в удаленных населенных пунктах.
Срок: год согласно установочным документам Федерального проекта "Здоровье для каждого"
Ответственные: ФИО, должность
Индикаторы достижения: число центров здоровья для взрослых.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Драпкина Оксана Михайловна (Oksana M. Drapkina) — д.м.н., профессор, академик РАН, директор; главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава России; заслуженный врач Российской Федерации, директор, главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава России, ORCID: 0000-0002-4453-8430;

Иванова Екатерина Сегеевна (Ekaterina S. Ivanova) — к.м.н., руководитель отдела координации профилактики и укрепления общественного здоровья в регионах, главный внештатный специалист по медицинской профилактике Минздрава России по Центральному Федеральному округу, ORCID: 0000-0001-5379-7170;

Концевая Анна Васильевна (Anna V. Kontsevaya) — д.м.н., профессор, зам. директора по научной и аналитической работе, руководитель отдела укрепления общественного здоровья, ORCID: 0000-0003-2062-1536;

Муканеева Динара Камиловна (Dinara K. Mukaneeva) — к.м.н., с.н.с. отдела укрепления общественного здоровья, ORCID: 0000-0003-2682-7914;

Анциферова Александра Александровна (Aleksandra A. Antsiferova) — н.с. отдела укрепления общественного здоровья, ORCID: 0000-0003-2337-2723;

Попович Марина Викторовна (Marina V. Popovich) — к.м.н., в.н.с. лаборатории интегрированных программ профилактики отдела укрепления общественного здоровья, ORCID: 0000-0003-2594-3446;

Лопатина Мария Владимировна (Maria V. Lopatina) — к.м.н., магистр общественного здоровья, руководитель лаборатории интегрированных программ профилактики отдела укрепления общественного здоровья, ORCID: 0000-0001-6572-0592.

Первичная медико-санитарная помощь. 2026;3(2S):374-386.
doi: 10.15829/3034-4123-2026-142
ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

Первичная медико-санитарная помощь
Primary Health Care (Russian Federation)

Оказание медицинской помощи различным группам населения ***Редакционная статья***

Школа для пациентов, находящихся на хроническом гемодиализе. Методические рекомендации

Драпкина О. М.[1,2],
Шилов Е. М.[3],
Камкин Е. Г.[4],
Каракулина Е. В.[4],
Шилова М. М.[5],
Шепель Р. Н.[1],
Крякова М. Ю.[1*],
Дроздова Л. Ю.[1],
Калинина А. М.[1],
Артемов Д. В.[6]

[1]ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Москва, Российская Федерация
[2]ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России, Москва, Российская Федерация
[3]ФГАОУ ВО "Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова" Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация
[4]Министерство здравоохранения Российской Федерации, Москва, Российская Федерация
[5]ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), Москва, Российская Федерация
[6]ГБУЗ МО "Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского", Москва, Российская Федерация

*Corresponding author
(Автор, ответственный за переписку):
mkryakova@gnicpm.ru

Поступила: 07.05.2026
Принята: 01.06.2026

CC BY 4.0

Хроническая болезнь почек (ХБП) развивается в результате постепенного и необратимого снижения функции почек, вызванного различными факторами. У пациентов с терминальной стадией почечной недостаточности проводится длительная или пожизненная заместительная почечная терапия — хронический гемодиализ (ХГД). Пациенты на ХГД подвержены высоким рискам, основными из которых являются сердечно-сосудистые осложнения, инсульты, инфекции, связанные с сосудистым доступом (фистулой) или перитонеальным катетером, а также анемия, нарушения минерального обмена и интрадиализные гипотензии.

Обучение пациентов, находящихся на ХГД, в школах для пациентов играет важную роль в улучшении качества жизни и снижения риска осложнений, связанных как с самим процессом гемодиализа, так и с терминальной стадией ХБП.

Методические рекомендации по организации и проведению школы для пациентов, находящихся на ХГД, содержат общую информацию о заболевании, об организации и проведении школ для пациентов, рекомендуемые темы и содержание занятий, тесты для оценки знаний пациентов.

Методические рекомендации предназначены для специалистов, соответствующих квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам со средним профессиональным образованием по специальностям "Лечебное дело" или "Сестринское дело", и врачей-специалистов, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, участвующих в проведении школ для пациентов.

Ключевые слова: хронический гемодиализ, школа для пациентов, методические рекомендации, обучение пациентов, профилактика, первичная медико-санитарная помощь.

Отношения и деятельность: нет.

Организация-разработчик: ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России.

Рецензенты:
Столяр А. Г. — д.м.н., зав. отделением нефрологии — врач-нефролог ГАУЗ СО СОКБ № 1, главный внештатный специалист-нефролог министерства здравоохранения Свердловской области, Минздрава России в Уральском федеральном округе (Екатеринбург, Россия)
Смакотина С. А. — д.м.н., доцент, зав. кафедрой госпитальной терапии и клинической фармакологии ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России (Кемерово, Россия).

Методические рекомендации утверждены на заседании Ученого совета ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России (протокол № 3 от 17 марта 2026 г.).

Для цитирования: Драпкина О. М., Шилов Е. М., Камкин Е. Г., Каракулина Е. В., Шилова М. М., Шепель Р. Н., Крякова М. Ю., Дроздова Л. Ю., Калинина А. М., Артемов Д. В. Школа для пациентов, находящихся на хроническом гемодиализе. Методические рекомендации. *Первичная медико-санитарная помощь.* 2026;3(2S):374-386. doi: 10.15829/3034-4123-2026-142. EDN: SNFRBX

Primary Health Care (Russian Federation). 2026;3(2S):374-386.
doi: 10.15829/3034-4123-2026-142
ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

Первичная медико-санитарная помощь
Primary Health Care (Russian Federation)

"School" for patients receiving chronic hemodialysis therapy. Guidelines

Drapkina O. M.[1,2],
Shilov E. M.[3],
Kamkin E. G.[4],
Karakulina E. V.[4],
Shilova M. M.[5],
Shepel R. N.[1],
Kryakova M. Yu.[1*],
Drozdova L. Yu.[1],
Kalinina A. M.[1],
Artemov D. V.[6]

[1]National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine, Moscow, Russian Federation
[2]Russian University of Medicine, Moscow, Russian Federation
[3]I. M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University), Moscow, Russian Federation
[4]Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation
[5]N. I. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russian Federation
[6]Moscow Regional Research and Clinical Institute, Moscow, Russian Federation

*Corresponding author:
mkryakova@gnicpm.ru

Received: 07.05.2026
Accepted: 01.06.2026

Chronic kidney disease (CKD) develops as a result of a gradual and irreversible decline in kidney function caused by various factors. Patients with end-stage renal failure undergo long-term or lifelong renal replacement therapy — chronic hemodialysis. Patients on chronic hemodialysis are at high risk, the main ones being cardiovascular events, strokes, infections associated with vascular access (fistula) or peritoneal catheters, as well as anemia, mineral metabolism disorders, and intradialytic hypotension.

Educating patients on chronic hemodialysis through patient "schools" plays an important role in improving their quality of life and reducing the risk of complications associated with both the hemodialysis process itself and end-stage CKD. The guidelines for managing "school" for patients on chronic hemodialysis contain general information about the disease, organize and conduction of patient "schools", recommended topics and lesson content, and tests for assessing patient knowledge.

The guidelines are intended for specialists who meet the qualification requirements for medical and pharmaceutical workers with secondary vocational education in General Medicine or Nursing, as well as for primary care physicians involved in conducting patient "schools".

Keywords: chronic hemodialysis, patient "school", guidelines, patient education, prevention, primary health care.

Relationships and Activities: none.

For citation: Drapkina O. M., Shilov E. M., Kamkin E. G., Karakulina E. V., Shilova M. M., Shepel R. N., Kryakova M. Yu., Drozdova L. Yu., Kalinina A. M., Artemov D. V. "School" for patients receiving chronic hemodialysis therapy. Guidelines. *Primary Health Care (Russian Federation).* 2026;3(2S):374-386. doi: 10.15829/3034-4123-2026-142. EDN: SNFRBX

АД — артериальное давление, ЗПТ — заместительная почечная терапия, ПМСП — первичная медико-санитарная помощь, СКФ — скорость клубочковой фильтрации, ХБП — хроническая болезнь почек, ХГД — хронический гемодиализ.

doi: 10.15829/3034-4123-2026-142

1. ОСНОВАНИЕ ДЛЯ РАЗРАБОТКИ

Хроническая болезнь почек (ХБП) — это персистирующее в течение трех месяцев или более поражение органа вследствие действия различных этиологических факторов, анатомической основой которого является процесс замещения нормальных анатомических структур фиброзом, приводящий к его дисфункции[1,2].

Пациентам с ХБП С5 (скорость клубочковой фильтрации (СКФ) <15%) проводится заместительная почечная терапия (ЗПТ) (длительная или пожизненная) — хронический гемодиализ (ХГД). Этот метод позволяет удалять мочевину, креатинин и лишнюю жидкость. Процедура диализа проводится 3-4 раза в неделю, один сеанс длится 3-6 ч.

У этих пациентов рекомендуется принимать решение о выборе вида модальности поддерживающего диализного лечения с учетом медицинских показаний и противопоказаний, социальных условий и предпочтений пациента на основе максимально возможного информирования о преимуществах и ограничениях каждого из видов диализа с целью персонификации и улучшения исходов ЗПТ[1] [1-9].

У пациентов с ХБП С5 рекомендуется начинать лечение гемодиализом в оптимальных условиях: в плановом порядке в амбулаторных условиях или при плановой госпитализации, не связанной с осложнениями уремии (если последнее применимо к локальной практике), с предшествующим наблюдением врача-нефролога и использованием постоянного диализного доступа для предупреждения развития жизнеугрожающих осложнений терминальной почечной недостаточности и инициации ЗПТ по экстренным показаниям, улучшения клинических исходов и снижения расходов на лечение)[1] [10-16].

Процедуры гемодиализа связаны с рисками сердечно-сосудистых осложнений (например, резкое снижение давления, аритмии), инфекций (сепсис, инфицирование фистулы и др.), метаболических нарушений (судороги, мышечные боли, анемия и др.).

Обучение в школах для пациентов, находящихся на ХГД, способствует повышению осведомленности пациентов о своем заболевании, подходах к лечению и профилактике осложнений, что приводит к повышению приверженности к рекомендациям врача и снижению риска неблагоприятных исходов. Кроме того, отмечается снижение уровня тревожности и депрессии, что благоприятно сказывается на общем состоянии больных. Ряд исследований показывает, что участие в школах для пациентов сокращает количество внеплановых обращений к врачам-специалистам и потребность в оказании медицинской помощи в неотложной или экстренной форме. Это дополнительно позволяет оптимизировать расходы на здравоохранение[3] [17-19].

Разработанные методические рекомендации направлены на стандартизацию работы школ для пациентов, находящихся на ХГД (медицинская услуга B04.025.001 в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Минздрава России от 13.10.2017 № 804н[4]). Единые подходы к обучению позволят повысить эффективность профилактических мероприятий.

2. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Врач-терапевт — врач-терапевт участковый, врач общей практики (семейный врач), врач-терапевт участковый цехового врачебного участка, фельдшер медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, в случае возложения отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи, в соответствии с Порядком, утвержденным приказом Минздрава России от 27.03.2025 № 155н[5] (для целей настоящих методических рекомендаций).

Медицинская услуга — медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение[6].

Медицинское вмешательство — выполняемые медицинским работником и иным работником, имеющим право на осуществление медицинской деятельности, по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности[6].

1 Клинические рекомендации "Хроническая болезнь почек", 2024. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/469_3.

2 Рекомендации KDIGO, https://kdigo.org/guidelines/.

3 ВОЗ. Терапевтическое обучение пациентов (вводное руководство) https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/374108/9789289060417-rus.pdf?sequence=1.

4 Приказ Минздрава России от 13 октября 2017 г. № 804н "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг". СПС "Консультант Плюс".

5 Приказ Минздрава России от 27 марта 2025 г. № 155н "Об утверждении порядка возложения руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи на фельдшера, акушерку отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты". http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202504140028.

6 Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". СПС "Консультант Плюс".

Профилактика — комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания[6].

Школа для пациентов, находящихся на ХГД (далее — Школа ХГД) — организационная форма группового профилактического консультирования (гигиенического обучения и воспитания — по Международной классификации болезней 10-го пересмотра в классе XXI, Z70-76), являющаяся медицинской услугой, оказываемой пациентам с ХБП С5, находящихся на ХГД, в амбулаторных условиях (B04.025.001[4]).

3. НОРМАТИВНЫЕ ПРАВОВЫЕ АКТЫ, ИНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"
- Постановление Правительства Российской Федерации от 29.12.2025 № 2188 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов"
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг"
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2025 № 202н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению"
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н "Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения"
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.10.2020 № 1177н "Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях"
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.04.2025 № 193н "Об утверждении Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий"
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 923н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "терапия""
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 18.01.2012 № 17н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "нефрология"
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.07.2010 № 541н "Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения"
- Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 21.03.2017 № 293н "Об утверждении профессионального стандарта "Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)"
- Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31.07.2020 № 470н "Об утверждении профессионального стандарта "Фельдшер"
- Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31.07.2020 № 475н "Об утверждении профессионального стандарта "Медицинская сестра/медицинский брат"
- Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 20.11.2018 № 712н "Об утверждении профессионального стандарта "Врач-нефролог"
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.03.2025 № 155н №Об утверждении порядка возложения руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи на фельдшера, акушерку отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты"
- Клинические рекомендации "Хроническая болезнь почек (ХБП)", 2024, https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/469_3

4. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ШКОЛЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

Школы ХГД организуются в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (ПМСП).

Цель организации Школы ХГД — совершенствование профилактических мероприятий при оказании ПМСП населению, в частности пациен-

doi: 10.15829/3034-4123-2026-142

там, находящимся на ХГД, включая увеличение охвата целевых групп и доступности профилактической медицинской помощи.

Задачи:

- повышение информированности пациентов, находящихся на ХГД, о заболевании (ХБП С5) и о проводимом лечении;
- обучение пациентов профилактике осложнений, связанных с ХГД;
- формирование правильных навыков по применению технических средств для лечения и контроля ХБП с терминальной почечной недостаточностью.

5. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ ШКОЛЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

Решение об организации Школы ХГД принимается на основании объема проводимой лечебно-диагностической работы, численности, половозрастного состава обслуживаемого населения, показателей уровня и структуры заболеваемости и смертности населения, других показателей, характеризующих здоровье населения, и с учетом рекомендуемых штатных нормативов медицинской организации, оказывающей ПМСП, или ее структурного подразделения[7].

Организация Школы ХГД регламентируется приказом руководителя медицинской организации, в котором отражены ФИО ответственного за организацию и проведение Школы ХГД, перечень (ФИО, должность) медицинских и иных работников медицинской организации, участвующих в проведении Школы ХГД, график работы, форматы работы, численность пациентов в группе, программа обучения и иная дополнительная информация о Школе ХГД на усмотрение руководителя медицинской организации.

Целесообразно вести журнал учета посещений занятий в Школе ХГД на бумажном носителе или в электронном виде, в том числе в медицинской информационной системе, с формированием соответствующей отчетности, с указанием ФИО пациентов и ФИО, должности/-ей специалиста/-ов, проводивших занятия.

Программа обучения включает ***4 тематических занятия***, проводимых в очном формате или с применением телемедицинских технологий[8]. Каждое занятие продолжается ***60 минут***, включает теоретическую и практическую части (в том числе обсуждение). Все занятия хронометрированы.

Численность пациентов в группе ***20 человек***. Целевые группы пациентов представлены в пункте 5.1. Группы пациентов формируются до начала обучения, в процессе обучения не рекомендуется присоединение новых пациентов.

Во время обучения пациенты обеспечиваются необходимыми информационными материалами (программа обучения, дневник пациента и др.). Программа обучения разрабатывается на основе типовой программы обучения пациентов в соответствии с пунктом 5.2.

5.1. Целевая группа пациентов

В группу обучения включаются пациенты, находящиеся на ХГД, по направлению врача-терапевта.

Не привлекаются к занятиям в Школе ХГД пациенты с выраженным нарушением когнитивных функций, наличием клинически значимых острых заболеваний или хронических заболеваний в стадии обострения.

Для немобильных или маломобильных пациентов, находящиеся на ХГД, возможна организация проведения Школ ХГД на дому с привлечением законных представителей (опекунов, родственников) при необходимости.

5.2. Типовая программа обучения пациентов

Занятие 1. Что такое ХБП?

Занятие 2. ЗПТ.

Занятие 3. Профилактика осложнений ЗПТ.

Занятие 4. Образ жизни пациентов, находящихся на ХГД.

Скачать полезные материалы, а также ознакомиться с информацией о заболевании можно на сайте: takzdorovo.ru



В приложении представлен дневник пациента с ХБП для контроля показателей здоровья и инструкция по заполнению.

Занятие 1. Что такое хроническая болезнь почек (ХБП)?

Цель: сформировать у пациентов базовое понимание о ХБП, в том числе в терминальной стадии, повысить уровень знаний о возможных осложнениях.

Задачи:

- Дать определение ХБП.
- Объяснить механизмы развития болезни (патогенез).

[7] Приказ Минздрава России от 14 апреля 2025 г. № 202н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению" http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202506020016.

[8] Приказ Минздрава России от 11 апреля 2025 г. № 193н "Об утверждении Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий". http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202505150033.

- Рассказать о прогрессировании ХБП, о терминальной стадии хронической почечной недостаточности.
- Рассказать о ключевых лабораторных показателях (креатинин, расчетная СКФ, альбуминурия).
- Рассказать об осложнениях.

Содержание занятия:

Входное тестирование знаний.

Теоретическая часть

Пациентам дается основная информация о строении почек, определение и патофизиология ХБП, степени или стадии ХБП.

Пациентам рассказывают о причинах и факторах риска ХБП: сахарный диабет, артериальная гипертензия, дислипопротеидемия, наследственность, курение, ожирение, метаболический синдром, неалкогольная жировая болезнь печени, гиперурикемия, аутоиммунные болезни, хроническое воспаление/системные инфекции, инфекции и конкременты мочевых путей, обструкция нижних мочевых путей, лекарственная токсичность, высокое потребление белка.

Пациентам рассказывают о механизмах развития заболевания: повреждение нефронов вследствие различных факторов (сахарный диабет, артериальная гипертензия, дислипидемия, ишемическая болезнь сердца, гломерулонефрит, аутоиммунные заболевания, инфекции мочевыводящих путей, генетические аномалии, токсическое воздействие лекарств и др.), активация воспаления и фиброза, постепенное прогрессирование фиброза и воспалительного процесса в почках, склерозирование клубочков и канальцев, снижение функции почек, развитие осложнений (сердечно-сосудистые заболевания, анемия, нарушения минерального обмена и др.). Кардио-рено-метаболический континуум.

Основные осложнения пациентов в терминальной стадии: тяжелая сердечно-сосудистая патология (отек легких, аритмии), уремическая кома, тяжелая анемия, поражение костей (остеодистрофия), перикардит.

Практическая часть

Ответы на вопросы, обсуждение.

Занятие 2. Заместительная почечная терапия

Цель: сформировать понимание о подходах к лечению в терминальной стадии почечной недостаточности.

Задачи:

- Разъяснить подходы к лечению ХБП в терминальной стадии (виды диализа, пересадка почки).
- Рассказать подходы к выбору варианта лечения, подготовку к диализу.

Содержание занятия:

Теоретическая часть

Пациентам рассказывают, что такое гемодиализ, суть метода, выбор вида поддерживающего диализного лечения с учетом медицинских показаний и противопоказаний, социальных условий и предпочтений пациента на основе максимально возможного информирования о преимуществах и ограничениях каждого из видов диализа с целью персонификации и улучшения исходов.

Пациентам рассказывают, что такое перитонеальный диализ, в каких случаях показана трансплантация почки.

Практическая часть

Ответы на вопросы, обсуждение, разбор клинических примеров.

Занятие 3. Профилактика осложнений при ХГД

Цель: обучить пациентов основам профилактики осложнений при ХГД.

Задачи:

- Рассказать пациентам о правильном питании при терминальной стадии почечной недостаточности, о вариантах низкобелковой диеты (с ограничением соли, фосфора).
- Рассказать пациентам о необходимости контроля артериального давления (АД) в домашних условиях с учетом целевых показателей уровня АД, определенных лечащим врачом, а также с учетом состояния пациента и наличия сопутствующих заболеваний и их осложнений, о правилах проведения измерения АД в домашних условиях.
- Рассказать о правилах ухода за атриовенозной фистулой.

Содержание занятия:

Теоретическая часть

Рассматриваются основные принципы питания при ХБП: энергетическая ценность рациона (поддержание калорийности за счет углеводов и жиров), ограничение соли, белка, фосфора (ограничить в рационе творог, сухофрукты, орехи, субпродукты) и калия (ограничить в рационе бананы, абрикосы, сухофрукты, некоторые виды картофеля), жидкости, исключить насыщенные и трансжиры. В рационе должно быть достаточное потребление фруктов, овощей, цельнозерновых (гречка, рис, макароны), нежирных молочных продуктов, рыбы, нежирных сортов мяса (курица, индейка).

Пациентам рассказывается, для чего необходим контроль массы тела: с целью поддержания оптимального уровня АД, снижения протеинурии, стабилизации СКФ. Прием пищи должен быть частым и дробным. Ведение дневника поможет отслеживать потребление продуктов и их влияние на самочувствие пациента.

Рассказать о правилах ухода за атриовенозной фистулой для профилактики инфицирования (при покраснении, уплотнении, гное, повышении температуры кожи или высокой частоте пульса — обратиться за медицинской помощью), о мерах защиты от травм и давления (не носить часы, браслеты, ту-

doi: 10.15829/3034-4123-2026-142

гие рукава на этой руке; не спать на руке с фистулой; не носить тяжести (более 2-3 кг); не измерять АД, не брать кровь из этой руки.), об обработке после сеанса гемодиализа (Не снимать повязку в течение 24 ч (если только начали лечение). При кровотечении из места пункции прижать его марлевым тампоном на 10-15 мин, затем наложить повязку на 4-5 ч, следя, чтобы она не была слишком тугой).

Практическая часть

Ответы на вопросы, обсуждение.

Занятие 4. Образ жизни при ХГД

Цель: сформировать у пациентов, находящихся на ХГД, мотивацию к изменению образа жизни.

Задачи:

- Пациентам даются разъяснения о необходимости умеренной физической активности.
- Пациентам рассказывается, как ведение дневника самоконтроля помогает в самооценке и контроле ХБП.

Содержание занятия:

Теоретическая часть

Пациентам рассказывают, что умеренные нагрузки (ходьба, плавание, лечебная физкультура) обязательны для профилактики атрофии мышц и депрессии.

Пациентов знакомят с дневником самоконтроля показателей здоровья, пищевого рациона и физической активности, даются разъяснения по ведению и заполнению дневника.

Совместно с пациентами разбирают симптомы и показатели самоконтроля, при ухудшении динамики которых следует незамедлительно обратиться к врачу.

Практическая часть

Ответы на вопросы, обсуждение.

В финале проводится итоговое тестирование знаний и анкетирование для оценки качества Школы ХГД.

5.3. Рекомендуемая структура и штатное расписание

Обучение в школах для пациентов проводят специалисты, соответствующие квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам со средним профессиональным образованием по специальностям "Лечебное дело" или "Сестринское дело"[9] и врачи-специалисты ПМСП.

5.4. Рекомендации по техническому оснащению и характеристикам кабинета/зала

Необходимо помещение, оборудованное для групповой работы: стулья, столы без тумбочек, рабочее место обучающего (стол, стул, компьютер с выходом в информационно-телекоммуникационную сеть "Интернет"), доска маркерная (с набором маркеров), шкаф для размещения наглядных пособий, ростомер, весы напольные, сантиметровая лента, комплекты структурированных программ обучения по темам, демонстрационное оборудование (экран, проектор), пульсоксиметр, аппарат для измерения АД, маски, назальные фильтры, респираторы, др. средства индивидуальной защиты, вентиляция (системы кондиционирования и очистки воздуха); информационные материалы о ХБП и о ХГД, бумага для записей, ручки.

Необходимое количество оборудования рассчитывается по потребностям. Площадь помещения определяется из расчета 4 м^2 на 1 человека[10], но должна составлять не менее 24 м^2.

6. РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛИ ОБУЧЕНИЯ В ШКОЛЕ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

Деятельность Школы ХГД обязательно должна быть направлена на решение проблем, наиболее значимых для конкретного контингента пациентов в текущий период времени и обязательно должна преследовать конкретный, видимый результат за относительно небольшой отрезок времени. Правильная подготовка к проведению Школы ХГД, в частности материально-технических и кадровых ресурсов, — важная составляющая успешных результатов.

Медицинские работники Школы ХГД должны научиться работать в команде. Специалисты, не умеющие работать в команде, даже если они имеют более высокую квалификацию по сравнению со сложившейся командой единомышленников, не должны приглашаться для ведения занятий в школе для пациентов.

Вся наглядная продукция, используемая в Школе ХГД, должна быть:

- красочной;
- информативной;
- запоминающейся;
- понятной;
- заинтересовывающей;
- доступной.

Цветовое и иное оформление целесообразно обсуждать с психологом.

Занятия в Школе ХГД следует проводить в интерактивной форме, избегать больших информационных блоков в структуре занятий.

Занятия должны быть предварительно четко структурированы, хронометрированы. Продолжительность занятий не должна превышать 60 мин.

[9] Приказ Минздрава России от 14 апреля 2025 г. № 202н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению". СПС "Консультант Плюс".

[10] Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 24 декабря 2020 г. № 44 "Об утверждении санитарных правил СП 2.1.3678-20 "Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг". СПС "Консультант Плюс".

Таблица 1

Группы положительных и отрицательных факторов

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ (СОДЕЙСТВИЕ)	ОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ (ПРЕПЯТСТВИЕ)
Факторы профессиональной компетентности медицинского работника	
Знание основ профилактической помощи (понятие риска, основы консультирования, технологии и др.)	Пренебрежение профилактической помощью (предпочтение диагностике и лечению)
Знание основ поведенческой медицины	Преобладание синдромального подхода
Разумная интеграция лечения и профилактики	Противопоставление лечения и профилактики
Факторы отношений (медицинский работник — пациент)	
Взаимопонимание, сопереживание (эмпатия)	Равнодушие
Понимание потребности пациента	Уверенность медицинских работников в том, что они "знают" в чем нуждается пациент
Уверенность медицинского работника и умение объяснять	Неспособность объяснять и убеждать
Факторы организации и качества профилактической помощи	
Ненавязчивая форма консультирования при очередных посещениях (по обращаемости)	Насильственные (требующие усилий со стороны пациента) рекомендации и назначения
Обсуждение с пациентом его проблем здоровья	Директивная форма рекомендаций
Простота и доступность (по времени, цене и пр.) профилактических мер и рекомендация	Сложные схемы и многоступенчатость профилактической помощи
Наличие письменных инструкций, советов	Устные советы и рекомендации
Наличие красочных печатных материалов	Плохое полиграфическое качество материалов
Взаимодействие между медицинскими работниками	Незаинтересованность в профилактической работе

6.1. Факторы, влияющие на результативность школы для пациентов, находящихся на ХГД

Факторы, влияющие на результативность профилактической помощи в Школе ХГД, неразрывно связаны с качеством профилактической помощи в целом. Эти факторы можно разделить на несколько групп:

- факторы профессиональной компетентности медицинских работников;
- факторы отношений и взаимопонимания между медицинскими работниками и пациентами, их межличностные отношения;
- факторы организации профилактической работы в целом, которые определяют и ее качество.

Эти же факторы влияют на приверженность пациентов к сохранению и укреплению здоровья, а также к выполнению рекомендаций врача, в том числе и соблюдение режима лекарственной терапии. Среди факторов дифференцируют положительные (факторы, способствующие повышению качества профилактической помощи) и отрицательные (факторы, негативно влияющие на качество профилактической помощи). Основные группы этих факторов перечислены в таблице 1.

7. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ШКОЛЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

Для оценки результативности профилактической помощи пациентам на ХГД необходима и систематическая оценка результативности Школ ХГД, оценка знаний пациентов и оценка удовлетворенности обучением в Школе ХГД.

Для оценки результативности Школ ХГД рекомендуется использовать следующие критерии:

- доля обученных пациентов на ХГД из числа состоящих на диспансерном наблюдении (%);
- доля обученных пациентов на ХГД из числа лиц с впервые установленным диагнозом (взятым на ХГД) (%);
- доля пациентов, прошедших полный цикл обучения, от числа направленных (%);
- стабилизация (отсутствие роста) или снижение уровня госпитализаций пациентов на ХГД, прошедших обучение в Школе ХГД;
- снижение частоты вызовов скорой медицинской помощи к пациентам на ХГД, прошедшим обучение в Школе ХГД;
- снижение частоты обострений среди пациентов на ХГД, прошедших обучение в Школе ХГД.

Конкретные показатели критериев оценки результативности работы Школ ХГД определяются руководителем медицинской организации с учетом численности, плотности, возрастно-полового состава населения, уровня заболеваемости, географических и иных особенностей, объемов оказываемой медицинской помощи.

При необходимости по решению руководителя медицинской организации могут использоваться дополнительные критерии оценки результативности Школ ХГД.

Для оценки результативности Школ ХГД рекомендуется проводить оценку знаний пациентов до и после обучения на основе теста для контроля знаний.

 doi: 10.15829/3034-4123-2026-142

Тесты для контроля знаний

_____ _____

ФИО Дата

1. Постоянным сосудистым доступом для пациента на гемодиализе является. *Выберите один вариант ответа.*

☐ 1. Артериовенозная фистула, синтетический сосудистый протез, туннельный катетер, двухпросветный диализный катетер

☐ 2. Периферическая вена

☐ 3. Периферическая артерия

☐ 4. Центральный венозный катетер

Правильный ответ: 1

2. Основным осложнением сосудистого доступа у пациентов на гемодиализе является. *Выберите все правильные варианты.*

☐ 1. Флебит

☐ 2. Стеноз

☐ 3. Тромбоз

☐ 4. Гиперемия

☐ 5. Кровотечение

Правильный ответ: 1, 3, 5

3. Первая помощь пациенту на гемодиализе при судорогах. *Выберите один вариант ответа.*

☐ 1. Снизить скорость ультрафильтрации

☐ 2. Вызвать скорую медицинскую помощь

☐ 3. Позвать врача, вернуть пациенту кровь, выключить ультрафильтрацию

☐ 4. Принять лекарства

☐ 5. Поменять диализатор

Правильный ответ: 3

4. Во время процедуры гемодиализа обязательно осуществляется мониторинг. *Выберите все правильные варианты.*

☐ 1. Температуры тела

☐ 2. Пульса

☐ 3. Сатурации крови

☐ 4. Артериального давления

☐ 5. Частоты дыхательных движений

Правильный ответ: 1, 2, 4

5. Время диализа для пациента определяет. *Выберите один вариант ответа.*

☐ 1. Врач

☐ 2. Пациент

☐ 3. Медицинская сестра

Правильный ответ: 1

Число вопросов с правильным ответом, всего _____

Удовлетворенность обучением

Каждый пациент по окончании курса анонимно заполняет анкету удовлетворенности обучением в Школе ХГД. Анкета позволяет оценить различные аспекты: полезность полученных знаний, понятность материала, удобство организации занятий (время, формат), компетентность преподавателей и т.д. Индивидуальная удовлетворенность важна не только как показатель качества, но и как фактор приверженности: пациент, положительно оценивший организацию и проведение Школы ХГД, с большей вероятностью будет применять полученные знания.

Анкета удовлетворенности обучением
в Школе для пациентов, находящихся на хроническом гемодиализе

Дата _____ г.

(заполняется анонимно)

Инструкция для пациентов. Просим Вас заполнить анонимно следующую анкету. Ваши ответы помогут определить, насколько Вы удовлетворены обучением в школе для пациентов, находящихся на ХГД, получить Ваши советы и пожелания для совершенствования обучения. Дайте оценку в соответствии с Вашим мнением или отношением, по пятибалльной системе для пунктов 1-9:

1 — нет;
2 — скорее нет;
3 — затрудняюсь ответить;
4 — скорее да;
5 — да.
В пункте 10 необходимо ответить в развернутом виде на предлагаемые вопросы.

№	Вопрос (утверждение)	Баллы				
		1	2	3	4	5
1.	Мне было понятно, о чём говорили на занятиях					
2.	Информация была полезной и нужной мне					
3.	Я себя комфортно чувствовал во время занятий					
4.	Преподаватели вели занятия интересно и доброжелательно					
5.	Мне удобно было посещать занятия по времени					
6.	Я освоил(а) практические навыки					
7.	У меня не было сложностей с выполнением рекомендаций после занятий					
8.	Я готов(а) применять полученные рекомендации					
9.	Я порекомендую другим людям, находящимся на хроническом гемодиализе, пройти такую школу					
10.	Что вам понравилось больше всего? Что вы хотели бы улучшить?					

Благодарим за участие! Желаем Доброго здоровья!

Критерии оценки организации обучения в школе здоровья по мнению пациента:
до 20 баллов "Неудовлетворительно"
21-30 баллов "Удовлетворительно"
31-39 баллов "Хорошо"
40-45 баллов "Отлично"

doi: 10.15829/3034-4123-2026-142

Приложение
Дневник пациента с хронической болезнью почек

ФИО _____ Месяц _____ Год _____

Контролируемый показатель	Время суток	Число																													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Артериальное давление (мм рт.ст.)	Утро																															
	День																															
	Вечер																															
Температура	Утро																															
	День																															
	Вечер																															
ЧСС (ед/мин)	Утро																															
	День																															
	Вечер																															
Сатурация (SpO2)	Утро																															
	День																															
	Вечер																															
Вес (кг)																																
Окружность талии (см)																																
Глюкоза крови (ммоль/л)	Утро																															
	День																															
	Вечер																															
Диурез (мл)																																
Наличие отеков (при их наличии указать "да"/"нет")	Утро																															
	День																															
	Вечер																															
Выполнение физических упражнений в течение дня ("да"/"нет")																																

Инструкция по заполнению дневника пациента с хронической болезнью почек

1. Заполните графы "ФИО", "Месяц", "Год".
2. Измерения контролируемых показателей: артериального давления (АД), температуры, частоты сердечных сокращений (ЧСС), сатурации (SpO_2), веса и окружности талии, глюкозы крови, диуреза — проводите с частотой в соответствии с рекомендациями лечащего врача, в нужной графе дневника ставьте полученное при измерении значение показателя.
3. При необходимости контроля наличия отеков — в соответствии с рекомендациями лечащего врача проводите самообследование и в нужной графе указывайте "да" в случае наличия отеков или "нет" в случае их отсутствия.
4. В случае выполнения каких-либо физических упражнений, подобранных индивидуально в соответствии с рекомендациями лечащего врача, ставьте в графе отметку "да", в противном случае — ставьте отметку "нет".

Настоящий "Дневник пациента с хронической болезнью почек", включая инструкцию по заполнению дневника, не может быть полностью или частично воспроизведен, тиражирован и распространен в качестве официального издания без ссылки на ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России

Литература/References

1. Korevaar JC, Feith GW, Dekker FW, et al. Effect of starting with hemodialysis compared with peritoneal dialysis in patients new on dialysis treatment: a randomized controlled trial. Kidney Int. 2003;64(6):2222-8. doi:10.1046/j.1523-1755.2003.00321.x.
2. Devoe DJ, Wong B, James MT, et al. Patient Education and Peritoneal Dialysis Modality Selection: A Systematic Review and Meta-analysis. Am J Kidney Dis. 2016;68(3):422-33. doi:10.1053/j.ajkd.2016.02.053.
3. Garofalo C, Borrelli S, De Stefano T, et al. Incremental dialysis in ESRD: systematic review and meta-analysis. J Nephrol. 2019;32(5):823-36. doi:10.1007/s40620-018-00577-9.
4. Liem YS, Bosch JL, Hunink MG. Preference-based quality of life of patients on renal replacement therapy: a systematic review and meta-analysis. Value Health. 2008;11(4):733-41. doi:10.1111/j.1524-4733.2007.00308.x.
5. Han SS, Park JY, Kang S, et al. Dialysis Modality and Mortality in the Elderly: A Meta-Analysis. Clin J Am Soc Nephrol .2015;10(6):983-93. doi:10.2215/CJN.05160514.
6. Lozier MR, Sanchez AM, Lee JJ, et al. Comparison of Cardiovascular Outcomes by Dialysis Modality: A Systematic Review and Meta-Analysis. Perit Dial Int. 2019;39(4):306-14. doi:10.3747/pdi.2018.00227.
7. Boonpheng B, Thongprayoon C, Cheungpasitporn W. The comparison of risk of stroke in patients with peritoneal dialysis and hemodialysis: A systematic review and meta-analysis. J Evid Based Med. 2018;11(3):158-68. doi:10.1111/jebm.12315.
8. azzeroni L, Pasquinelli G, Nanni E, et al. Comparison of Quality of Life in Patients Undergoing Hemodialysis and Peritoneal Dialysis: a Systematic Review and Meta-Analysis. Kidney Blood Press Res. 2017;42(4):717-27. doi:10.1159/000484115.
9. Ravani P, Palmer SC, Oliver MJ, et al. Associations between hemodialysis access type and clinical outcomes: a systematic review. J Am Soc Nephrol. 2013;24(3):465-73. doi:10.1681/ASN.2012070643.
10. Almasri J, Alsawas M, Mainou M, et al. Outcomes of vascular access for hemodialysis: A systematic review and meta-analysis. J Vasc Surg. 2016;64(1):236-43. doi:10.1016/j.jvs.2016.01.053.
11. Smart NA, Dieberg G, Ladhani M, Titus T. Early referral to specialist nephrology services for preventing the progression to end-stage kidney disease. Cochrane Database Syst Rev. 2014;(6):CD007333. doi:10.1002/14651858.CD007333.
12. Dobronravov VA, Karunnaya AV. Prognostic value of optimal dialysis initiation conditions (meta-analysis of observational studies). Nephrology. 2021;25(4):42-7. (In Russ.) Добронравов ВА, Карунная АВ. Прогностическое значение условий оптимального начала диализа (мета-анализ обсервационных исследований). Нефрология. 2021;25(4):42-7. doi:10.36485/1561-6274-2021-25-4-42-47.
13. Chan MR, Dall AT, Fletcher KE, et al. Outcomes in patients with chronic kidney disease referred late to nephrologists: a meta-analysis. Am J Med. 2007;120(12):1063-70. doi:10.1016/j.amjmed.2007.04.024.
14. Yin Y, Cao Y, Yuan L. Outcome and Safety of Unplanned-Start Peritoneal Dialysis according to Break-In Periods: A Systematic Review and Meta-Analysis. Blood Purif. 2021;50(2):161-73. doi:10.1159/000510550.
15. Htay H, Johnson DW, Craig JC et al. Urgent-start peritoneal dialysis versus conventional-start peritoneal dialysis for people with chronic kidney disease. Cochrane Database Syst Rev 2020;12:CD012913. doi:10.1002/14651858.CD012913.pub2.
16. Metcalfe W, Khan IH, Prescott GJ et al. Can we improve early mortality in patients receiving renal replacement therapy? Kidney Int. 2000;57(6):2539-45. doi:10.1046/j.1523-1755.2000.00113.x.
17. Yavgildina AM. The role of educational programs for patients with chronic diseases. Medical Bulletin of Bashkortostan 2011;(1):110-2. (In Russ.) Явгильдина А.М. Роль образовательных программ для пациентов с хроническими заболеваниями. Медицинский вестник Башкортостана. 2011;(1):110-2.
18. Mamedova EB, Batyushin MM. "Healthy Kidney" School as a Basis for the Implementation of an Educational Strategy in Nephrological Patients. Nephrology. 2015;19(5):68-71. (In Russ.) Мамедова Е.Б., Батюшин М.М. Школа "Здоровая почка" как основа реализации образовательной стратегии у больных нефрологического профиля. Нефрология. 2015;19(5):68-71.
19. Efremova EV, Shutov AM, Semenov AD, et al. Possibilities of a patient-oriented approach to elderly and senile patients with chronic kidney disease. Clinical Nephrology. 2021;13(2):56-61. (In Russ.) Ефремова Е.В., Шутов А.М., Семенов А.Д. и др. Возможности пациентоориентированного подхода к больным пожилого и старческого возраста с хронической болезнью почек. Клиническая нефрология. 2021;13(2):56-61. doi:10.18565/nephrology.2021.2.56-61. EDN: RRWCPG.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Драпкина Оксана Михайловна (Oksana M. Drapkina) — д.м.н., профессор, академик РАН, директор; главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава России; зав. кафедрой терапии и профилактической медицины, ORCID: 0000-0002-4453-8430;

Шилов Евгений Михайлович (Evgeny M. Shilov) — д.м.н., профессор; профессор кафедры терапии, профессиональных заболеваний и ревматологии; ORCID: 0000-0002-2111-191X;

Камкин Евгений Геннадьевич (Evgeny G. Kamkin) — к.м.н., зам. Министра здравоохранения Российской Федерации, ORCID: 0000-0003-1358-110X;

Каракулина Екатерина Валерьевна (Ekaterina V. Karakulina) — к.м.н., директор Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела, ORCID: 0000-0001-5222-1620;

Шилова Марина Магомедовна (Marina M. Shilova) — к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней ИМД, ORCID: 0000-0002-6921-4483;

Шепель Руслан Николаевич (Ruslan N. Shepel) — к.м.н., доцент, зам. директора по перспективному развитию медицинской деятельности, ORCID: 0000-0002-8984-9056;

Крякова Мария Юрьевна (Maria Yu. Kryakova) — к.м.н., врач-методист отдела мониторинга качества медицинской помощи Центра организационно-методического управления и анализа качества оказания медицинской помощи в регионах, с.н.с. отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, ORCID: 0000-0003-1941-3860;

Дроздова Любовь Юрьевна (Liubov Yu. Drozdova) — к.м.н., доцент, руководитель отдела стратегического планирования и внедрения профилактических технологий, ORCID: 0000-0002-4529-3308;

Калинина Анна Михайловна (Anna M. Kalinina) — д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки Российской Федерации, г.н.с., руководитель отдела первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний в системе здравоохранения, ORCID: 0000-0003-2458-3629;

Артемов Дмитрий Владимирович (Dmitry V. Artemov) — к.м.н., врач-нефролог, доцент кафедры трансплантологии, нефрологии и искусственных органов, ORCID: 0000-0002-0753-967X.

Адреса организаций авторов: ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Петроверигский пер., 10, стр. 3, Москва, 101990, Россия; ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России, ул. Долгоруковская, д. 4, Москва, 127006, Россия; ФГАОУ ВО "Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова" Минздрава России (Сеченовский Университет), ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2, Москва, 119991 Россия; ФГАОУ ВО "Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова" Минздрава России, Островитянова ул., д. 1, Москва, 117513, Россия; Министерство здравоохранения Российской Федерации, Рахмановский пер., 3, стр.1, Москва, 127994, Россия; ГБУЗ МО "Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского", ул. Щепкина, д.61/2, Москва, 129110, Россия.

Addresses of the authors' institutions: National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine of the Ministry of Health of the Russian Federation, Petroverigsky Lane, 10, bld. 3, Moscow, 101990, Russia; Russian University of Medicine of the Ministry of Health of the Russian Federation, Dolgorukovskaya str., 4, Moscow, 127006, Russia; I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University), Trubetskaya str., 8, bld. 2, Moscow, 119991, Russia; Pirogov Russian National Research Medical University, Ostrovitianova str., 1, Moscow, 117513, Russia; Ministry of Health of the Russian Federation, Rakhmanovsky per., 3, bld. 1, Moscow, 127994, Russia; Moscow Regional Research and Clinical Institute, Shchepkina str., 61/2, Moscow, 129110, Russia.

