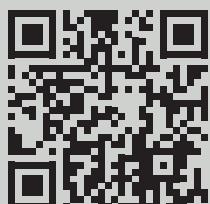




ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

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



НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

№ 2(1) 2025

РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО
ПРОФИЛАКТИКИ
НЕИНФЕКЦИОННЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ

НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ
МЕДИЦИНЫ МИНЗДРАВА РОССИИ

**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**

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
Звездкина В. Ю.
Добринина Е. Ю.

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

© Первичная медико-санитарная помощь,
оформление макета, 2024

Лицензия на шрифты № 180397
от 21.03.2018

Подписано в печать: 07.04.2025
Цена свободная

ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ

Том 2, № 1' 2025

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
Баланова Ю. А. (Москва, Россия) — д.м.н., доцент, ORCID: 0000-0001-8011-2798
Белоусова О. Н. (Белгород, Россия) — д.м.н., профессор, ORCID: 0000-0001-6862-0829
Бернс С. А. (Москва, Россия) — д.м.н., ORCID: 0000-0003-1002-1895
Блиннов 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. (Москва, 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
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
Зимина Э. В. (Москва, Россия) — д.м.н., профессор, ORCID: 0000-0002-3590-753X
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
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
Калинина А. М. (Москва, Россия) — д.м.н., профессор, ORCID: 0000-0003-2458-3629
Караокулина 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
Ливзан М. А. (Москва, Россия) — д.м.н., профессор, ORCID: 0000-0002-6581-7017
Меньшикова Л. И. (Москва, Россия) — д.м.н., профессор, ORCID: 0000-0002-3034-9014
Рейхтман Т. В. (Москва, Россия) — д.фарм.н.
Самородская И. В. (Москва, Россия) — д.м.н., профессор, ORCID: 0000-0001-9320-1503
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
Шишкин С. В. (Москва, Россия) — д.э.н., профессор, ORCID: 0000-0002-0807-3277

Научный редактор

Метельская В. А. (Москва, Россия) — д.б.н., профессор, ORCID: 0000-0001-8665-9129

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
Наумов П. Ю. (Балашиха, Россия) — к.п.н., ORCID: 0000-0002-2875-2322
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

Редакция журнала

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

Корректор
Игнатенко М. В. (Москва, Россия)

Выпускающие редакторы
Игнатенко М. В. (Москва, Россия)
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. 2 № 1' 2025

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

Yulia A. Balanova (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0001-8011-2798

Oxana N. Belousova (Belgorod, Russian Federation) ORCID: 0000-0001-6862-0829

Svetlana A. Berns (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0003-1002-1895

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

Olga N. Dzhioeva (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0002-5384-3795

Lyubov Yu. Drozdova (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0002-4529-3308

Elvira V. Zimina (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0002-3590-753X

Ekaterina S. Ivanova (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0001-5379-7170

Asiya E. Imaeva (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0002-9332-0622

Petr V. Ipatov (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0001-7724-6429

Farit N. Kadyrov (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0003-4327-4418

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

Maria A. Livzan (Omsk, Russian Federation) ORCID: 0000-0002-6581-7017

Larisa I. Menshikova (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0002-3034-9014

Tatiana V. Reichtman (Moscow, Russian Federation)

Irina V. Samorodskaya (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0001-9320-1503

Irina M. Son (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0001-9309-2853

Svetlana A. Shalnova (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0003-2087-6483

Sergey V. Shishkin (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0002-0807-3277

Senior editor

Victoria A. Metelskaya (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0001-8665-9129

Content editors

Svetlana Yu. Astanina (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0003-1570-1814

Dmitry V. Voshev (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0001-9216-6873

Petr Yu. Naumov (Balashiha, Russian Federation) ORCID: 0000-0002-2875-2322

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

Editorial office

Editorial Assistant

Vladislav V. Demko (Moscow, Russian Federation) **Proofreader** **Maria V. Ignatenko** (Moscow, Russian Federation)

Managing editors

Maria V. Ignatenko (Moscow, Russian Federation)

Julia 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

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

Zvezdkina V. Yu.

Dobrynina E. Yu.

Printed

OneBook, Sam Poligraphist, Ltd.

Protopopovsky per., 6; Moscow, 129090,

www.onebook.ru

© Primary Health Care (Russian Federation),
layout, 2024

Font's license № 180397 от 21.03.2018

СОДЕРЖАНИЕ

СОВЕТ ЭКСПЕРТОВ

- Драпкина О. М., Неволина Е. В., Дроздова Л. Ю., Концевая А. В., Куняева Т. А., Ливзан М. А.,
Лавренова Е. А., Свищева А. А., Шепель Р. Н., Яфарова А. А. 6
Врачи и фармацевты: коллеги или конкуренты? Резолюция Совета экспертов

- Драпкина О. М., Шестакова М. В., Дроздова Л. Ю., Синглазова А. В., Ливзан М. А., Куняева Т. А.,
Бакулин И. Г., Беленькая В. А., Елисеева Е. В., Концевая А. В., Мисникова И. В., Невзорова В. А.,
Санина Н. П., Фомичева М. Л., Васюкова О. В., Мокрышева Н. Г. 16
Организационные и прикладные аспекты ведения пациентов с предиабетом на амбулаторном этапе:
диалог практикующих врачей и организаторов здравоохранения. Резолюция Совета экспертов

АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ ДАННЫХ

- Савченко Д. О., Наумов П. Ю. 26
Правовые изменения: фокус на первичную медико-санитарную помощь
- Савич М. Б., Демко И. В., Собко Е. А., Ищенко О. П. 32
Аспекты первичной и вторичной профилактики хронической сердечной недостаточности
у пациентов с бронхиальной астмой
- Ливзан М. А., Гаус О. В., Лисовский М. А. 41
Синдром цитолиза в практике врача первичного звена

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

- Драпкина О. М., Бойцов С. А., Агеев Ф. Т., Бланкова З. Н., Джоева О. Н., Дроздова Л. Ю.,
Ипатов П. В., Калинина А. М., Марцевич С. Ю., Савченко Е. Д., Свирида О. Н., Смирнова М. И.,
Чесникова А. И., Шепель Р. Н., Шурупова Е. Г., Явелов И. С. 53
Диспансерное наблюдение пациентов с хронической сердечной недостаточностью
врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации
- Драпкина О. М., Ивашин В. Т., Маев И. В., Ливзан М. А., Дроздова Л. Ю., Жаркова М. С., Ипатов П. В.,
Калинина А. М., Люсина Е. О., Маевская М. В., Свищева А. А., Шепель Р. Н., Шептулина А. Ф. 115
Диспансерное наблюдение пациентов с алкогольным циррозом печени врачом-терапевтом
в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации
- Драпкина О. М., Авдеев С. Н., Смирнова М. И., Крякова М. Ю., Шепель Р. Н., Никитина Л. Ю.,
Дроздова Л. Ю., Ипатов П. В., Калинина А. М., Антипушина Д. Н. 146
Диспансерное наблюдение пациентов с хроническим бронхитом врачом-терапевтом в первичном
звене здравоохранения. Методические рекомендации

CONTENTS

EXPERT COUNCIL

- Drapkina O. M., Nevolina E. V., Drozdova L. Yu., Kontsevaya A. V., Kunyaeva T. A., Livzan M. A., Lavrenova E. A., Sviashcheva A. A., Shepel R. N., Yafarova A. A. **6**
Doctors and Pharmacists: Colleagues or Competitors? Expert Council Resolution

- Drapkina O. M., Shestakova M. V., Drozdova L. Yu., Sineglazova A. V., Livzan M. A., Kunyaeva T. A., Bakulin I. G., Belenkaya V. A., Eliseeva E. V., Kontsevaya A. V., Misnikova I. V., Nevzorova V. A., Sanina N. P., Fomicheva M. L., Vasyukova O. V., Mokrysheva N. G. **16**
Organisational and practical aspects of managing outpatients with prediabetes: an interaction between practitioners and public health officials. Expert Council Resolution

ANALYSIS OF MODERN DATA

- Savchenko D. O., Naumov P. Yu. **26**
Legal changes: focus on primary health care
- Savich M. B., Demko I. V., Sobko E. A., Ishchenko O. P. **32**
Aspects of primary and secondary prevention of heart failure in patients with asthma
- Livzan M. A., Gaus O. V., Lisovsky M. A. **41**
Cytolysis in the practice of a primary care physician

GUIDELINES

- Drapkina O. M., Boytsov S. A., Ageev F. T., Blankova Z. N., Dzhioeva O. N., Drozdova L. Yu., Ipatov P. V., Kalinina A. M., Martsevich S. Yu., Savchenko E. D., Svirida O. N., Smirnova M. I., Chesnikova A. I., Shepel R. N., Shurupova E. G., Yavelov I. S. **53**
Outpatient follow-up of patients with chronic heart failure by a general practitioner in primary health care. Guidelines
- Drapkina O. M., Ivashkin V. T., Maev I. V., Livzan M. A., Drozdova L. Yu., Zharkova M. S., Ipatov P. V., Kalinina A. M., Lyusina E. O., Mayevskaya M. V., Sviashcheva A. A., Shepel R. N., Sheptulina A. F. **115**
Outpatient follow-up of patients with alcohol-associated liver cirrhosis by a primary care physician. Guidelines
- Drapkina O. M., Avdeev S. N., Smirnova M. I., Kryakova M. Yu., Shepel R. N., Nikitina L. Yu., Drozdova L. Yu., Ipatov P. V., Kalinina A. M., Antipushina D. N. **146**
Follow-up monitoring of patients with chronic bronchitis by a primary care physician. Guidelines

Уважаемые коллеги,

Система первичной медико-санитарной помощи продолжает адаптироваться к изменяющимся потребностям общества: внедряются новые подходы к профилактике, диагностике и ведению пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями. Первый выпуск журнала "Первичная медико-санитарная помощь" объединяет статьи, отражающие ключевые направления развития первичного звена: от нормативных реформ и междисциплинарного взаимодействия до обзора современных алгоритмов диспансерного наблюдения. Представленные материалы адресованы как клиницистам, так и организаторам здравоохранения.

Открывает выпуск аналитический обзор, посвящённый правовым изменениям в сфере здравоохранения, вступившим в силу в 2025 г. Рассматриваются ключевые направления реформ: повышение качества и доступности медицинской помощи, внедрение новых технологий и стандартов, усиление социальной ответственности системы и улучшение условий труда медицинских работников.

В обзоре, посвящённом аспектам первичной и вторичной профилактики хронической сердечной недостаточности у пациентов с бронхиальной астмой, раскрываются общие патогенетические механизмы двух заболеваний, подчеркивается значение персонифицированного подхода и структурированной профилактики в условиях полиморбидности.

В статье, посвящённой синдрому цитолиза, представлены алгоритмы дифференциальной диагностики и клинические рекомендации, важные для повседневной практики врача первичного звена.

Две редакционные статьи отражают результаты обсуждений, прошедших в рамках Совета экспертов. Первая — о ведении пациентов с преддиабетом на амбулаторном этапе — подчёркивает необходимость раннего выявления нарушений углеводного обмена и включение инструментов скрининга в систему профилактических осмотров. Эксперты обозначают нормативные пробелы и предлагают конкретные шаги по их устранению.

На фоне увеличения числа пациентов, прибегающих к самолечению и получению рекомендаций в аптеках, эксперты подчёркивают необходимость выстраивания системного диалога между представи-



телями двух профессиональных сообществ. Его цель — повышение эффективности и безопасности медицинской помощи. Особое внимание удалено возможностям включения аптек в реализацию социальных инициатив, направленных на формирование культуры здорового образа жизни.

Завершает выпуск блок методических рекомендаций, охватывающий три ключевых направления диспансерного наблюдения: хроническую сердечную недостаточность, хронический бронхит и алкогольный цирроз печени. Представленные алгоритмы адаптированы под условия первичного звена, включают современные диагностические и терапевтические подходы и обеспечивают практическую применимость в ежедневной работе врача.

Редакция выражает благодарность авторам, чьи знания, клинический опыт и научная глубина сделали возможным создание содержательного и практикоориентированного выпуска. Мы уверены, что представленные материалы будут способствовать развитию научно-обоснованной, системной и пациент-ориентированной первичной помощи.

Приятного чтения,

Главный редактор,
академик РАН, д.м.н., профессор
О.М. Драпкина

Совет экспертов

Редакционная статья

Врачи и фармацевты: коллеги или конкуренты? Резолюция Совета экспертов

Вопрос разделения профессиональных компетенций врачей и фармацевтических работников особенно актуален в условиях, когда население все чаще обращается за медицинскими рекомендациями в аптеку, а не в медицинскую организацию. Это связано с дефицитом врачей, сложностями записи и ожиданием приема. Фармацевты вынуждены выходить за рамки своей компетенции, что создает риски для пациентов и специалистов, не имеющих права диагностировать и назначать терапию. Легкий доступ к безрецептурным препаратам, информация из интернета и реклама формируют у населения ошибочное представление о необходимости врачебной консультации перед приемом лекарств. Самолечение повышает риск нежелательных реакций и тяжелых последствий. Врачи и фармацевты должны совместно противодействовать этой проблеме.

Недостаток коммуникации между специалистами — еще одна сложность. Врачи назначают терапию, не учитывая наличие препаратов в аптеках, их стоимость и альтернативы. Фармацевты, свою очередь, предлагают замену, не обладая полной клинической картиной. Кроме того, их правовой статус в консультировании ограничен: они могут информировать лишь о товарах аптеки, что ограничивает их роль в профилактике заболеваний. 19 декабря 2024 г. в рамках Международного конгресса "Терапия и профилактическая медицина" прошла Всероссийская конференция "Врачи и фармацевты: коллеги или конкуренты?". Эксперты обсудили актуальные вопросы и предложили пути их решения. Основные тезисы резолюции представлены в статье.

Ключевые слова: фармацевтическое консультирование, межпрофессиональное взаимодействие, лекарственная безопасность, фармацевт, врач, здравоохранение, межлекарственные взаимодействия, аптечные сети.

Отношения и деятельность: нет.

Для цитирования: Драпкина О.М., Неволина Е.В., Дроздова Л.Ю., Концевая А.В., Куняева Т.А., Ливзан М.А., Лавренова Е.А., Свищева А.А., Шепель Р.Н., Яфарова А.А. Врачи и фармацевты: коллеги или конкуренты? Резолюция Совета экспертов. *Первичная медико-санитарная помощь*. 2025;2(1):6-15. doi: 10.15829/3034-4123-2025-44. EDN PXPKYW

Драпкина О. М.¹,
Неволина Е. В.^{2,3},
Дроздова Л. Ю.¹,
Концевая А. В.¹,
Куняева Т. А.⁴,
Ливзан М. А.⁵,
Лавренова Е. А.¹,
Свищева А. А.^{1*},
Шепель Р. Н.¹,
Яфарова А. А.¹

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

²Союз "Национальная Фармацевтическая Палата", Москва, Российская Федерация

³Ассоциация индустрии товаров для здоровья, Москва, Российская Федерация

⁴ФГБОУ ВО "Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарева", Саранск, Российская Федерация

⁵ФГБОУ ВО "ОмГМУ" Минздрава России, Омск, Российская Федерация

*Corresponding author
(Автор, ответственный за переписку):
adeleyafaroff@gmail.com

Поступила: 24.03.2025
Принята: 28.03.2025



Expert council

Editorial

Doctors and Pharmacists: Colleagues or Competitors? Expert Council Resolution

Division of the professional competencies of doctors and pharmacists is especially relevant due to increasing seeking medical advice by population from a pharmacy rather than a medical organization. This trend is driven by a shortage of physicians, difficulties in scheduling appointments, and long waiting times for consultations. Pharmacists are forced to go beyond their competencies, posing risks both to patients and to the professionals themselves, who are not authorized to diagnose diseases or prescribe treatments. The easy accessibility of over-the-counter medications, the vast amount of online health information, and aggressive pharmaceutical advertising contribute to the misconception that a physician's consultation is not essential before taking medications. Self-medication increases the risk of adverse reactions and severe consequences. Therefore, doctors and pharmacists must collaborate to address this issue.

Lack of communication between specialists is another challenge. Physicians prescribe treatments without always considering the availability, cost, and alternatives of medications in pharmacies. In turn, pharmacists may suggest substitutions without a complete understanding of the patient's clinical condition. In addition, their legal status in consulting is limited, since they can only inform about pharmacy products, which limits their role in disease prevention. On December 19, 2024, as part of the International Congress "Therapy and Preventive Medicine", the All-Russian Conference "Doctors and Pharmacists: Colleagues or Competitors?" was held. Experts discussed pressing issues and proposed solutions. The key theses of the Expert Council's resolution are presented in this article.

Keywords: pharmaceutical consulting, interprofessional interaction, drug safety, pharmacist, doctor, healthcare, drug interactions, pharmacy chains.

Relationships and Activities: none.

For citation: Drapkina O. M., Nevolina E. V., Drozdova L. Yu., Kontsevaya A. V., Kunyaeva T. A., Livzan M. A., Lavrenova E. A., Svishcheva A. A., Shepel R. N., Yafarova A. A. Doctors and Pharmacists: Colleagues or Competitors? Expert Council Resolution. *Primary Health Care (Russian Federation)*. 2025;2(1):6-15. doi: 10.15829/3034-4123-2025-44. EDN PXPKYW

ЗОЖ — здоровый образ жизни, ЛС — лекарственные средства, ЛП — лекарственные препараты.

Drapkina O. M.¹,
Nevolina E. V.^{2,3},
Drozdova L. Yu.¹,
Kontsevaya A. V.¹,
Kunyaeva T. A.⁴,
Livzan M. A.⁵,
Lavrenova E. A.¹,
Svishcheva A. A.^{1*},
Shepel R. N.¹,
Yafarova A. A.¹

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

²National Pharmaceutical Chamber of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation

³Health Products Industry Association, Moscow, Russian Federation

⁴Ogarev Mordovia State University, Saransk, Russian Federation

⁵Omsk State Medical University, Omsk, Russian Federation

*Corresponding author:
adeleyafaroff@gmail.com

Received: 24.03.2025

Accepted: 28.03.2025



Введение

Современная система здравоохранения требует более тесного взаимодействия врачей и фармацевтических работников с целью повышения качества медицинской помощи и лекарственного обеспечения населения. Аптеки должны стать не только точками отпуска лекарственных средств (ЛС), но и важным элементом системы здравоохранения Российской Федерации.

Врачи и фармацевты играют ключевую роль в обеспечении высококачественной медицинской помощи, однако границы их компетенций и аспекты сотрудничества остаются предметом дискуссий. Одни эксперты предлагают рассматривать фармацевтических работников как равноправных партнеров врачей в процессе ведения пациентов, в то время как другие указывают на различия в правовом статусе и профессиональных компетенциях между ними, особенно в аспекте назначения и отпуска лекарственных препаратов (ЛП).

Развитие системы здравоохранения, внедрение современных технологий и изменения в нормативной правовой базе создают новые условия для взаимодействия специалистов. С одной стороны, врачи несут основную ответственность за постановку диагноза и выбор терапевтической тактики, с другой стороны, фармацевты активно участвуют в процессе лекарственного обеспечения, консультирования пациентов и мониторинга безопасности фармакотерапии [1]. В ряде стран сложились модели, в которых фармацевты обладают расширенными полномочиями, включая возможность давать рекомендации по коррекции лекарственной терапии в рамках компетенции [2-4].

В России на уровне профессиональных сообществ, таких как Национальная фармацевтическая палата и Российская ассоциация аптечных сетей, ведется активное обсуждение путей повышения эффективности взаимодействия между врачами и фармацевтами.

19 декабря 2024 г. в рамках Международного конгресса "Терапия и профилактическая медицина" состоялась Всероссийская научно-практическая конференция "Врачи и фармацевты: коллеги или конкуренты?". На конференции обсуждались вопросы нормативного правового регулирования, развития фармацевтического консультирования, безопасности фармакотерапии, а также социальной ответственности аптечных сетей. Экспертами разработана резолюция, направленная на совершенствование взаимодействия врачей и фармацевтов, устранение существующих барьеров и поиск эффективных решений для интеграции их деятельности в систему здравоохранения.

Трансформация роли аптеки в системе здравоохранения: видение и ожидания аптечных сетей

Эксперты обозначили ключевые направления трансформации аптечного сегмента. Основной задачей является обеспечение качества и доступности ЛП, биологически активных добавок и сопутствующих товаров, особенно в малонаселенных и труднодоступных регионах страны. Кроме того, остается нерешенной проблема недостаточного регулирования продажи лекарств через онлайн-платформы и маркетплейсы. Система цифровой маркировки и мониторинга качества играет важную роль в борьбе с контрафактной продукцией [5], однако отсутствие строгого контроля за дистанционной продажей медикаментов создает угрозу распространения фальсифицированных и потенциально опасных ЛП, включая сильнодействующие и наркотические вещества.

Помимо обеспечения лекарствами, важным аспектом является развитие фармацевтического консультирования. Согласно данным Российской ассоциации аптечных сетей, >70% пациентов не обращаются к врачу на первичном этапе заболевания, а сразу идут в аптеку за медикаментами и рекомендациями. В связи с этим возникает необходимость закрепления и расширения понятия "фармацевтическое консультирование" с внесением соответствующих изменений во все необходимые нормативно-правовые акты, введения образовательных программ, направленных на повышение квалификации фармацевтических работников по вопросам синдромальной диагностики заболеваний и состояний, а также их лечения. Разработка, внедрение симptomчекеров и создание механизма записи на прием к врачу через аптеки позволят значительно повысить доступность медицинской помощи и качество консультирования [6].

Дополнительным вызовом для аптечной отрасли остаются кадровый дефицит и низкий престиж профессии фармацевта и провизора. Для преодоления этих проблем предлагаются внедрение новых образовательных технологий, расширение полномочий фармацевтических работников, а также повышение роли телемедицины — возможности дистанционного консультирования пациентов по вопросам в рамках компетенции. Особенно актуально это для регионов с ограниченным доступом к медицинской помощи [7].

Важным направлением развития аптечного сектора также является выстраивание равных условий регулирования для всех участников рынка. В настоящее время аптечные сети сталкиваются с более жесткими требованиями, чем маркетплейсы и онлайн-аптеки, что создает дисбаланс и повышает риск распространения некачественных ЛС

через интернет [8]. Разработка единых стандартов для всех каналов дистрибуции, усиление контроля за онлайн-продажами, а также интеграция аптечных сетей в Федеральные регистры медицинских организаций и медицинских работников станут важными шагами в повышении прозрачности и эффективности системы лекарственного обеспечения.

Для полноценной интеграции аптек в систему здравоохранения необходим всесторонний подход, включающий законодательное закрепление фармацевтического консультирования, совершенствование механизмов контроля качества лекарств, развитие образовательных программ и внедрение цифровых технологий. Эти меры помогут повысить доступность и безопасность фармакотерапии, а также усилить роль аптек как ключевого элемента современной системы здравоохранения.

В докладах экспертов красной нитью прозвучала идея, что восприятие роли аптек в системе здравоохранения существенно различается среди групп участников. Потребители, врачи и фармацевтические работники по-разному оценивают функции аптек, их значимость в консультировании, обеспечении лекарственной терапии и участии в профилактических программах. Одним из ключевых вопросов является несоответствие ожиданий потребителей и фактической регламентации деятельности аптек. Согласно данным опроса Национального исследовательского университета "Высшая школа экономики", представленного на Совете экспертов, 60% россиян при возникновении проблем со здоровьем в первую очередь обращаются в аптеку, рассчитывая на профессиональную помощь фармацевта. Однако в действующих нормативных правовых актах функции аптечных работников в рамках консультирования сведены к уведомлению о порядке применения или использования товаров аптечного ассортимента, а вопросы более широкого информирования населения законодательно не закреплены. Такое несоответствие создает значительный разрыв между реальной практикой и правовыми рамками фармацевтической деятельности.

Фармацевтическое консультирование стало неотъемлемой частью работы аптек, но его статус остается неясным. Несмотря на то, что большинство пациентов воспринимают фармацевтов как специалистов, способных давать рекомендации по лекарственной терапии, их полномочия с правовой точки зрения остаются ограниченными. В связи с этим фармацевтическое сообщество выступает за пересмотр определения фармацевтической деятельности и официальное закрепление терми-

на "фармконсультирование"¹. Включение его в законодательство позволило бы легитимизировать практику консультирования и сформировать единые стандарты взаимодействия с пациентами [9].

Отношение к фармацевтическому консультированию среди медицинских специалистов остается неоднозначным. Согласно данным социологического опроса, представленного экспертами, 95,4% фармацевтических работников рассматривают фармацевтическое консультирование как обязательную трудовую функцию и готовы ее оказывать в рамках своей профессиональной деятельности. Однако более половины врачей (53%) либо не сталкивались с этим понятием, либо не имеют четкого представления о его сути. При этом 51% опрошенных врачей признают, что фармацевтическое консультирование может быть полезным инструментом, но только при условии установления четких границ ответственности фармацевтических работников и врачей. Эксперты подчеркнули, что внесение понятия "фармконсультирование" в законодательство, разработка стандартов консультирования, а также повышение информированности медицинского сообщества о функциях фармацевтов могут способствовать выстраиванию эффективного взаимодействия между врачами, фармацевтами и пациентами [10]. Это позволит не только повысить качество оказания медицинской помощи, но и сформировать новую модель взаимодействия, в которой аптеки займут более активную роль в системе здравоохранения.

Осведомленность врачей и фармацевтов о взаимодействии лекарственных препаратов

Межлекарственные взаимодействия представляют собой одну из наиболее сложных и актуальных проблем в современной клинической практике. С увеличением возраста пациентов, ростом числа хронических заболеваний и расширением доступных схем фармакотерапии значительно возрастает риск нежелательных реакций, обусловленных одновременным применением нескольких ЛП. Полипрагмазия особенно распространена среди пациентов пожилого возраста при сочетании сердечно-сосудистых, эндокринных и неврологических заболеваний. В таких условиях грамотное прогнозирование и предотвращение межлекарственных взаимодействий являются важными задачами для врачей и фармацевтов, поскольку от этого напрямую зависят безопасность и эффективность терапии.

Межлекарственные взаимодействия могут приводить к разным последствиям — от снижения тे-

¹ Приказ Минздрава России от 31.08.2016 № 647н "Об утверждении Правил надлежащей аптечной практики лекарственных препаратов для медицинского применения".

рапевтического эффекта отдельных ЛП до усиления побочных реакций и возникновения серьезных осложнений. К наиболее распространенным последствиям относят токсическое повреждение печени и почек, развитие аритмий, ухудшение когнитивных функций, усиление гипогликемического или антигипертензивного эффекта, нарушение электролитного баланса и повышение риска кровотечений. Часто такие осложнения не проявляются сразу, что затрудняет их своевременное выявление и коррекцию.

Для минимизации риска межлекарственных взаимодействий крайне важно, чтобы медицинские специалисты — как врачи, так и фармацевты — обладали необходимыми знаниями о механизмах взаимодействия ЛП, факторах риска и возможных последствиях их сочетанного применения. В свою очередь, фармацевты, осуществляя отпуск ЛП, могут играть важную роль в выявлении потенциальных взаимодействий. Они должны не только информировать пациентов о возможных побочных эффектах, но и взаимодействовать с врачами, предоставляя информацию о совместности назначенных ЛП. Особенно важно, чтобы работники фармацевтических организаций в процессе работы имели доступ к современным клиническим рекомендациям и электронным системам анализа межлекарственных взаимодействий, позволяющим оперативно выявлять потенциальные риски. В аспекте данной темы эксперты отметили особенно уязвимые группы пациентов, в число которых входят пожилые люди, пациенты с полиморбидностью, лица с нарушением функции печени и почек, беременные женщины, а также пациенты, проходящие длительную антикоагулянтную, иммуносупрессивную или гормональную терапию. Для таких категорий пациентов особенно важно проведение регулярного мониторинга эффективности и безопасности лечения, а также периодическая коррекция терапевтической схемы с учетом возможных изменений в состоянии здоровья.

Социальная роль крупных аптечных сетей: вклад в здоровье общества

В рамках работы Совета экспертов были представлены примеры того, как современные аптечные сети выполняют не только коммерческую функцию, но и активно участвуют в социальных инициативах, способствующих улучшению качества жизни различных категорий населения. Их деятельность выходит за рамки традиционного лекарственного обеспечения, охватывая благотворительные и образовательные проекты, направленные на поддержку социально уязвимых групп, развитие здравоохранения и сохранение исторической памяти.

Одним из значимых направлений работы аптечных сетей является сотрудничество с благотворительными фондами, позволяющее масштабировать социальные инициативы. В частности, соглашение с Фондом "Подари жизнь" и рядом других организаций дало возможность реализовать проекты, направленные на поддержку детей, находящихся на лечении в онкологических стационарах и пансионатах. Одной из таких инициатив стала "Детская библиотека", благодаря которой маленькие пациенты получили доступ к книгам, что способствует их психологической поддержке и повышению качества пребывания в лечебных учреждениях.

Не менее важным направлением является забота о пожилых людях. В рамках соглашения с Фондом "Старость в радость" реализуются программы адресной помощи для жителей домов престарелых. Одной из таких инициатив стала акция по передаче новогодних подарков, что позволило создать праздничную атмосферу для пожилых людей и подчеркнуть важность заботы о старшем поколении.

Аптечные сети также уделяют внимание сохранению исторической памяти, особенно в контексте вклада медицинских работников в Великую Отечественную войну. В рамках проекта "Герои в белых халатах" на официальном сайте аптечной сети были опубликованы материалы о врачах, участвовавших в боевых действиях, тем самым подчеркивая значимость их подвига и усиливая связь поколений.

Помимо благотворительной деятельности, аптечные сети оказывают значительную гуманитарную помощь населению в кризисных ситуациях. Так, жителям Курской области и приграничных регионов была предоставлена помощь на сумму 25 млн рублей, что позволило обеспечить ЛП и медицинскими товарами людей, оказавшихся в сложных жизненных обстоятельствах. Кроме того, аптечные сети продолжают развивать множество других инициатив, направленных на повышение доступности лекарственной помощи, улучшение медицинского просвещения и поддержку социально незащищенных слоев населения. Такой подход дает возможность выполнять важную общественную роль, способствуя укреплению здоровья нации и развитию социальной ответственности бизнеса.

Таким образом, деятельность аптечных сетей в рамках социальных проектов демонстрирует, что фармацевтические организации могут не только выполнять функции по обеспечению населения медикаментами, но и играть активную роль в формировании культуры благотворительности, медицинского просвещения и заботы о здоровье общеч-

ства в целом. Расширение таких инициатив и их интеграция в долгосрочные стратегии развития аптечных сетей способствуют повышению уровня социальной ответственности бизнеса и укреплению доверия со стороны населения.

Сбор и утилизация просроченных и неиспользованных лекарственных средств: опыт Красноярского края

Проблема утилизации просроченных и неиспользованных ЛС становится все более актуальной в условиях роста потребления медикаментов и усиления экологических требований. Одним из примеров успешной реализации программы по сбору и утилизации ЛС является деятельность одной из крупнейших аптечных сетей Красноярского края, где реализуется ряд социальных инициатив, направленных на повышение доступности фармацевтической помощи, а также решение вопросов экологической безопасности.

Аптечная сеть реализует несколько социальных проектов, среди которых особое место занимает программа утилизации просроченных ЛП. Эта программа стала первой в России инициативой, направленной на централизованный сбор и безопасную утилизацию ЛС от населения. В рамках проекта был организован 71 пункт сбора просроченных медикаментов, где население могло сдать неиспользуемые ЛП для их дальнейшей переработки. За период реализации программы собрано и утилизировано 12,5 тонн ЛС, что позволило предотвратить их неконтролируемое попадание в окружающую среду.

Помимо программы утилизации, аптечная сеть реализует ряд других значимых инициатив, направленных на повышение доступности лекарственной помощи и социальной поддержки населения. Так, проект "Доступные лекарства" ориентирован на обеспечение жителей малонаселенных пунктов необходимыми медикаментами. В его рамках организованы адаптационные циклы обучения фельдшеров, в ходе которых прорабатываются вопросы условий хранения и отпуска ЛС. Для повышения доступности ЛС в удаленных районах используются передвижные аптечные пункты, а также реализуется проект "Аптечка для села", в рамках которого ЛС оснащаются домохозяйства в сельской местности.

Большое внимание уделяется особым категориям граждан. В рамках программы "Молочные кухни" обеспечивается бесплатное молочное питание для детей участников специальной военной операции, детей-сирот и малообеспеченных семей. Другое направление работы — проект "Социальные работники", в рамках которого организовано внеочередное обслуживание специа-

листов, работающих с маломобильными пациентами, а также сбор необходимых ЛС для их подопечных.

Дополнительно внедрена программа "Академия ухода", включающая специализированные школы по уходу за тяжелобольными пациентами, предназначенные для обучения социальных работников и родственников. Такой комплексный подход к решению фармацевтических и социальных задач позволяет не только повысить доступность ЛС, но и снизить риски, связанные с неправильным хранением и применением медикаментов.

Опыт данной аптечной сети Красноярского края демонстрирует, что аптечные организации могут эффективно интегрировать фармацевтическую и социальную деятельность, обеспечивая население не только доступными ЛС, но и дополнительными услугами, направленными на повышение качества медицинской и социальной помощи. Успешность внедрения первой в России системы централизованной утилизации ЛС подтверждает необходимость масштабирования подобных инициатив на федеральном уровне.

Аптека как медиаканал для продвижения социальных инициатив

Современные аптеки выполняют не только функцию реализации ЛС, но и становятся важными точками коммуникации между системой здравоохранения и населением. Поскольку именно аптека часто становится первым местом обращения человека за медицинской помощью, она обладает высоким потенциалом для информирования потребителей о значимых вопросах здоровья и профилактики заболеваний. Выстраивание эффективной коммуникации через аптечные сети может способствовать повышению осведомленности населения о методах профилактики, возможностях диагностики и доступных медицинских услугах.

Международный опыт подтверждает эффективность использования аптек в качестве медиаканала для распространения социальной информации. Например, во Франции аптеки активно участвуют в профилактических программах, направленных на раннее выявление заболеваний и повышение медицинской грамотности населения. В рамках Дня борьбы с раком молочной железы аптечные организации не только распространяют информационные материалы о симптомах заболевания и методах диагностики, но и представляют потребителям дополнительные ресурсы, такие как QR-коды для получения подробной информации и адреса медицинских учреждений, где можно пройти обследование. Подобный подход позволяет пациентам сразу получать сведения

о бесплатных возможностях диагностики по системе обязательного медицинского страхования или вариантах платного медицинского обслуживания.

Интеграция подобной модели в российскую систему здравоохранения могла бы способствовать формированию культуры профилактики заболеваний и более осознанному отношению населения к собственному здоровью. Включение аптек в систему информирования о скрининговых программах, возможностях вакцинации, диспансеризации и других медицинских услугах может значительно повысить уровень вовлеченности граждан в процессы ранней диагностики и своевременного лечения.

Развитие аптек как медиаканала для продвижения социальных инициатив представляет собой перспективное направление, которое требует стратегического подхода и взаимодействия с государственными и общественными структурами. Внедрение современных технологий, таких как цифровые информационные панели, QR-коды и персонализированные рекомендации, может повысить эффективность программ, сделав информацию доступной, удобной и полезной для населения.

Аптеки как точки повышения грамотности в вопросах здоровья: стратегии повышения уровня знаний населения о здоровье

Современные аптеки становятся важным звеном системы здравоохранения, активно участвуя в формировании грамотности населения по вопросам здоровья. В России насчитывается >41 000 аптек, что делает их значимым каналом информирования граждан о принципах здорового образа жизни (ЗОЖ), профилактике заболеваний и возможностях ранней диагностики.

В России предпринимаются попытки интеграции аптек в систему медицинского просвещения. В частности, ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России разрабатывает инициативы, направленные на привлечение аптек к социальным проектам, включая информационные кампании о здоровом питании, профилактике заболеваний и диспансеризации. Дальнейшее развитие этой практики может включать обучение фармацевтов стратегиям консультирования, расширение их компетенций в области информирования населения и совершенствование коммуникативных навыков.

Несмотря на доступность аптек и высокий уровень доверия со стороны населения, их потенциал как инструмента профилактической медицины остается недооцененным. Взаимодействие аптечных организаций с медицинскими учреждениями требует укрепления информационного обмена, что позволит повысить осведомленность насе-

ния о профилактических мерах и ресурсах системы здравоохранения. Программы раннего выявления заболеваний, такие как "Профилактический щит страны", могут стать важной частью работы аптечных сетей. Дополнительно требуется разработка стандартов консультирования по вопросам ЗОЖ, а также алгоритмов симптоматического лечения с использованием безрецептурных препаратов.

Развитие концепции "ответственного самолечения" направлено на повышение осведомленности населения и рациональное использование ЛП [11]. Международный опыт демонстрирует, что аптеки могут стать связующим звеном между пациентами и системой здравоохранения, снижая нагрузку на врачей первичного звена за счет эффективного консультирования в рамках компетенции [12-15].

Фармацевты играют важную роль в информировании населения о безопасных методах лечения, побочных эффектах и возможных взаимодействиях лекарств. Современные программы "ответственного самолечения" включают разработку стандартизованных алгоритмов консультирования, внедрение цифровых технологий, мобильных приложений и онлайн-ресурсов для поддержки пациентов. Эти меры позволят минимизировать риски, связанные с неконтролируемым применением лекарств, и формировать у граждан ответственное отношение к здоровью.

Включение аптек в информационные кампании по профилактике заболеваний может существенно повысить уровень медицинской грамотности населения. Размещение специализированных материалов в торговых залах, а также информирование через консультирование фармацевтов обеспечит гражданам доступ к актуальным научно обоснованным данным.

Практика взаимодействия аптек с Центрами общественного здоровья и медицинской профилактики уже показала эффективность в ряде регионов. Например, в Пензенской области проводятся профилактические марафоны и консультации по вопросам ЗОЖ, вакцинации и ведения пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями. Расширение подобных инициатив позволит снизить уровень необоснованного самолечения и повысить качество медицинской помощи. Таким образом, интеграция аптек в систему медицинского просвещения, внедрение образовательных программ для фармацевтов и усиление взаимодействия с медицинскими учреждениями помогут повысить уровень грамотности населения в вопросах здоровья. Расширение таких инициатив создаст условия для формирования культуры профилактики и укрепления роли аптек как значимого звена современной системы здравоохранения.

По итогам дискуссии эксперты сформулировали ключевые направления дальнейшей работы в аспекте реализации комплексных мер с целью развития межструктурного взаимодействия. В центре внимания оказались вопросы расширения компетенций фармацевтов, совершенствования нормативно-правовой базы, повышения безопасности фармакотерапии и социальной роли аптечных сетей. Также были предложены меры по развитию образовательных программ и внедрению эффективных механизмов утилизации просроченных ЛП. Все инициативы направлены как на совершенствование фармацевтической деятельности, так и на обеспечение безопасной, своевременной и доступной медицинской помощи в целом.

Заключение

1. Необходимо расширить роль фармацевтических работников в системе здравоохранения путем их активного вовлечения в консультирование пациентов, мониторинг безопасности лекарственной терапии и выявление потенциальных проблем. Для этого требуется закрепление определения фармацевтического консультирования в нормативных правовых актах Российской Федерации, а также разработка и внедрение стандартов фармацевтического консультирования, симптомчекеров, скриптов, методических рекомендаций, а также размещение информационных материалов в аптечных организациях.

2. Требуются устранение правовых барьеров, препятствующих эффективному взаимодействию врачей и фармацевтов, а также инициирование изменений в законодательстве для четкой регламентации их сотрудничества в рамках единой системы здравоохранения.

3. Следует повысить экологическую безопасность путем создания удобных механизмов утилизации просроченных ЛП, включая разработку федерального стандарта утилизации, организацию pilotных проектов по сбору ЛП и проведение информационной кампании для повышения осведомленности населения.

4. Необходимо повысить качество медикаментозного лечения путем предотвращения межлекарственных взаимодействий и нежелательных реакций через разработку методических рекомендаций для врачей и фармацевтов, внедрение электронных систем предупреждения о взаимодействиях ЛП и обеспечение сбора информации о нежелательных реакциях в аптечных организациях.

5. Важно развивать социальную направленность аптек через благотворительные программы и инициативы, направленные на поддержку уязвимых категорий населения, включая разработку механизмов участия аптечных организаций в благотворительных проектах, заключение соглашений с фондами и внедрение программ социальных скидок.

6. Следует совершенствовать профессиональную подготовку фармацевтических работников путем расширения их знаний в области внутренних болезней, что позволит повысить качество консультирования пациентов и взаимодействия с медицинскими специалистами. Для этого необходимо разработать и внедрить учебный цикл по внутренним болезням, организовать семинары и лекции с привлечением врачей и клинических фармакологов, а также оценивать эффективность обучения на основе тестирования и обратной связи.

Литература/References

1. Zhang W, Li SR, Cao SS, et al. Global research progress in pharmacy education. *Curr Pharm Teach Learn.* 2025;17(1):102157. doi:10.1016/j.cptl.2024.102157.
2. Chiu K, Thow AM, Bero L. "Never waste a good crisis": Opportunities and constraints from the COVID-19 pandemic on pharmacists' scope of practice. *Res Social Adm Pharm.* 2022;18(9):3638-48. doi:10.1016/j.sapharm.2022.03.045.
3. Zielińska-Tomczak Ł, Cerbin-Koczorowska M, Przymuszała P, et al. Pharmacists' Perspectives on Interprofessional Collaboration with Physicians in Poland: A Quantitative Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(18):9686. doi:10.3390/ijerph18189686.
4. Mossialos E, Courtin E, Naci H, et al. From "retailers" to health care providers: Transforming the role of community pharmacists in chronic disease management. *Health Policy.* 2015;119(5):628-39. doi:10.1016/j.healthpol.2015.02.007.
5. Koncedalov RA. Application of the Unified National System for Digital Labeling and Product Traceability "Chestry Znak". *Saint Petersburg Scientific Bulletin.* 2021;1(10):5. (In Russ.) Концедалов Р.А. Применение единой национальной системы цифровой маркировки и прослеживания товаров "Честный знак". Санкт-Петербургский научный вестник. 2021;1(10):5.
6. Nikolaidi EN, Milyutina AP, Usova AV, et al. Symptom checkers for patients in the Russian-language internet segment: a comparative analysis. *Vrach i Informatonnnye Tekhnologii.* 2023;2:28-41. (In Russ.) Николаиди Е.Н., Милютина А.П., Усова А.В. и др. Симптомчекеры для пациентов в русскоязычном сегменте интернета: сравнительный анализ. Врач и информационные технологии. 2023;2:28-41. doi:10.25881/18110193_2023_2_28.
7. Prosvirkin GA, Dorofeeva VV. Telepharmacy as a promising direction for the development of pharmaceutical care in the context of digital transformation. *Remedium.* 2023;27(1):81-5. (In Russ.) Просвиркин Г.А., Дорофеева В.В. Телефармация как перспективное направление развития фармацевтической помощи в условиях цифровой трансформации. Ремедиум. 2023;27(1):81-5. doi:10.32687/1561-5936-2023-27-1-81-85.
8. Shchepetov VV, Cheglov VP. Online sales of pharmaceutical goods in the consumer market of Russia: dynamics, growth drivers, infrastructure, and prospects. *Ekonomika i Upravlenie: Problemy, Resheniya.* 2024;10(7):85-91. (In Russ.) Щепетов В.В., Чеглов В.П. Онлайн-торговля фармацевтическими товарами на потребительском рынке России: динамика, драйверы роста, инфраструктура, перспективы. Экономика и управление: проблемы, решения. 2024;10(7):85-91. doi:10.36871/ek.up.p.r.2024.10.07.010.
9. Soboleva MS. Providing pharmaceutical counseling to visitors of pharmacy organizations in routine pharmaceutical practice. *PharmacoEconomics. Modern Pharmacoeconomics and Pharmacoepidemiology.* 2023;16(2):258-65. (In Russ.) Соболева М.С. Предоставление фармацевтического консультирования посетителям аптечных организаций в рутинной фармацевтической практике. Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. 2023;16(2):258-65. doi:10.17749/2070-4909/farmakoekonomika.2023.176.
10. Prosvirkin GA, Dorofeeva VV. Remote pharmaceutical consultation using a chatbot. *Mediko-Farmatsevtichesky Zhurnal "Puls".* 2024;26(4):180-5. (In Russ.) Просвиркин Г.А., Дорофеева В.В. Дистанционное фармацевтическое консультирование с использованием чат-бота. Медико-фармацевтический журнал "Пульс". 2024;26(4):180-5. doi:10.26787/nydha-2686-6838-2024-26-4-180-185.
11. Oleinikova TA, Barybina ES. A rational approach to responsible self-medication through the prism of pharmaceutical counseling. *Remedium.* 2022;1:26-9. (In Russ.) Олейникова Т.А., Барыбина Е.С. Рациональный подход к вопросу ответственного самолечения через призму фармацевтического консультирования. Ремедиум. 2022;1:26-9. doi:10.32687/1561-5936-2022-26-1-26-29.
12. Dalton K, Byrne S. Role of the pharmacist in reducing healthcare costs: current insights. *Integr Pharm Res Pract.* 2017;6:37-46. doi:10.2147/IPRPS108047.
13. Ramdas N, Meyer JC, Schellack N, et al. Knowledge, attitudes, motivations and expectations regarding antimicrobial use among community members seeking care at the primary healthcare level: a scoping review protocol. *BMJ Open.* 2025;15(1):e088769. doi:10.1136/bmjopen-2024-088769.
14. Bluml BM, Hamstra SA, Tonrey LL, et al. Pharmacist assessments and care to improve adult vaccination rates: A report from project IMPACT vaccine confidence. *J Am Pharm Assoc.* 2024;64(3):102061. doi:10.1016/j.japh.2024.102061.
15. Burnand A, Woodward A, Kolodin V, et al. Service delivery and the role of clinical pharmacists in UK primary care for older people, including people with dementia: a scoping review. *BMC Prim Care.* 2025;26(1):10. doi:10.1186/s12875-024-02685-x.

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

Драпкина О. М. (Drapkina O. M.) — д.м.н., профессор, академик РАН, директор ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России, главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава России, ORCID: 0000-0002-4453-8430;

Неволина Е. В. (Nevolina E. V.) — к.фарм.н., исполнительный директор Национальной фармацевтической палаты и Ассоциации индустрии товаров для здоровья, ORCID: нет;

Дроздова Л. Ю. (Drozdova L. Yu.) — к.м.н., руководитель отдела стратегического планирования и внедрения профилактических технологий ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России, главный внештатный специалист по медицинской профилактике Минздрава России, ORCID: 0000-0002-4529-3308;

Концевая А. В. (Kontsevaya A. V.) — д.м.н., профессор, зам. директора по научной и аналитической работе ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России, вице-президент РОПНИЗ по направлению "Общественное здоровье и здравоохранение", ORCID: 0000-0003-2062-1536;

Куняева Т. А. (Kunyaeva T. A.) — к.м.н., зам. главного врача по медицинской части ГБУЗ РМ "Мордовская республиканская центральная клиническая больница", доцент кафедры амбулаторно-поликлинической терапии ФГБОУ ВО "Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева", главный внештатный специалист по терапии Минздрава России по Приволжскому федеральному округу и Республики Мордовия, ORCID: 0000-0003-4245-4265;

Ливзан М. А. (Livzan M. A.) — д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, ректор, зав. кафедрой факультетской терапии и гастроэнтерологии, главный внештатный специалист по терапии Минздрава России по Сибирскому федеральному округу, ORCID: 0000-0002-6581-7017;

Лавренова Е. А. (Lavrenova E. A.) — эндокринолог-диетолог, н.с. отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России, ORCID: 0000-0003-1429-8154;

Свищева А. А. (Svishcheva A. A.) — руководитель отдела мониторинга лекарственного обеспечения и обращения медицинских изделий отдела организационно-методического управления и анализа качества медицинской помощи ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России, ORCID: 0009-0009-2671-4443;

Шепель Р. Н. (Shepel R. N.) — к.м.н., зам. директора по перспективному развитию медицинской деятельности ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России, главный внештатный специалист по терапии Минздрава России в Центральном федеральном округе, ORCID: 0000-0002-8984-9056;

Яфарова А. А. (Yafarova A. A.) — м.н.с. лаборатории профилактической и экспериментальной гастроэнтерологии отдела фундаментальных и прикладных аспектов ожирения ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России, ORCID: 0000-0003-3002-1067.

Совет экспертов

Редакционная статья

Организационные и прикладные аспекты ведения пациентов с предиабетом на амбулаторном этапе: диалог практикующих врачей и организаторов здравоохранения. Резолюция Совета экспертов

Документ представляет собой консенсус экспертов по организационным и прикладным аспектам ведения пациентов с предиабетом на амбулаторном этапе. В резолюции акцентировано внимание на важности своевременного выявления и диспансерного наблюдения лиц с нарушениями углеводного обмена. Обсуждались особенности диагностики с использованием разных методов (глюкоза плазмы натощак, HbA_{1c} , пероральный тест толерантности к глюкозе), необходимость интеграции шкалы FINDRISC в практику профилактических осмотров и диспансеризации. Эксперты отметили дефицит нормативного регулирования в отношении предиабета и подчеркнули необходимость разработки междисциплинарного консенсуса по данному состоянию. Выдвинуты предложения по внесению изменений в статистические формы учета, включению предиабета в систему диспансерного наблюдения, а также разработке отдельного тарифа на углубленное профилактическое консультирование. Обсуждение завершилось формированием комплекса предложений, направленных на повышение эффективности профилактики, ранней диагностики и медицинского наблюдения за пациентами с предиабетом.

Ключевые слова: предиабет, профилактика, диспансерное наблюдение, FINDRISC.

Отношения и деятельность: нет.

Для цитирования: Драпкина О. М., Шестакова М. В., Дроздова Л. Ю., Синеглазова А. В., Ливзан М. А., Куняева Т. А., Бакулин И. Г., Беленькая В. А., Елисеева Е. В., Концевая А. В., Мисникова И. В., Невзорова В. А., Санина Н. П., Фомичева М. Л., Васюкова О. В., Мокрышева Н. Г. Организационные и прикладные аспекты ведения пациентов с предиабетом на амбулаторном этапе: диалог практикующих врачей и организаторов здравоохранения. Резолюция Совета экспертов. Первая медико-санитарная помощь. 2025;2(1):16-25. doi: 10.15829/3034-4123-2025-47. EDN RNFXKA

Драпкина О. М.¹,
Шестакова М. В.²,
Дроздова Л. Ю.^{1*},
Синеглазова А. В.³,
Ливзан М. А.⁴,
Куняева Т. А.⁵,
Бакулин И. Г.⁶,
Беленькая В. А.⁷,
Елисеева Е. В.⁸,
Концевая А. В.¹,
Мисникова И. В.⁹,
Невзорова В. А.⁸,
Санина Н. П.⁹,
Фомичева М. Л.¹⁰,
Васюкова О. В.²,
Мокрышева Н. Г.²

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

²ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии" Минздрава России, Москва, Российская Федерация

³ФГБОУ ВО "Казанский государственный медицинский университет" Минздрава России, Казань, Российская Федерация

⁴ФГБОУ ВО "Омский государственный медицинский университет" Минздрава России, Омск, Российская Федерация

⁵ГБУЗ РМ "Мордовская республиканская клиническая больница", Саранск, Российская Федерация

⁶ФГБОУ ВО "Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова" Минздрава России, Санкт-Петербург, Российская Федерация

⁷ГАУЗ ТО "Городская поликлиника № 5", Тюмень, Российская Федерация

⁸ФГБОУ ВО "Тихоокеанский государственный медицинский университет" Минздрава России, Владивосток, Российская Федерация

⁹ГБУЗ МО "Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимировского", Москва, Российская Федерация

¹⁰ГКУЗ НСО "Региональный центр общественного здоровья и медицинской профилактики", Новосибирск, Российская Федерация

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

Поступила: 26.03.2025
Принята: 28.03.2025



Expert council

Editorial

Organisational and practical aspects of managing outpatients with prediabetes: an interaction between practitioners and public health officials. Expert Council Resolution

The document represents an expert consensus on the organizational and practical aspects of managing outpatients with prediabetes. The resolution emphasized the importance of timely detection and outpatient monitoring of individuals with carbohydrate metabolism disorders. We discussed diagnostics using various methods (fasting plasma glucose, HbA_{1c}, oral glucose tolerance test), and the need to integrate the Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISC) into the practice of preventive and outpatient monitoring examinations. The experts noted the lack of regulatory framework for prediabetes and emphasized the need to develop an interdisciplinary consensus on this condition. Proposals were made to amend statistical data forms, include prediabetes in the outpatient monitoring system, and develop a separate charge for in-depth preventive counseling. The discussion ended with the development of a set of proposals aimed at increasing the effectiveness of prevention, early diagnosis and medical monitoring of patients with prediabetes.

Keywords: prediabetes, prevention, outpatient monitoring, FINDRISC.

Relationships and Activities: none.

For citation: Drapkina O. M., Shestakova M. V., Drozdova L. Yu., Sineglazova A. V., Livzan M. A., Kunyaeva T. A., Bakulin I. G., Belenkaya V. A., Eliseeva E. V., Kontsevaya A. V., Misnikova I. V., Nevzorova V. A., Sanina N. P., Fomicheva M. L., Vasyukova O. V., Mokrysheva N. G. Organisational and practical aspects of managing outpatients with prediabetes: an interaction between practitioners and public health officials. Expert Council Resolution. *Primary Health Care (Russian Federation)*. 2025;2(1):16-25. doi: 10.15829/3034-4123-2025-47. EDN RNFXKA

АГ — артериальная гипертензия, ГПН — глюкоза плазмы натощак, ДИ — доверительный интервал, ДН — диспансерное наблюдение, ДОГВН — диспансеризация определенных групп взрослого населения, МКБ-10 — Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятый пересмотр, НГН — нарушенная гликемия натощак, НТТ — нарушенная толерантность к глюкозе, ОШ — отношение шансов, ПМО — профилактический медицинский осмотр, ПТТГ — перворальный тест толерантности к глюкозе, РОПНИЗ — Российское общество профилактики неинфекционных заболеваний, СД — сахарный диабет, ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания, ФР — фактор риска, HbA_{1c} — гликированный гемоглобин, RR — относительный риск.

Drapkina O. M.¹,
Shestakova M. V.²,
Drozdova L. Yu.^{1*},
Sineglazova A. V.³,
Livzan M. A.⁴,
Kunyaeva T. A.⁵,
Bakulin I. G.⁶,
Belenkaya V. A.⁷,
Eliseeva E. V.⁸,
Kontsevaya A. V.¹,
Misnikova I. V.⁹,
Nevzorova V. A.⁸,
Sanina N. P.⁹,
Fomicheva M. L.¹⁰,
Vasyukova O. V.²,
Mokrysheva N. G.²

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

²National Medical Research Center for Endocrinology, Moscow, Russian Federation

³Kazan State Medical University, Kazan, Russian Federation

⁴Omsk State Medical University, Omsk, Russian Federation

⁵Mordovia Republican Clinical Hospital, Saransk, Russian Federation

⁶Mechnikov North-Western State Medical University, Saint Petersburg, Russian Federation

⁷State Autonomous Healthcare Institution of the Tyumen Region "City Polyclinic No. 5", Tyumen, Russian Federation

⁸Pacific State Medical University, Vladivostok, Russian Federation

⁹Vladimirsky Moscow Regional Research Clinical Institute, Moscow, Russian Federation

¹⁰Regional Center for Public Health and Medical Prevention, Novosibirsk, Russian Federation

*Corresponding author:
ldrozdova@gnicpm.ru

Received: 26.03.2025

Accepted: 28.03.2025



Введение

Предиабет — это состояние, при котором уровень глюкозы в крови превышает нормальные показатели, но не достигает лабораторно-диагностических критериев сахарного диабета (СД). К предиабету относятся нарушения углеводного обмена, такие как нарушенная гликемия натощак (ГН), нарушенная толерантность к глюкозе (НТГ) или их сочетание [1].

Предиабет ассоциирован с разной степенью инсулинерезистентности и дисфункции β -клеток. Потеря функции β -клеток может достигать 80% и более, особенно при НТГ, что отражает выраженность метаболических нарушений. Диагностическая сложность предиабета обусловлена низкой согласованностью между скрининговыми тестами и нестабильностью предиабетных состояний, которые могут изменяться у одного и того же пациента [2].

Согласно Приказу Минздрава России № 404н от 27.04.2021¹, гипергликемия определяется как уровень глюкозы плазмы натощак (ГН) $\geq 6,1$ ммоль/л в венозной плазме или $\geq 5,6$ ммоль/л в капиллярной крови и классифицируется по коду R73.9 (гипергликемия неуточненная) в Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятый пересмотр (МКБ-10). Для точной диагностики предиабета рекомендуется использовать комбинацию методов с учетом их преимуществ и ограничений.

Диагностика предиабета включает использование трех ключевых методов: уровень ГН, пероральный тест толерантности к глюкозе (ПТТГ) и уровень гликированного гемоглобина (HbA_{1c}). Каждый из тестов имеет особенности: ГН проводится однократно, требует ночного голодания, но обладает меньшей чувствительностью, что ограничивает его диагностическую ценность. HbA_{1c} отражает интегральный уровень глюкозы за последние 3 мес., обеспечивает высокую воспроизводимость и удобен для использования, однако менее надежен при некоторых состояниях, таких как анемия, дефицит железа, гемоглобинопатия, беременность или уремия. ПТТГ отличается высокой чувствительностью, но требует строгой подготовки, включая адекватную углеводную нагрузку за 3 дня до теста, и сильно зависит от времени суток, режима питания и физических нагрузок. Этот тест трудоемок и сложен для проведения в амбулаторных условиях [2]. Диагностика предиабета с использованием HbA_{1c} и уровня ГН может значительно различаться в зависимости от этнической и популяционной принадлежности, что подчер-

кивает необходимость индивидуализированного подхода к диагностике и лечению данного состояния. Исследования показывают, что в китайской популяции применение HbA_{1c} выявляет предиабет в меньшем числе случаев по сравнению с ГН (27,7% vs 77%). В то же время в популяции США наблюдается противоположная тенденция: HbA_{1c} позволяет диагностировать предиабет в 80,1% случаев, тогда как ГН — лишь в 24,8%. Эти различия указывают на значимость учета этнических и популяционных факторов при выборе методов диагностики и разработке рекомендаций для разных групп населения [3].

17 декабря 2024 г. под председательством академика РАН О.М. Драпкиной и эгидой Российского общества профилактики неинфекционных заболеваний (РОПНИЗ) в рамках Международного конгресса "Терапия и профилактическая медицина" состоялся Совет экспертов "Организационные и прикладные аспекты ведения пациентов с предиабетом на амбулаторном этапе: диалог практикующих врачей и организаторов здравоохранения". В заседании приняли участие главные внештатные специалисты по терапии региональных органов исполнительной власти в сфере здравоохранения, эксперты ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России, представители региональных отделений РОПНИЗ, а также ведущие специалисты в областях терапии, гастроэнтерологии, эндокринологии, медицинской профилактики и организации здравоохранения.

Ключевое внимание уделено вопросам эпидемиологии предиабета и его факторов риска (ФР). Рассмотрены аспекты диспансеризации определенных групп взрослого населения (ДОГВН), диспансерного наблюдения (ДН), профилактических медицинских осмотров (ПМО), подчеркнуто низкое выявление ФР на амбулаторном этапе и отсутствие реальной статистики из-за непредставленности форм предиабета в официальных статистических формах. Эксперты обсудили внедрение шкалы FINDRISC (FINnish Diabetes Risk Score) в практику массового скрининга и разработку механизмов ее интеграции в региональные медицинские информационные системы для установления единых референсных значений при диагностике предиабета. Специалисты отметили необходимость повышения охвата пациентов с предиабетом программами ДН и обеспечения их полноценного статистического учета.

Итогом заседания стала резолюция, содержащая основные положения по совершенствованию профилактики, диагностики и ДН за пациентами с предиабетом, а также конкретные предложения по изменению нормативных документов и внедрению современных инструментов оценки и мо-

¹ Приказ Минздрава России от 27.04.2021 № 404н "Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения" (Зарегистрирован 30.06.2021 № 64042) <https://base.garant.ru/401414440/> (28.03.2025).

ниторинга состояния пациентов и эффективности оказываемой медицинской помощи.

Эпидемиология предиабета в России и мире

В мире проживают 537 млн взрослых в возрасте 20-79 лет, страдающих СД 2 типа. По прогнозам, к 2030 г. это число увеличится до 643 млн, а к 2045 г. достигнет 783 млн. Кроме того, 541 млн человек имеют НТГ, что подчеркивает серьезность проблемы на глобальном уровне. За период с 2019 по 2021 гг. количество случаев СД 2 типа выросло на 74 млн, достигнув отметки в 537 млн [4]. При этом прогнозируемое увеличение заболеваемости к 2045 г. до 784 млн вызывает особую тревогу, так как текущие темпы распространения уже превышают самые неблагоприятные сценарии.

По данным исследования NATION, распространенность предиабета в Российской Федерации высока и составляет 19,3% среди лиц в возрасте 20-79 лет при ее оценке по уровню HbA_{1c} 5,7-6,4% [5]. Общероссийское исследование (2022) показало, что предиабет (по критериям ГПН и HbA_{1c}) зарегистрирован у 7,4% пациентов в возрасте 40-75 лет, наблюдающихся в клинической практике. По данным российского многоцентрового исследования 2016 г., распространенность предиабета среди пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) варьировала в пределах 14,6-36,4% [6].

Поскольку предиабет существенно увеличивает вероятность развития СД 2 типа, ССЗ и микрососудистых осложнений, это подчеркивает необходимость контроля массы тела как ключевого элемента профилактики. При этом не все случаи предиабета прогрессируют в СД 2 типа. Долгосрочные наблюдения показывают, что в течение 5-10 лет от 10 до 50% пациентов переходят в категорию СД 2 типа, тогда как у значительной части восстанавливается нормогликемия [7, 8].

Метаанализ 103 проспективных когортных исследований с периодом наблюдения до 24 лет подтвердил, что предиабет связан с увеличением риска СД 2 типа. Относительный риск (RR) при НГН (ГПН ≥6,1 ммоль/л) составляет 5,47 (95% доверительный интервал (ДИ): 3,50-8,54), при НТГ — 3,61 (95% ДИ: 2,31-5,64), а при их сочетании — 6,90 (95% ДИ: 4,15-11,45). Повышенный уровень HbA_{1c} (5,7-6,4%) также увеличивает риск СД 2 типа до 5,55 (95% ДИ: 2,77-11,12), а при HbA_{1c} ≥6,0% RR возрастает до 10,10 (95% ДИ: 3,59-28,43) [9].

Эпидемиологические исследования ЭССЕ-РФ (2012-2014 гг., 21923 участника, 13 регионов) и ЭССЕ-РФ2 (2017 г., 6714 участников, 4 региона) выявили, что распространенность СД 2 типа среди россиян в возрасте 25-64 лет составляет 6,9%, а частота предиабета по НГН — 6,2%. При этом показатели предиабета выше у мужчин (7,7%) по

сравнению с женщинами (5,0%). Среди младших возрастных групп (25-34 года) частота предиабета составляет 3,5% у мужчин и 1,4% у женщин, но значительно возрастает с возрастом, достигая 12,0% у женщин и 9,5% у мужчин в 55-64 года [10]. Эти данные подчеркивают возрастающий риск нарушений углеводного обмена с возрастом и необходимость усиления профилактических мероприятий среди населения трудоспособного возраста.

Собственное исследование эксперта А. В. Синеглазовой и др. (2022), проведенное среди 267 лиц трудоспособного возраста (средний возраст — 39 лет, 41,9% мужчины и 58,1% женщины), показало высокую частоту ФР, включая избыточную массу тела и ожирение. Избыточная масса тела была выявлена у 58,8% участников, ожирение — у 35,6%, абдоминальное ожирение — у 50,9%. Артериальная гипертензия (АГ) диагностирована у 29,2% пациентов, из которых 12,3% имели контролируемую АГ, а 16,9% — неконтролируемую. Гиперхолестеринемия встречалась у 49,4%, а нарушения углеводного обмена — у 4,9%, из них у 1,9% уровень ГПН >7,0 ммоль/л. Расширенное обследование выявило нарушения углеводного обмена (HbA_{1c} ≥6,0% или глюкоза ≥6,1 ммоль/л) в 23,6%, из которых 20% определены по уровню HbA_{1c}. Обследование лиц молодого возраста показало, что предиабет, выявленный в 21% случаев, лишь в 3% был представлен НГН. При этом все (21%) имели повышение уровня HbA_{1c}. В динамике 18-месячного наблюдения данной когорты с ФР установлено увеличение доли обследованных с предиабетом, верифицированных с помощью исследования HbA_{1c}. Эти результаты подчеркивают необходимость своевременного выявления и коррекции ФР среди трудоспособного населения, а также использования разных способов идентификации предиабета [11].

Результаты исследований в российской популяции (возраст 25-64 года) на основе шкалы FINDRISC показывают, что низкий риск развития СД 2 типа (<7 баллов, вероятность 1%) имеют 42,5% участников, незначительно повышенный риск (7-11 баллов, вероятность 4%) — 33,8%, умеренный риск (12-14 баллов, вероятность 17%) — 13,6%, высокий риск (15-20 баллов, вероятность 33%) — 9,2%, а очень высокий риск (>20 баллов, вероятность 50%) — 0,8%. Анализ FINDRISC выявил статистически значимую связь с НГН при значении FINDRISC ≥12: у мужчин отношение шансов (ОШ) составило 2,75 (95% ДИ: 2,36-3,21; p<0,001), у женщин — 2,72 (95% ДИ: 2,36-3,12; p<0,001) [12]. Эти данные подчеркивают эффективность FINDRISC для прогнозирования риска предиабета и его трансформации в СД 2 типа.

Предиабет ассоциирован с увеличением риска ССЗ и смертности. По данным The Emerging Risk Factor Collaboration (102 проспективных исследований, n=698 782), уровень ГПН линейно коррелирует с риском ССЗ. Метаанализ 2020 г. (129 исследований, n=10 069 955) подтвердил, что предиабет увеличивает риск общей смертности и сердечно-сосудистых осложнений, причем RR для всех ССЗ варьируется от 1,13 до 1,21, для ишемической болезни сердца — от 1,10 до 1,14, а для инсульта — от 1,11 до 1,20 [13]. Риск ССЗ пропорционален уровню глюкозы в крови, однако интерпретация данных зависит от используемых критериев диагностики предиабета. У пациентов с высоким риском ССЗ предиабет может ускорять прогрессирование в СД 2 типа, что подтверждается данными о субклиническом поражении миокарда и высокой распространенности предиабета у пациентов с острыми сердечно-сосудистыми событиями [14].

Эксперты подробно остановились на вопросах популяционной профилактики, подчеркивая значимость системного подхода и мер, направленных на снижение рисков прогрессирования предиабета в СД 2 типа. В 2024 г. в рамках федерального проекта "Борьба с сахарным диабетом" были реализованы ключевые мероприятия, направленные на улучшение диагностики и ДН пациентов с нарушениями углеводного обмена. Согласно плану, охват граждан исследованиями уровня глюкозы на тот момент достиг 62,1% к концу 2024 г., обеспечив прирост на 46,6% по сравнению с 2023 г. На 2025 г. запланировано дальнейшее увеличение этого показателя. Проект включает внедрение единой системы ДН, что позволяет охватить 2 676 пациентов к концу 2024 г. и увеличить это число до 3 120 в 2025 г. Эти меры направлены на раннее выявление предиабета и предотвращение его прогрессирования в СД 2 типа.

Важная часть профилактики — информирование населения. На федеральном уровне информирование о здоровье осуществляется через средства массовой информации (телевидение и радио), социальные сети, АНО "Национальные приоритеты" и портал TAKZDOROVO.RU, используя видеоролики, интервью с экспертами и информационные материалы. На региональном уровне к каналам информирования добавляются сайты органов исполнительной власти, наружная реклама, центры социального обслуживания, многофункциональный центр и супермаркеты, а инструментами являются баннеры, билборды, плакаты, брошюры и аудиоролики. В медицинских организациях информация распространяется через их сайты, печатные материалы, интерактивные панели и социальные сети, дополняясь наглядными демонстрациями. Все эти меры направлены на повышение осведом-

ленности населения о здоровом образе жизни, профилактике заболеваний, важности диспансеризации и доступности медицинских услуг.

Совершенствование нормативной базы для учета предиабета

Отсутствие дифференцированного подхода в формах 131/у и 131/o к учету избыточной массы тела, ожирения, в особенности абдоминального ожирения, значительно ограничивает возможности статистического анализа и разработки эффективных профилактических стратегий. Учитывая, что абдоминальное ожирение ассоциировано с повышенным риском метаболических нарушений и ССЗ [15], недостаток его учета снижает эффективность ДОГВН и ПМО. Данные о таких факторах, как окружность талии и индекс массы тела, также не получают должного отражения в учетных формах, что препятствует точной оценке масштабов проблемы и разработке адресных стратегий профилактики и лечения.

Существующая нормативная база содержит существенные пробелы в учете предиабета. Несмотря на наличие кода R73.9 (нарушение углеводного обмена, неуточненное) в форме 4000 131/у и 131/o, этот код отсутствует в форме 5000, где фиксируются заболевания, установленные лечащим врачом. Более того, коды R73.0 и R73.9 не вносятся в форму № 12 "Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации". Согласно примечанию к форме № 12, состояния XVIII класса МКБ-10, включая предиабет, фиксируются в строке 19.0 и, как правило, не подлежат ДН. Таким образом, пациенты с предиабетом остаются вне системы статистического мониторинга, что затрудняет организацию профилактических мероприятий и оценку их эффективности.

Несогласованность формулировок в нормативных документах вызывает сложности при определении групп здоровья у пациентов с предиабетом. Например, Приказ Минздрава России от 27.04.2021 № 404н¹ направлен на раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний и ФР их развития, включая гипергликемию, ожирение и АГ, но отсутствие четкого определение предиабета как заболевания, требующего особого учета, затрудняет реализацию профилактических мероприятий и корректную оценку групп здоровья. Это подчеркивает необходимость доработки нормативной базы для повышения эффективности диагностики и мониторинга пациентов с предиабетом.

Анализ данных, собранных в Омской области за 2021-2023 гг., демонстрирует рост числа выявленных случаев гипергликемии (код R73.9) в рам-

ках ПМО и ДН больных. В 2021 г. этот показатель составил 3,75% от общего количества обследованных, в 2022 г. — 5,08%, а в 2023 г. — 5,28%. При этом гипергликемия регистрировалась у 4,42% мужчин и 6,14% женщин, что указывает на гендерные различия в распространенности нарушений углеводного обмена.

Эксперты также обозначили отдельную проблему отсутствия клинических рекомендаций по ранним нарушениям углеводного обмена, включая предиабет, что значительно осложняет унификацию подходов к ДН данной категории пациентов. В соответствии с приказом Минздрава России № 168н от 15.03.2022² врачи обязаны осуществлять ДН "согласно клиническим рекомендациям", однако существующие рекомендации, представленные в документах по СД 2 типа, не содержат достаточной информации для организации структурированного ведения пациентов с предиабетом. Такая ситуация приводит к разнотечениям в практике постановки диагноза, определении группы здоровья и планировании профилактических мероприятий. Для устранения этих пробелов эксперты подчеркивают необходимость разработки специализированных клинических рекомендаций, которые регламентируют ключевые аспекты диагностики и ДН предиабета. Разработка рекомендаций должна соответствовать приказу Минздрава России № 103н от 28.02.2019³, который устанавливает требования к клиническим рекомендациям, а также включать критерии оценки качества оказания медицинской помощи при предиабете, что позволит стандартизировать подход к лечению и профилактике.

Предиабет рассматривают как самостоятельное заболевание, что требует включения кода R73.9 в форму 5000 форм 131/у и 131/о для фиксации выявленных случаев. Для оптимизации учета и мониторинга предиабета необходимо пересмотреть нормативную базу, обеспечив интеграцию кода R73.9 в форму 5000 и внесение данных о предиабете в форму № 12. Это позволит упорядочить статистический учет, повысить точность мониторинга и разработать более целевые меры профилактики и лечения, направленные на предотвращение трансформации предиабета в СД 2 типа.

В аспекте совершенствования нормативно-правового регулирования предложено уточнить формулировки приказа Минздрава России № 404н

² Приказ Минздрава России от 15.03.2022 № 168н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми" (Зарегистрировано в Минюсте РФ 21.04.2022г. № 68288) <https://base.garant.ru/404523658/> (28.03.2025).

³ Приказ Минздрава России от 28 февраля 2019 г. № 103н "Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации" <https://base.garant.ru/72240714/> (28.03.2025).

от 27.04.2021¹. В частности, необходимо включить в документ четкие лабораторные критерии диагностики предиабета и предусмотреть обязательное установление IIIA группы здоровья для пациентов с данным состоянием. IIIA группа здоровья предполагает проведение углубленного профилактического консультирования и постановку пациента на ДН. Это обеспечит систематический контроль за состоянием пациентов, включая регулярный мониторинг углеводного обмена, коррекцию ФР и оценку эффективности профилактических мероприятий.

Эксперты также рекомендуют разработать отдельный тариф на углубленное профилактическое консультирование и включить предиабет в перечень состояний, подлежащих ДН, в рамках программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи. Дополнительно предложено внести изменения в формы статистической отчетности. Интеграция кодов R73.0 и R73.9 в формы № 131/у, № 131/о и № 12 позволит систематизировать учет случаев предиабета, что повысит полноту мониторинга и обеспечит более точное планирование профилактических мероприятий. Кроме того, такой подход создаст условия для анализа динамики распространенности предиабета и оценки эффективности принимаемых мер.

Введение предиабета как отдельной нозологической единицы в статистическую отчетность — важный шаг для улучшения системы учета и мониторинга состояния здоровья населения. Эти меры позволят не только повысить выявляемость пациентов с нарушениями углеводного обмена, но и минимизировать риск их прогрессирования в СД 2 типа. Совершенствование нормативно-правовой базы, включая разработку клинических рекомендаций и интеграцию новых инструментов диагностики, таких как шкала FINDRISC, создаст основу для эффективной профилактики, лечения и диспансерного наблюдения пациентов с предиабетом. Такой подход будет способствовать улучшению качества медицинской помощи и снижению нагрузки на систему здравоохранения.

Отдельно эксперты обсудили необходимость интеграции шкалы FINDRISC в ДОГВИ и ПМО представляет важный шаг в совершенствовании системы раннего выявления предиабета. В реальной практике первичного звена редко используется шкала FINDRISC, несмотря на ее доказанную эффективность для выявления риска нарушений углеводного обмена. Шкала FINDRISC позволяет оценить риск развития СД 2 типа на основе таких факторов, как возраст, индекс массы тела, окружность талии, физическая активность, характер питания, наличие гипертензии и семейного анамнеза.

за диабета. Включение этой шкалы в стандартные процедуры ПМО дает возможность эффективно выделять группы населения с повышенным риском и направлять их на дополнительные обследования. При значении FINDRISC ≥ 12 пациенты подлежат дальнейшему диагностическому уточнению, включающему измерение уровня HbA_{1c}, проведение ПТТГ и анализ других ФР. Предлагаем корректировку данного предложения: использование FINDRISC позволяет проводить классификацию состояния пациента, а именно отнесение его к группе высокого риска и установление II группы здоровья с последующим ДН.

Эффективность шкалы FINDRISC заключается не только в ее простоте и доступности, но и в ее способности выявлять риски на доклинической стадии, что особенно важно для предотвращения трансформации предиабета в СД 2 типа. Внедрение FINDRISC требует также доработки нормативной базы, включая её интеграцию в учетные формы, такие как форма формы 4000 131/у, а также № 12, где фиксируются сведения о выявленных заболеваниях и группах здоровья. Это позволит систематизировать статистический учет, обеспечить более точный мониторинг динамики состояния пациентов и разработать целенаправленные профилактические стратегии. Таким образом, включение шкалы FINDRISC в повседневную медицинскую практику создаст основу для комплексного подхода к профилактике, что значительно снижает риск прогрессирования предиабета и бремя СД 2 типа на уровне популяции.

Проблемы ДН предиабета

Проблемы также возникают на этапе ДОГВН. Приказ Минздрава России № 404н от 27.04.2021 не уточняет лабораторные критерии для направления на второй этап ДОГВН, что приводит к различиям и осложняет оплату услуги за счет средств обязательного медицинского страхования. Врачами-терапевтами часто недооценивается значимость постановки пациентов с предиабетом на ДН, а существующие нормативные акты не классифицируют предиабет как состояние, соответствующее IIIA группе здоровья. Кроме того, отсутствие диагноза "предиабет" в официальных статистических формах затрудняет мониторинг его распространенности, охвата ДН и оценки эффективности профилактических программ. Недостаточное финансирование мероприятий по профилактике предиабета, размытые формулировки в нормативных документах и отсутствие конкретных критериев в клинических рекомендациях по СД 2 типа требуют пересмотра. Это затрудняет взаимодействие практикующих врачей с территориальными фондами обязательного ме-

дицинского страхования и снижает качество оказываемой помощи.

Основные задачи ДН включают контроль углеводного обмена, коррекцию ФР и предотвращение прогрессирования предиабета в СД 2 типа. При недостаточной эффективности изменения образа жизни, ключевыми элементами которого являются снижение массы тела и увеличение физической активности, терапевт назначает медикаментозное лечение, включая применение метформина согласно рекомендациям Российской ассоциации эндокринологов. Регулярность наблюдения определяется индивидуально: контроль проводится каждые 1-3 мес. на начальном этапе и не реже одного раза в год в последующем. Алгоритм учета и мониторинга пациентов с предиабетом стандартизирован с использованием медицинской документации (формы № 025/у, № 030/у, № 057/у-04), что обеспечивает качество и последовательность оказания медицинской помощи. Распределение пациентов по группам заболеваний в рамках ДН (основные, сопутствующие и осложненные диагнозы) позволяет сконцентрировать ресурсы на наиболее значимых категориях.

Оценка качества помощи пациентам с предиабетом имеет ключевое значение как с клинической, так и с организационной точки зрения. Цифровизация медицинских процессов и развитие медицинских информационных систем создают возможности для интеграции экспертных решений, направленных на анализ маршрутизации пациентов, полноты обследований и качества терапии в рамках ДН. Изменение образа жизни, включая коррекцию избыточной массы тела, ожирения, питания и физической активности, остается важным аспектом лечения предиабета. Для этого требуется внедрение дистанционного мониторинга с использованием персональных медицинских устройств и технологий передачи данных. В рамках Федерального проекта "Персональные медицинские помощники" (<https://ppma.ru/>), запущенного в 2023 г., необходимо расширить функционал платформы и разработать нормативно-правовые акты для мониторинга пациентов с предиабетом. Агрегация данных о медицинской помощи и результатах дистанционного мониторинга позволит объективно оценивать качество лечения, выявлять группы риска и принимать организационные и клинические решения для повышения эффективности профилактики и терапии предиабета.

Для повышения эффективности работы медицинских организаций эксперты предложили включить ДН пациентов с предиабетом в показатели результативности деятельности медицинских учреждений, что усилит внимание к раннему диагностированию и контролю данного состояния. Внедрение тарифа на углубленное профилакти-

ческое консультирование пациентов с предиабетом также необходимый шаг для создания экономической мотивации медицинским организациям проводить качественную работу в этой области. Важным направлением является разработка и внедрение междисциплинарного консенсуса по преддиабету, которые обеспечат унифицированный подход к диагностике, лечению и ДН.

Стратегические подходы к решению проблем учета и профилактики предиабета

Для повышения эффективности диагностики, учета и профилактики предиабета эксперты предложили ряд ключевых мер:

1. Важным направлением является проведение анализа влияния кодов группы R00-R99 в форме № 12 статистического учета, что обеспечит более точный мониторинг нарушений углеводного обмена. Рекомендуется интеграция кодов МКБ-10 R73.0 и R73.9 в учетную форму 5000 форм 131/у, 131/o, что позволит систематизировать учет случаев предиабета и усовершенствовать ДН.

2. Значительное внимание уделяется внедрению шкалы FINDRISC в программу профилактических мероприятий, что даст возможность выявлять пациентов с высоким риском развития СД 2 типа и включать их в углубленное обследование. Дополнительно предложено добавить оценку по FINDRISC в форму 131/у как индикатор качества проведения диспансеризации.

3. Необходимо определить предиабет как заболевание, требующее пожизненного диспансерного наблюдения с установлением группы здоровья IIIa.

4. Для оптимизации ДН эксперты предложили установить целевые показатели охвата паци-

ентов с предиабетом и включить их в показатели результативности деятельности медицинских учреждений, а также в контрольные мероприятия первичного звена здравоохранения. В ходе дискуссии подчеркнута необходимость проведения тематических экспертиз качества работы страховых медицинских организаций и уточнения нормативных формулировок.

5. Эксперты указали на необходимость включения предиабета в перечень состояний, подлежащих диспансерному наблюдению в рамках ПГГ, и введения отдельного тарифа на углубленное профилактическое консультирование в рамках программы государственных гарантий.

6. В целях улучшения мониторинга и профилактики было предложено расширение функционала платформы "Персональные медицинские помощники" для дистанционного наблюдения за пациентами с предиабетом. Интеграция таких инструментов позволит обеспечить систематический подход к ведению пациентов, что, в свою очередь, будет способствовать снижению риска прогрессирования предиабета в СД 2 типа, повышению качества медицинской помощи и эффективности профилактических программ.

С учетом вышеизложенного, а также в связи с отсутствием в МКБ-10 специального кодирования по диагностике, лечению и профилактике для состояния "предиабет", на текущем этапе представляется целесообразным систематизировать все современные подходы к профилактике и коррекции предиабета, гармонизировать существующие рекомендации профессиональных сообществ и на этой основе разработать единый междисциплинарный консенсус по предиабету.

Литература/References

1. Zilov AV. Prediabetes: current state of the problem and clinical recommendations. Effective pharmacotherapy. 2022;18(30):20-6. (In Russ.) Зилов А. В. Предиабет: современное состояние проблемы и клинические рекомендации. Эффективная фармакотерапия. 2022;18(30):20-6. doi:10.33978/2307-3586-2022-18-30-20-26.
2. Echouffo-Tcheugui JB, Perreault L, Ji L, Dagogo-Jack S. Diagnosis and Management of Prediabetes: A Review. JAMA. 2023;329(14):1206-16. doi:10.1001/jama.2023.4063.
3. Vajravelu ME, Lee JM. Identifying Prediabetes and Type 2 Diabetes in Asymptomatic Youth: Should HbA1c Be Used as a Diagnostic Approach? Curr Diab Rep. 2018;18(7):43. doi:10.1007/s11892-018-1012-6.
4. Sun H, Saeedi P, Karuranga S, et al. IDF Diabetes Atlas: Global, regional and country-level diabetes prevalence estimates for 2021 and projections for 2045. Diabetes Res Clin Pract. 2022;183:109119. doi:10.1016/j.diabres.2021.109119.
5. Dedov I, Shestakova M, Galstyan G, et al. The prevalence of type 2 diabetes mellitus (T2DM) in the adult Russian population (NATION study). Diabetes Res Clin Pract. 2016;115:90-5.
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):96105. (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):96105. doi:10.17116/profmed20222512196.
7. Haw JS, Galaviz KI, Straus AN, et al. Long-term Sustainability of Diabetes Prevention Approaches: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Clinical Trials. JAMA Intern Med. 2017;177(12):1808-17. doi:10.1001/jamainternmed.2017.6040.
8. Kerrison G, Gillis RB, Jivani SI, et al. The Effectiveness of Lifestyle Adaptation for the Prevention of Prediabetes in Adults: A Systematic Review. J Diabetes Res. 2017;2017:8493145. doi:10.1155/2017/8493145.
9. Richter B, Hemmingsen B, Metzendorf MI, Takwoingi Y. 2018. Development of type 2 diabetes mellitus in people with intermediate hyperglycaemia. Cochrane Database Syst. Rev. 10(10):CD012661.
10. Dedov II, Shestakova MV, Vikulova OK, et al. Diabetes mellitus in the Russian Federation: dynamics of epidemiological indicators according to the Federal Register of Diabetes Mellitus 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.
11. Sineglazova AV, Fakhrutdinova AS. Changes of carbohydrate metabolism and insulin resistance parameters at different compliance levels in young people. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2024;23(6):4059. (In Russ.) Синеглазова А.В., Фахрутдинова А.Ш. Динамика показателей углеводного обмена и инсулинорезистентности при различном уровне приверженности лечению у лиц молодого возраста. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2024;23(6):4059. doi:10.15829/1728-8800-2024-4059.
12. Balanova YuA, Shalnova SA, Imaeva AE, et al. Risk stratification of type 2 diabetes in the Russian population depending on FINDRISC category: results of prospective follow-up. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2024;23(6):3967. (In Russ.) Баланова Ю.А., Шальнева С.А., Имаева А.Э. и др. Стратификация риска сахарного диабета 2 типа в российской популяции в зависимости от категории по шкале FINDRISC: результаты проспективного наблюдения. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2024;23(6):3967. doi:10.15829/1728-8800-2024-3967.
13. Emerging Risk Factors Collaboration; Sarwar N, Gao P, Seshasai SR, et al. Diabetes mellitus, fasting blood glucose concentration, and risk of vascular disease: a collaborative meta-analysis of 102 prospective studies. Lancet. 2010;375(9733):2215-22. doi:10.1016/S0140-6736(10)60484-9. Erratum in: Lancet. 2010;376(9745):958.
14. Selvin E, Lazo M, Chen Y, et al. Diabetes mellitus, prediabetes, and incidence of subclinical myocardial damage. Circulation. 2014;130(16):1374-82. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.114.010815.
15. Choi D, Choi S, Son JS, et al. Impact of Discrepancies in General and Abdominal Obesity on Major Adverse Cardiac Events. J Am Hear Assoc. 2019;8(18):e013471. doi:10.1161/JAH.119.013471.

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

Драпкина О. М. (Drapkina O. M.) — профессор, академик РАН, директор ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России, ORCID: 0000-0002-4453-8430;

Шестакова М. В. (Shestakova M. V.) — д.м.н., профессор, академик РАН, директор института диабета ФГБУ "НМИЦ эндокринологии" Минздрава России, ORCID: 0000-0003-3893-9972;

Дроздова Л. Ю. (Drozdova L. Yu.) — к.м.н., руководитель отдела стратегического планирования и внедрения профилактических технологий ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России, ORCID: 0000-0002-4529-3308;

Синеглазова А. В. (Sineglazova A. V.) — профессор, д.м.н., зав. кафедрой поликлинической терапии и ОВП ФГБОУ ВО "Казанский ГМУ" Минздрава России, ORCID: 0000-0002-7951-0040;

Ливзан М. А. (Livzan M. A.) — профессор, член-корреспондент РАН, ректор, зав. кафедрой факультетской терапии и гастроэнтерологии ФГБОУ ВО "Омский государственный медицинский университет" Минздрава России, ORCID: 0000-0002-6581-7017;

Куняева Т. А. (Kunyaeva T. A.) — к.м.н., зам. главного врача по медицинской части ГБУЗ РМ "Мордовская республиканская центральная клиническая больница", доцент кафедры амбулаторно-поликлинической терапии ФГБОУ ВО "Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарева", главный внештатный специалист по терапии Минздрава России по Приволжскому федеральному округу и Республики Мордовия, ORCID: 0000-0003-4245-4265;

Бакулин И. Г. (Bakulin I. G.) — д.м.н., профессор, зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии им. С. М. Рысса ФГБОУ ВО "Северо-Западный ГМУ им. И. И. Мечникова" Минздрава России, ORCID: 0000-0002-6151-2021;

Беленькая В. А. (Belenkaya V. A.) — главный врач ГАУЗ ТО "Городская поликлиника № 5", ORCID: 0000-0002-3897-0104;

Елисеева Е. В. (Eliseeva E. V.) — д.м.н., профессор, зав. кафедрой общей и клинической фармакологии ФГБОУ ВО "Тихоокеанский государственный медицинский университет" Минздрава России, ORCID: 0000-0001-6126-1253;

Концевая А. В. (Kontsevaya A. V.) — д.м.н., профессор, зам. директора по научной и аналитической работе ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России, ORCID: 0000-0003-2062-1536;

Мисникова И. В. (Misnikova I. V.) — д.м.н., профессор кафедры эндокринологии, руководитель отделения терапевтической эндокринологии Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М. Ф. Владимиরского, ORCID: 0000-0003-1668-8711;

Невзорова В. А. (Nevzorova V. A.) — д.м.н., профессор, директор Института терапии и инструментальной диагностики ФГБОУ ВО "Тихоокеанский государственный медицинский университет" Минздрава России, ORCID: 0000-0002-0117-0349;

Санина Н. П. (Sanina N. P.) — д.м.н., профессор кафедры терапии факультета усовершенствования врачей ГБУЗ МО "Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимира", ORCID: 0000-0002-0335-1899;

Фомичева М. Л. (Fomicheva M. L.) — к.м.н., директор ГКУЗ "Региональный центр медицинской профилактики", ORCID: 0000-0003-2833-534X;

Васюкова О. В. (Vasyukova O. V.) — к.м.н., руководитель центра лечения и профилактики метаболических заболеваний и ожирения ФГБУ "НМИЦ эндокринологии" Минздрава России; ORCID: 0000-0002-9299-1053;

Мокрышева Н. Г. (Mokrysheva N. G.) — профессор, член-корреспондент РАН, директор ФГБУ "НМИЦ эндокринологии" Минздрава России, ORCID: 0000-0002-9717-9742.

Анализ современных данных

Мнение по проблеме

Правовые изменения: фокус на первичную медико-санитарную помощь

Цель. Анализ и оценка изменений в законодательстве Российской Федерации, касающихся первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), за первый квартал 2025 г.

Материал и методы. Проведен анализ нормативных правовых актов Российской Федерации, вступивших в законную силу в первом квартале 2025 г., а также методических рекомендаций. В ходе анализа выявлены ключевые изменения в структуре и функционировании системы ПМСП, а также оценено их влияние на практику оказания медицинских услуг. Особое внимание уделено аспектам, связанным с улучшением доступности и качества медицинской помощи, а также изменением организационных и финансовых механизмов, что позволяет более глубоко понять последствия данных правовых нововведений для всех участников системы здравоохранения.

Результаты. Изменения в действующем законодательстве создают предпосылки для более эффективного функционирования системы ПМСП в Российской Федерации, что, в свою очередь, должно положительно повлиять на здоровье населения и удовлетворенность пациентов.

Заключение. Проведенное исследование подчеркивает значимость правовых нововведений для системы ПМСП в Российской Федерации. Выявленные изменения направлены на улучшение доступности и качества медицинских услуг, внедрение современных технологий и повышение квалификации медицинских работников. Эти меры создают благоприятные условия для оптимизации работы медицинских организаций и повышения удовлетворенности пациентов. Таким образом, правовые реформы представляют собой важный шаг к совершенствованию системы здравоохранения, что в конечном итоге должно способствовать улучшению здоровья населения и повышению эффективности оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: медицинская помощь, первичная медико-санитарная помощь, нормативные правовые акты, система здравоохранения, методические рекомендации, законодательные изменения.

Отношения и деятельность: нет.

Для цитирования: Савченко Д.О., Наумов П.Ю. Правовые изменения: фокус на первичную медико-санитарную помощь. *Первичная медико-санитарная помощь*. 2025;2(1):26-31. doi: 10.15829/3034-4123-2025-45. EDN IHKNKY

Савченко Д. О.*,
Наумов П. Ю.²

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

²ФГКУЗ "Главный военный клинический госпиталь войск национальной гвардии Российской Федерации", Балашиха, Московская область, Российская Федерация

*Corresponding author
(Автор, ответственный
за переписку):
savchenkodo@mail.ru

Поступила: 24.02.2025
Рецензия получена: 25.03.2025
Принята: 28.03.2025



Analysis of modern data

Opinion on a problem

Legal changes: focus on primary health care

Aim. To analyze and assess changes in the legislation of the Russian Federation related to primary health care for the first quarter of 2025.

Material and methods. The study included an analysis of regulatory legal acts of the Russian Federation that entered into force in the first quarter of 2025, as well as methodological guidelines. The analysis identified key changes related to the structure and functioning of the primary health care system, and assessed their impact on healthcare provision. Particular attention was paid to aspects related to improving the availability and quality of healthcare, as well as changes in management and financial mechanisms. This allows for a deeper understanding of the consequences of legal innovations for all healthcare participants.

Results. The study results showed that legislation changes create preconditions for more efficient functioning of the primary health care system in the Russian Federation. This, in turn, should improve public health and increase patient satisfaction.

Conclusion. The conducted study of legislation changes coming into force in the first quarter of 2025 and methodological guidelines emphasizes the importance of legal innovations in the primary health care system in the Russian Federation. The identified changes are aimed at improving the healthcare availability and quality, introducing modern technologies and improving the qualifications of medical workers. These measures create favorable conditions for work of health facilities and increase patient satisfaction. Thus, legal reforms represent an important step towards improving the healthcare system, which ultimately should contribute to improving public health and increasing healthcare efficiency.

Keywords: healthcare, primary health care, regulations, healthcare system, guidelines, legislative changes.

Relationships and Activities: none.

For citation: Savchenko D.O., Naumov P.Yu. Legal changes: focus on primary health care. *Primary Health Care (Russian Federation)*. 2025;2(1):26-31. doi: 10.15829/3034-4123-2025-45. EDN IHKNKY

ПМСП — первичная медико-санитарная помощь, СВО — специальная военная операция, COVID-19 — новая коронавирусная инфекция.

Savchenko D. O.^{1*},
Naumov P. Yu.²

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

²Central Military Clinical Hospital
of the National Guard Forces of the
Russian Federation, Balashikha,
Moscow Region, Russian Federation

*Corresponding author:
ldrozdova@gnicpm.ru

Received: 24.02.2025
Revision received: 25.03.2025
Accepted: 28.03.2025



Ключевые моменты

Как изменения в законодательстве 2025 г. влияют на организацию первичной медико-санитарной помощи в России?

- Изменения направлены на улучшение качества и доступности медицинских услуг, создание более гибкой системы организации первичной медико-санитарной помощи, а также внедрение новых технологий и стандартов, что позволяет лучше реагировать на потребности населения.

Каковы основные направления реформ в сфере здравоохранения, отраженные в новых нормативных актах?

- Основные направления изменений включают увеличение финансирования медицинской помощи, акцент на социальную ответственность системы здравоохранения, внедрение клинических рекомендаций и улучшение условий труда медицинских работников, что способствует повышению качества оказания медицинской помощи.

Key messages

How do regulatory changes in 2025 affect the primary health care management in Russia?

- The changes are aimed at improving the healthcare quality and accessibility, creating a more flexible system for managing primary health care, as well as introducing novel technologies and standards, which allows for a better response to the population needs.

What are the main reform areas in healthcare reflected in the new regulations?

- The main areas of change include increasing funding for healthcare, emphasizing the social responsibility of the healthcare system, introducing clinical guidelines, and improving the working conditions of health professionals, which contributes to improving the healthcare quality.

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) становится все более важной частью системы здравоохранения, играя ключевую роль в обеспечении поддержания здоровья населения, профилактике заболеваний (стоянний), повышении качества жизни. ПМСП служит первой линией врачебно-сестринского контакта для пациентов, предоставляя широкий спектр услуг, включая диагностику, лечение, профилактику и медицинскую реабилитацию. В условиях растущих потребностей населения в получении качественной медицинской помощи и увеличения нагрузки на систему здравоохранения, обновления законодательства в этой области направлены на улучшение качества предоставления медицинских услуг и повышения их доступности для разных слоев населения.

Одной из основных задач изменений в законодательство является создание более эффективной и гибкой системы организации и оказания ПМСП, способной быстро реагировать на изменения социальных запросов и потребностей конкретных пациентов. В последние годы наблюдается стремление к внедрению новых принципов предоставления медицинских услуг, которые отражают современные методы лечения и профилактики заболеваний. Это включает не только обновление клинических рекомендаций, но и внедрение новых технологий, таких как телемедицина, что по-

зволяет расширить доступ к медицинским услугам, особенно в удаленных и сельских районах.

Обновления законодательства в области ПМСП направлены на улучшение качества медицинских услуг и доступности для населения. В статье рассмотрены ключевые изменения нормативных правовых актов за первый квартал 2025 г.

С 1 января 2025 г. **утратил силу приказ Минздрава России¹**, который устанавливал временный порядок организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Этот документ, действовавший на протяжении нескольких лет, стал важным инструментом в борьбе с распространением COVID-19, обеспечивая четкие рекомендации и требования для медицинских учреждений, направленные на защиту здоровья как пациентов, так и медицинского персонала.

Однако с изменением эпидемиологической ситуации и улучшением контроля над распространением COVID-19 строгие меры, установленные порядком, стали менее актуальны. Постепенное снижение числа случаев заболевания и увеличе-

¹ Приказ Минздрава России от 19 марта 2020 г. № 198н "О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19". [https://base.garant.ru/73769697.\(12.03.2025\)](https://base.garant.ru/73769697.(12.03.2025)).

ние уровня вакцинации среди населения привели к тому, что многие из ранее введенных ограничений и правил перестали быть необходимыми. В связи с этим приказ утратил свою силу, что открывает новые возможности для медицинских организаций в плане адаптации к изменившимся условиям работы.

Отмена данного приказа также свидетельствует о переходе к новому этапу в управлении здравоохранением, где акцент смещается с экстренных мер на устойчивое развитие системы здравоохранения и восстановление нормального функционирования медицинских учреждений.

Теперь медицинские организации руководствуются постановлениями Главного государственного санитарного врача Российской Федерации. В частности, постановление от 17 июня 2024 г. № 7² определяет мероприятия по профилактике гриппа, острых респираторных вирусных инфекций и COVID-19 в эпидемическом сезоне 2024-2025 гг. Это решение подчеркивает важность адаптации к новым условиям и продолжение работы по предотвращению распространения инфекционных заболеваний.

Кроме того, в медицинских учреждениях используют санитарные правила и нормы, утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28 января 2021 г. № 4³. Эти санитарно-эпидемиологические требования направлены на профилактику инфекционных болезней и обеспечивают безопасность как пациентов, так и медицинского персонала.

Таким образом, переход к новым нормативным актам свидетельствует, что система здравоохранения Российской Федерации продолжает адаптироваться к изменяющимся условиям, сохраняя при этом фокус на профилактике и контроле инфекционных заболеваний.

С 6 января 2025 г. вступила в силу **Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов⁴**.

Одним из ключевых моментов программы стало увеличение финансирования в рамках обяза-

тельного медицинского страхования на 16,5%. Это позволит не только нарастить объемы предоставляемой медицинской помощи, но и индексировать ее стоимость, что, в свою очередь, должно положительно отразиться на качестве обслуживания. В частности, расходы на фонд оплаты труда медицинских работников увеличились более чем на 17%, что является важным шагом к улучшению условий труда и мотивации персонала.

Особое внимание в программе уделено оказанию медицинской помощи ветеранам специальной военной операции (СВО). Так, медицинская помощь для этой категории пациентов осуществляется во внеочередном порядке.

Государственный фонд "Защитники Отечества" играет ключевую роль в организации ПМСП для участников СВО, предоставляя территориальному фонду обязательного медицинского страхования информацию о месте нахождения, контактных данных и состоянии здоровья каждого участника. Это позволяет медицинским организациям более эффективно планировать и координировать оказание медицинской помощи, что является важным аспектом в условиях ограниченного времени и ресурсов.

В каждой медицинской организации, выбранной участником СВО, назначается отдельный медицинский работник, который будет координировать предоставление ПМСП. Это обеспечивает индивидуальный подход к каждому военнослужащему и позволяет оперативно решать возникающие вопросы, связанные с его здоровьем. Кроме того, руководители медицинских организаций могут выделять фиксированное время и даты приема для участников СВО, что упрощает процесс прохождения диспансеризации и диспансерного наблюдения.

В случае, если участник СВО не может прибыть в медицинскую организацию, предусмотрена возможность выезда медицинской бригады к нему. Это особенно важно для обеспечения доступности медицинской помощи в удаленных или труднодоступных районах, где может быть сложно организовать транспортировку пациента. Бригада должна быть оснащена необходимыми медицинскими изделиями для проведения обследований, что позволяет обеспечить высокое качество медицинского обслуживания на месте.

Кроме того, в течение месяца после получения медицинской организацией информации о прибытии участника СВО в субъект Российской Федерации ему должно быть организовано проведение диспансеризации. Это позволит своевременно выявлять и предотвращать возможные заболевания, что является важным аспектом поддержания здоровья военнослужащих.

² Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 17 июня 2024 г. № 7 "О мероприятиях по профилактике гриппа, острых респираторных вирусных инфекций и новой коронавирусной инфекции (COVID-19) в эпидемическом сезоне 2024-2025 годов" <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/409267954/>. (12.03.2025).

³ Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28 января 2021 г. № 4 "Об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 3.3686-21 "Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней" <https://base.garant.ru/400342149/>. (12.03.2025).

⁴ Постановление Правительства Российской Федерации от 27 декабря 2024 г. № 1940 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов" <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/411138101/>. (12.03.2025).

Таким образом, внедрение внеочередного порядка оказания ПМСП для участников СВО не только подчеркивает важность социальной ответственности системы здравоохранения, но и создает новые возможности для улучшения качества и доступности медицинских услуг.

Минздрав России в **письме от 21 января 2025 г. № 17-1/3003770-2772** разъяснил порядок применения клинических рекомендаций в медицинской практике, что является важным шагом в стандартизации и улучшении качества медицинской помощи. В соответствии с этим письмом клинические рекомендации не следует рассматривать как нормативные акты; они представляют собой рекомендательные документы, которые служат ориентиром для врачей при оказании медицинской помощи в конкретных клинических ситуациях.

Клинические рекомендации разрабатываются на основе современных научных данных и практического опыта, что позволяет врачам принимать обоснованные решения, основываясь на лучших доступных методах лечения. Однако, как подчеркивается в письме Минздрава России, их применение остается на усмотрение медицинских работников, что позволяет учитывать индивидуальные особенности каждого пациента и конкретные условия оказания медицинской помощи.

Важным аспектом, упомянутым в письме, является поэтапный переход медицинских организаций к оказанию помощи на основе клинических рекомендаций. Этот переход подразумевает введение временного периода, необходимого для ознакомления и адаптации как медицинских учреждений, так и их сотрудников. В течение этого времени медицинские организации смогут изучить рекомендации, провести обучение персонала и внедрить новые подходы в практику. Такой подход обеспечивает плавный переход и минимизирует возможные риски, связанные с изменением стандартов оказания медицинской помощи.

Тем не менее стоит отметить, что процесс поэтапного перехода не изменяет статус и правовые последствия применения или неприменения клинических рекомендаций. Это означает, что врачи и медицинские организации должны быть готовы обосновать свои решения, если отклоняются от рекомендованных подходов. Важно, чтобы медицинские работники понимали, что клинические рекомендации служат не только инструментом для улучшения качества лечения, но и основой для принятия ответственных решений в интересах пациентов.

Таким образом, разъяснения Минздрава России о порядке применения клинических рекомендаций подчеркивают их значимость в медицинской практике и необходимость их интеграции в по-

вседневную работу медицинских организаций. Это позволит повысить качество и безопасность медицинской помощи, а также обеспечить более эффективное использование ресурсов здравоохранения.

1 марта 2025 г. вступили в силу **изменения в Трудовой кодекс Российской Федерации⁵**, закрепляющие понятие наставничества и его правовой статус. Наставничество становится ключевым элементом в процессе передачи знаний и опыта, что особенно актуально в сфере здравоохранения, где качество медицинской помощи напрямую зависит от квалификации и профессионализма медицинских работников.

Согласно новой статье, наставничество теперь является отдельной формой трудовой деятельности, что позволяет более четко определить права и обязанности наставников. Это включает возможность заключения трудового договора или дополнительного соглашения к трудовому договору, в котором будут указаны содержание, сроки и форма выполнения наставнической работы.

Введение выплат за наставничество также является значительным шагом, направленным на стимулирование профессионалов к передаче своих знаний и навыков молодым специалистам. Это не только повышает мотивацию опытных работников, но и способствует созданию более устойчивой и квалифицированной команды в медицинских организациях. В условиях ПМСП, где часто наблюдается нехватка кадров, эффективное наставничество может стать решающим фактором в подготовке новых специалистов и обеспечении высокого уровня медицинского обслуживания.

Также с 1 марта 2025 г. вступили в силу изменения в **санитарные правила 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 услуг⁶**.

Теперь медицинским организациям разрешено использовать помещения с нецентрализованными системами водоснабжения и водоотведения. Однако для этого установлено важное условие: сточные воды должны направляться в подземные

⁵ Федеральный закон от 9 ноября 2024 г. № 381-ФЗ "О внесении изменения в Трудовой кодекс Российской Федерации" <https://www.garant.ru/hotlaw/federal/1766554/>. (12.03.2025).

⁶ Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 20 марта 2024 г. № 2 "О внесении изменений в санитарные правила 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", утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 24 декабря 2020 г. № 44" <https://www.garant.ru/hotlaw/federal/1737712/>. (12.03.2025).

водонепроницаемые сооружения, откуда они будут вывозиться на очистные сооружения. Это изменение представляет собой шаг к более гибкому подходу в организации медицинских пространств, учитывая современные требования к инфраструктуре.

Согласно действующим правилам, нецентрализованное водоснабжение возможно только при наличии локальных очистных сооружений, таким образом рассматриваемое постановление расширяет возможности для медицинских организаций, позволяя им использовать более разнообразные помещения, что может быть особенно актуально для удаленных и малонаселенных районов.

Кроме того, в рамках постановления операционные, приемные кабинеты, регистратуры и помещения для выдачи анализов могут быть расположены в помещениях без естественного освещения. Это также касается кабинетов медицинских осмотров и медицинских пунктов организаций, где медицинская деятельность не является основной. Такие кабинеты могут размещаться как в помещениях без естественного освещения, так и в помещениях с освещением вторым светом, что значительно упрощает организацию пространства в условиях ограниченных ресурсов.

Также в постановлении содержится блок изменений, касающихся обращения с твердыми коммунальными отходами. В частности, исключается требование о минимальном размере контей-

нерной площадки, что может упростить процесс управления отходами для медицинских организаций. Однако вводится новое требование о промывке уборочного инвентаря с использованием не только моющих, но и дезинфицирующих средств, что подчеркивает важность соблюдения санитарных норм и профилактики инфекций.

В помещениях, таких как процедурные кабинеты и инфекционные отделения, рекомендуется устанавливать умывальники с некистевым управлением, включая локтевое и педальное. Это решение направлено на повышение уровня гигиеничности и удобства в использовании, позволяя медицинскому персоналу эффективно очищать руки без необходимости касаться крана.

Наконец, в соответствии с внесенными изменениями разрешается проведение бронхоскопии и эндоскопии верхних и нижних отделов желудочно-кишечного тракта в одной процедурной. Это упрощает организацию медицинских манипуляций и повышает эффективность работы медицинских учреждений, позволяя сократить время ожидания для пациентов и улучшить качество оказания медицинской помощи.

Таким образом, данные изменения в законодательстве направлены на оптимизацию работы медицинских организаций, улучшение условий для оказания медицинской помощи и повышение уровня безопасности для пациентов и медицинского персонала.

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

Савченко Д. О. (Savchenko D.O.) — м.н.с., ORCID: 0009-0001-8047-7903;

Наумов П. Ю. (Naumov P.Yu.) — к.п.н., помощник начальника госпиталя по правовой работе, ORCID: 0000-0002-2875-2322.

Анализ современных данных

Обзор литературы

Аспекты первичной и вторичной профилактики хронической сердечной недостаточности у пациентов с бронхиальной астмой

Современная концепция персонализированного подхода к изучению взаимосвязи заболеваний способствует широкому изучению вопросов полиморбидности. Бронхиальная астма (БА) — одна из наиболее часто встречающихся патологий среди хронических болезней органов дыхания, характеризующаяся широкой гетерогенностью и высокой коморбидностью, особенно с заболеваниями сердечно-сосудистой системы в старшей возрастной группе. Ввиду сложностей дифференциальной диагностики данных патологий и взаимоотягоченному течению, необходима структуризация мер по профилактике хронической сердечной недостаточности (ХСН) у пациентов, имеющих БА.

Цель обзора — освещение этиологии, схожести клинической картины и общих звеньев патогенеза у пациентов с ХСН и БА, а также основных подходов к профилактике сердечной недостаточности у пациентов, страдающих БА.

В обзоре обобщены рекомендации по профилактике ХСН у пациентов с БА и диспансерному наблюдению пациентов с БА для своевременной диагностики ХСН.

Ключевые слова: бронхиальная астма, хроническая сердечная недостаточность, коморбидность, профилактика.

Отношения и деятельность: нет.

Для цитирования: Савич М. Б., Демко И. В., Собко Е. А., Ищенко О. П. Аспекты первичной и вторичной профилактики хронической сердечной недостаточности у пациентов с бронхиальной астмой. *Первичная медико-санитарная помощь*. 2025;2(1):32-40. doi: 10.15829/3034-4123-2025-35. EDN HDTAJS

Савич М. Б.^{1,2*},
Демко И. В.^{1,2},
Собко Е. А.^{1,2},
Ищенко О. П.^{1,2}

¹ФГБОУ ВО "Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого" Минздрава России,
Красноярск,
Российская Федерация

²КГБУЗ "Краевая клиническая больница",
Красноярск,
Российская Федерация

*Corresponding author
(Автор, ответственный за переписку):
prokhorovich.mari@mail.ru

Поступила: 22.11.2024
Рецензия получена: 15.03.2025
Принята: 28.03.2025



Analysis of modern data

Review

Aspects of primary and secondary prevention of heart failure in patients with asthma

The modern concept of a personalized approach to studying the relationship between diseases contributes to an in-depth multimorbidity study. Asthma is one of the most common pathologies among chronic respiratory diseases, characterized by wide heterogeneity and high comorbidity, especially with cardiovascular diseases in the older age group. Due to the difficulties of differential diagnosis of these diseases and their mutually aggravated course, measures for the prevention of heart failure (HF) in asthma patients should be structured.

The aim of the review was to highlight the etiology, similarity of the clinical performance and common pathogenesis links in patients with HF and asthma, as well as the main approaches to the prevention of heart failure in patients with asthma.

The review summarizes recommendations for the prevention of HF and outpatient follow-up of asthma patients for the timely diagnosis of HF.

Keywords: asthma, heart failure, comorbidity, prevention.

Relationships and Activities: none.

For citation: Savich M. B., Demko I. V., Sobko E. A., Ishchenko O. P. Aspects of primary and secondary prevention of heart failure in patients with asthma. *Primary Health Care (Russian Federation)*. 2025;2(1):32-40.
doi: 10.15829/3034-4123-2025-35. EDN HDTAJS

БА — бронхиальная астма, ИБС — ишемическая болезнь сердца, ИЛ — интерлейкин, ЛЖ — левый желудочек, СН — сердечная недостаточность, ФВ — фракция выброса, ХСН — хроническая сердечная недостаточность.

Savich M. B.^{1,2*},
Demko I. V.^{1,2},
Sobko E. A.^{1,2},
Ishchenko O. P.^{1,2}

¹Voyno-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russian Federation

²Regional Clinical Hospital, Krasnoyarsk, Russian Federation

*Corresponding author:
prokhorovich.mari@mail.ru

Received: 22.11.2024

Revision received: 15.03.2025

Accepted: 28.03.2025



Введение

В рамках концепции персонализированного подхода к ведению пациентов проблема коморбидности, под которой понимают сочетание нескольких хронических заболеваний у одного больного, выходит на лидирующие позиции [1]. Особый интерес вызывает изучение особенностей клинических проявлений фенотипов и закономерностей развития синдромов взаимного отягощения. Целесообразен поиск универсальных неспецифических патофизиологических механизмов, обуславливающих полиморбидность, а также маркеров, необходимых для своевременной диагностики и, как следствие, выработки оптимальной лечебно-диагностической тактики. Важно отметить, что наличие нескольких патологий значительно усугубляет течение и ускоряет прогрессирование каждой из них. Коморбидность значительно увеличивает вероятность декомпенсации, госпитализации и даже летальных исходов. В связи с этим особенно актуальным становится изучение сочетания широко распространенных и социально-значимых заболеваний, наиболее ярким примером которого является сочетание бронхолегочных и сердечно-сосудистой патологий.

Бронхиальная астма (БА) — одна из наиболее часто встречающихся патологий среди болезней органов дыхания. По последним данным, ~7% взрослого населения России страдают БА, при этом трети этих пациентов не удается достигнуть контроля над симптомами [2]. Развитие БА обусловлено совокупностью экзогенных (воздействие аллергенов, инфекционных агентов, аэрополлютантов, особенности питания и профессии) и эндогенных (генетические предикторы, пол, ожирение) факторов¹. С одной стороны, сложность достижения ремиссии связана с модифицируемыми причинами, например, низкая комплаентность пациента, его неспособность отказаться от вредных привычек и изменить рацион питания. С другой стороны, высокая частота обострений и обращений за медицинской помощью связана с немодифицируемыми факторами риска, что важно учитывать при планировании профилактических мероприятий как в отношении отягощенного течения БА, так и в отношении развития сопутствующих заболеваний.

БА — это мультифакторное заболевание, характеризующееся широкой гетерогенностью и высокой коморбидностью. В реальной клинической практике терапевты все чаще сталкиваются с дифференциально-диагностическими трудностями, обусловленными многофакторным влиянием на течение БА разных сопутствующих заболеваний,

особенностей мест проживания, возраста и лекарственного взаимодействия, что в совокупности приводит к изменению клинической картины как основного, так и сочетанных заболеваний [3].

Выделено несколько фенотипов и эндотипов БА [4], а также активно изучаются ее синдромы взаимного отягощения с другими соматическими заболеваниями [5]. В старшей возрастной группе особую актуальность имеет коморбидность БА с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Так, по данным ряда исследований, до 20% пациентов с БА имеют хроническую сердечную недостаточность (ХСН) разной этиологии [6]. Данные патологии взаимно отягощают течение друг друга и маскируют клинические симптомы. Однако детально проблема этиологии и патогенеза сердечной недостаточности (СН) у больных БА все еще не изучена, ввиду чего она является крайне актуальной.

Цель обзора — освещение этиологии, схожести клинической картины и общих звеньев патогенеза у пациентов с ХСН и БА, а также основных подходов к профилактике СН у пациентов, страдающих БА.

Методология исследования

В ходе обзора литературы проведена комплексная оценка систематических обзоров, метаанализов, фундаментальных исследований, посвященных изучаемой проблематике, доступных в научных базах данных eLIBRARY, PubMed, Google Scholar, а также на электронном портале "Библиотека Профилактической кардиологии" и в электронной коллекции публикаций по профилактике и терапии "Терапия без границ". При поиске использовались отдельные ключевые слова и их разные сочетания: "бронхиальная астма", "хроническая сердечная недостаточность", "коморбидность", "профилактика", "asthma", "chronic heart failure", "comorbidity", "prevention". При подготовке обзора литературы проанализированы русскоязычные источники последних 15 лет и англоязычные источники последних 5 лет.

Результаты

Этиология и классификация ХСН

В 2024 г. в клиническую практику введена новая классификация ХСН, в основе которой лежит оценка клинической симптоматики ХСН, анализ нарушения структуры сердца и внутрисердечной гемодинамики, а также повышения уровня мозгового натрийуретического пептида (который также не дает абсолютный ответ о наличии ХСН ввиду изменения пороговых значений при разных сопутствующих патологиях), позволяющая диагностировать ХСН (**таблица 1**) [7]. В последние десятиле-

¹ GINA Main Report 2023 Front Cove. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, Global Initiative for Asthma (GINA) 2023. <http://www.ginasthma.org/> (01.11.2024).

Таблица 1**Классификация ХСН по стадиям**

Стадия ХСН	Критерии
Предстадия СН	Отсутствие симптомов и признаков ХСН в настоящем и прошлом. Наличие признаков структурного и/или функционального поражения сердца и/или повышения уровня BNP.
Стадия 1	Проявляющаяся клинически СН: наличие симптомов и признаков ХСН в настоящем или прошлом, вызванных нарушением структуры и/или функции сердца.
Стадия 2	Далеко зашедшая, клинически тяжелая СН: тяжелые симптомы и признаки ХСН, повторные госпитализации по поводу ХСН, несмотря на попытки оптимизировать терапию ХСН или непереносимость терапии ХСН.

Сокращения: СН — сердечная недостаточность, ХСН — хроническая сердечная недостаточность, BNP — brain natriuretic peptide (мозговой натриуретический пептид).

тия все большее внимание уделяется фенотипам ХСН: с сохраненной фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) $\geq 50\%$, с умеренно сниженной ФВ ЛЖ — 41-49%, со сниженной ФВ ЛЖ — <40%. Если при снижении ФВ ЛЖ вопрос о постановке СН не стоит, то при сохранной ФВ ЛЖ требуется детальное дообследование пациента.

Кроме известных кардиальных причин развития ХСН, таких как ишемическая болезнь сердца (ИБС), артериальная гипертония, кардиомиопатии, клапанные пороки сердца, болезни перикарда, врожденные пороки, нарушения ритма сердца, выделяют и внекардиальные причины: дистиреоз, анемию, сепсис, почечную недостаточность, кардиотоксические препараты, ожирение, а также тяжелые бронхобструктивные патологии [7-9]. Lawson C, et al. (2020) оценили процентное соотношение коморбидных или этиологических состояний для ХСН. По результатам их исследования, лидирующие позиции занимает артериальная гипертония — 65%. Также авторами показано, что ХСН развивается у половины пациентов с ИБС; ~40% больных с хронической болезнью почек и фибрillationей предсердий; у четверти людей с сахарным диабетом, ожирением, постинфарктным кардиосклерозом, онкологическими заболеваниями, хронической обструктивной болезнью легких и БА; ~10% пациентов, перенесших инсульт и имеющих анемию [10].

Патогенетические механизмы СН у больных БА

В основе патогенеза БА лежит мультифакторность, включающая как генетические, так и эпигенетические факторы. К основным иммуновоспалительным механизмам БА относят эндотипы с высоким T2-воспалением (T2-астма) в основе которой лежит цитокиновая реакция (интерлейкина (ИЛ)-4, ИЛ-5, ИЛ-13), низким T2-воспалением (нейT2-астма) и смешанные. Бактерии, вирусы и грибки, а также аллергены и поллютанты, могут вызывать повреждение эпителия, приводя к повышенной экспрессии и высвобождению иммуноактивирующих

белков и пептидов, которые, взаимодействуя с иммунными клетками, инициируют воспалительный процесс: ИЛ-33, ИЛ-25 и стромального лимфопоэтина тимуса (Thymic stromal lymphopoietin, TSLP), которые стимулируют врожденные лимфоидные клетки второго типа к продукции ИЛ-5 и ИЛ-13, а также активируют пролиферацию Th2, приводя в конечном итоге к развитию эозинофильного воспаления в слизистой дыхательных путей, и являются пусковыми факторами для формирования эндотелиальной дисфункции¹.

Патогенез СН и процесс ее трансформации в ХСН достаточно понятны. На макроуровнеsistолическая дисфункция ЛЖ связана с тем, что при фиброзе сердечной мышцы увеличивается жесткость стенок сердца, происходит ремоделирование, дилатация, нарушение геометрии, вследствие чего его сократительная способность существенно падает, что как раз и снижает сердечный выброс, во время патологического ремоделирования сердца срабатывает порочный круг, включающий в себя окислительно-восстановительный дисбаланс, модификацию белков, нарушение митохондриального гомеостаза Ca^{2+} и др. механизмы [11]. Кроме того, через ренин-ангиотензин-альдостероновую систему задерживаются натрий и вода, а также запускается периферический вазоспазм, что дополнительно увеличивает нагрузку на ЛЖ. А через симпатoadреналовую систему, помимо вазоконстрикции, активируется кальциевая триада, что ведет к стремительному падению сократительной функции миокарда, а значит, к хронизации и прогрессированию ХСН [12].

При изучении единых механизмов сердечно-сосудистых и бронхолегочных заболеваний особое внимание уделяется эндотелиальной дисфункции, а также роли воспалительных маркеров: уровню ряда цитокинов (ИЛ-1, 2, 6, 8, фактор некроза опухоли- α (ФНО- α), интерферон- γ) и С-реактивного белка [7, 11, 13]. В исследованиях выявлено повышение порогового уровня группы воспалительных маркеров как при БА, так и при прогрессировании

ХСН. Хроническое персистирующее воспаление при БА способствует ремоделированию бронхов, прогрессированию бронхообструкции и развитию легочной гипертензии. При БА легочная гипертензия развивается вследствие генерализованного спазма легочных прекапилляров в ответ на снижение парциального давления кислорода в альвеолярном пространстве, носит прекапиллярный характер, повышая нагрузку на правый желудочек, приводит к нарушению его функционального состояния [6].

Многочисленные исследования показывают, что при бронхообструктивных заболеваниях, особенно при их тяжелом течении, отмечаются гипооксигенация и ремоделирование сердца, лежащие в основе клинической симптоматики ХСН [13]. Длительная и выраженная бронхиальная обструкция ведет к формированию легочного сердца с дисфункцией правых отделов, что, как следствие, становится причиной развития ХСН [6, 14, 15]. Об этом свидетельствуют выявленные нарушения со стороны показателей диастолической функции правого желудочка у больных БА средней и тяжелой степени тяжести [16]. Бронхообструкция повышает нагрузку на правые отделы сердца, что, в свою очередь, приводит к застойным явлениям, со временем нарушаются диастолическое расслабление миокарда ЛЖ, приводя к увеличению конечного диастолического давления в нем, и, соответственно, к увеличению размеров левого предсердия [17].

В итоге хроническое воспаление, гипооксигенация и окислительный стресс, легочная гипертензия, ремоделирование сердца являются патогенетическими звенями в развитии ХСН при БА. Дисфункциональное состояние правого желудочка, как уже говорилось выше, приведет к дисфункции ЛЖ [6, 14]. Таким образом, существует некоторый "порочный круг", в котором БА сначала является этиологической основой развития ХСН, а затем становится фактором, стимулирующим прогрессирование ХСН.

Общность клинических симптомов и проблемы диагностики при сочетании БА и СН

Кашель, повышенная утомляемость, учащенное сердцебиение, одышка являются общим клиническим проявлением как БА, так и ХСН. В связи с этим уточнение причин возникновения этих жалоб крайне важно для постановки правильно-го диагноза и корректного определения лечебно-профилактической тактики. Особую сложность представляет дифференциальная диагностика вышеописанных симптомов при наличии уже установленного диагноза БА. Т. И. Мартыненко предпринята попытка качественной оценки одышки, в результате чего был предложен "Модифицированный словарь одышки" для ранней диффе-

ренциальной диагностики легочной и сердечной одышки [18]. В современных клинических рекомендациях представлено множество опросников по контролю над БА: тест по контролю над астмой (Asthma Control Test), опросник по контролю симптомов астмы (ACO-5), опросник GINA (Global Initiative for Asthma)¹, однако данные тесты не дают стопроцентного ответа об этиологии одышки. В кардиологии и пульмонологии используется тест для оценки одышки: mMRC (The Modified Medical Research Council Dyspnea Scale), однако также не дающий стопроцентный ответ на вопрос об этиологии одышки; если у пациента насчитывается сумма баллов, превышающая пороговое значение, необходим переход на следующий этап диагностики¹ [2]. Одышка — это, в первую очередь, субъективная жалоба пациента, при этом объективных нарушений дыхания (гиперпноэ — частое и глубокое дыхание, гипопноэ — эпизоды остановки дыхания, тахипноэ — частое и поверхностное дыхание, брадипноэ — редкое дыхание, гипервентиляция и гиповентиляция легких) у пациента может и не наблюдаться [19, 20]. И только сам пациент способен отметить новые черты или вновь возникшие характеристики одышки. Кроме того, важно отметить, что, помимо БА и ХСН, существует множество патологий в основе клинических проявлений которых также стоит одышка: хроническая обструктивная болезнь легких, пневмония, тромбоэмболия легочной артерии, ИБС, дистиреоз, ожирение и многие другие, что, в свою очередь, приводит к наибольшим дифференциальным трудностям.

Профилактика ХСН при БА

Рекомендовано отдельное внимание уделять не только лечению уже сформировавшейся ХСН, но и ее первичной профилактике [21]. Этиологическими сердечными факторами ХСН признаны: перенесенный ранее инфаркт миокарда и сниженная приверженность к лечению, нарушение толерантности к глюкозе, артериальная гипертензия любой степени, частое употребление алкоголя, возраст >74 лет, избыточная масса тела, сахарный диабет 2 типа, наличие постоянной формы фибрилляции предсердий, курение. Разработанные прогностические модели со шкалами оценки риска прогрессирования ХСН I и II функционального класса обладают высокой информационной способностью (прогностическая точность >90%) [22, 23]. В последнее время все чаще стали внедряться шкалы самоконтроля для пациентов с ХСН, позволяющие на амбулаторном этапе определить прогрессию ХСН, а также появились школы ХСН для пациентов и их родственников. С профилактической целью, прежде всего, необходимо нивелировать все управляемые факторы риска, лежа-

Таблица 2

Основные группы препаратов, применяемых для лечения бронхиальной астмы и влияющих на развитие ХСН

Группа препаратов	Влияние
β2-агонисты	Влияют на сердечный ритм (приводят к тахикардии и аритмии), повышают показатели АД, снижают уровень калия. Применение β2-агонистов дважды повышает количество госпитализаций по поводу ХСН.
Глюкокортикоиды	Приводят к задержке натрия и воды, увеличивают АД, что способствует развитию ХСН и утяжеляет ее течение.

Сокращения: АД — артериальное давление, ХСН — хроническая сердечная недостаточность.**Таблица 3**

Группы препаратов, применяемые для лечения ХСН

Группа препаратов	Влияние
иАПФ	Известным побочным эффектом иАПФ является сухой кашель, возникающий за счет влияния на уровень брадикинина. Несмотря на то, что такой кашель не связан с бронхобструкцией, он может спровоцировать приступ удушья. Альтернативой могут быть блокаторы рецепторов ангиотензина II (саранты).
β-АБ	Наличие БА — противопоказание к применению неселективных β-АБ, т.к. эти препараты могут вызвать бронхоспазм, тем самым вызвав обострение БА, что связано с блокадой β2-рецепторов бронхов. Селективные β-блокаторы оказывают значительно меньший эффект на рецепторы в бронхах, ввиду селективности в отношении β1-адренорецепторов. Альтернативой могут быть блокаторы If-каналов синусового узла.
	Возможно назначение кардиоселективных β-АБ при легком течении БА с оценкой риска/ пользы (усиления бронхиальной обструкции, удлинения интервала QT, угнетающего действия на дыхательный центр, фиброзирующего действия на легочную ткань).

Сокращения: БА — бронхиальная астма, иАПФ — ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, β-АБ — β-адреноблокаторы.

щие в основе кардиальной патологии: ожирение (индекс массы тела >25 кг/м²), злоупотребление алкоголем, курение, низкая физическая активность (<150 мин аэробной нагрузки/нед.), повышенное потребление соли (не >5 грамм соли/день), повышенный уровень холестерина: общий холестерин >7,5 ммоль/л, холестерин липопротеинов низкой плотности >4,9 ммоль/л, стрессы, гипергликемия (глюкоза натощак >6,1 ммоль/л), гиперурикемия (>300 мкм/л) [24, 25]. Следует отметить, что профилактика прогрессирующего течения ХСН должна включать как раннее адекватное лечение ХСН, так и выявление на ранних этапах минимальных структурных изменений в миокарде [26].

Если касаться внекардиальных причин развития ХСН, важнейшим профилактическим этапом являются своевременное выявление и медикаментозная коррекция дистиремоза, анемии, хронической почечной недостаточности, аутоиммунных патологий, тяжелых бронхобструктивных патологий.

При наличии БА важнейшими профилактическими этапами ХСН являются:

- отказ от курения, пассивного курения, использования вейпов;
- минимизация экспозиции аллергенов и раздражителей на рабочем месте и дома;
- отказ от лекарственных средств, которые могут ухудшить течение БА (уточнение приема

пациентом нестероидных противовоспалительных и противоревматических препаратов, противоглаукомных препаратов и миотических средств, β-блокаторов);

- исключение контакта с аллергенами в помещении;
- исключение контакта с аллергенами внешней среды, поллютантами;
- исключение специфических пищевых продуктов при пищевой сенсибилизации и аллергии;
- ранняя диагностика БА;
- своевременно начатая базисная терапия;
- регулярные умеренные физические нагрузки (от 150 до 300 мин аэробной активности/нед. улучшает сердечно-легочную функцию и положительно сказывается на контроле БА);

— контроль и нормализация массы тела (учет количества потребляемых калорий и создание их дефицита для снижения массы тела, индекс массы тела в соответствии со стандартами Всемирной организации здравоохранения — нормальная масса тела 18,50-24,99 кг/м²);

— ограничение потребления жидкости (не >1,5 л) и соли (до 5 г/сут.);

— контроль артериального давления и регулярная диспансеризация с целью выявления патологии сердечно-сосудистой системы на самой ранней стадии;

— наблюдение кардиологом 1 раз/6 мес. с целью своевременной диагностики и исключения модифицируемых факторов риска ИБС, являющейся основной причиной развития ХСН и имеющей ряд общих патогенетических звеньев с БА, своевременной диагностики нарушений сердечного ритма, также провоцирующих развитие ХСН, и часто возникающих на фоне тяжелого течения БА;

— профилактика острых респираторных вирусных патологий, вакцинация против пневмококковой инфекции, гриппа (важно отметить, что при наличии уже имеющихся БА и ХСН вакцинация занимает важнейшее место в плане профилактики прогрессирования и обострения обеих патологий, ежегодно рекомендована вакцинация против пневмококковой инфекции (вакцины 2 типов: полисахаридная 23-валентная (ППВ-23) и полисахаридная конъюгированная адсорбированная 13-валентная (ПКВ-13)), гриппа, коронавирусной инфекции нового типа [3, 7, 27].

Трудности подбора основной и профилактической терапии у пациентов с коморбидностью БА и ХСН обусловлены широким пересечением побочных эффектов и противопоказаний к приему основных групп препаратов. На основании клинических рекомендаций от 2024 г. [7] для лечения ХСН предусмотрена комбинированная квадротерапия, включающая ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента/антагонисты рецепторов ангиотензина II в комбинации с прочими препаратами, β-адреноблокаторы, антагонисты альдостерона, ингибиторы натрий-глюкозного ко-транспортера 2 типа, для снижения риска госпитализации из-за ХСН и смерти. Всем пациентам с симптомной ХСН рекомендовано проведение дообследования, включая эхокардиографию, электрокардиографию, холтеровское мониторирование, для решения вопроса о необходимости сердечной ресинхронизирующей терапии, имплантации кардиовертера-дефибриллятора с целью уменьшения симптомов, снижения риска заболевания и смерти.

В **таблицах 2 и 3** представлены взаимодействия при медикаментозной профилактике и терапии коморбидности БА и ХСН [6, 28].

Заключение

Высокая коморбидность БА и ХСН в старшей возрастной группе не вызывает сомнений. В связи с этим своевременная диагностика и, как следствие, своевременная профилактика ХСН у больных с БА становится важной задачей как для научного сообщества, так и для практикующих врачей. Это вписывается в современную концепцию работы с ХСН, ведь при последнем пересмотре клинических рекомендаций (2024) особое внимание уделено именно первичной профилактике ХСН, т.е. предотвращению или отдалению проявления ее первых симптомов.

Введено понятие предстадии СН и рекомендовано сделать акцент на заболевания, при которых риск развития ХСН особенно высок. К этой группе заболеваний относится в т.ч. БА.

Изначально схожая клиническая симптоматика БА и ХСН вызывает трудности дифференциальной диагностики. При этом классический подход к дифференциальной диагностике с использованием электро- и эхокардиографии, рентгеновского исследования грудной клетки не всегда доступен в полном объеме и не всегда однозначно интерпретируется. В связи с этим поиск лабораторных биологических маркеров ХСН у пациентов с БА является крайне перспективным направлением для ранней диагностики коморбидности БА и ХСН, обеспечивающий возможность ее успешной своевременной профилактики.

Несмотря на наличие высокоэффективных методов лечения ХСН, ключевым звеном профилактики ХСН остается лечение и профилактика сопутствующих коморбидных патологий, являющихся этиологической основой СН, первичная и вторичная профилактика кардиоваскулярной патологии, выявление групп риска на амбулаторном этапе.

Литература/References

1. Oganov RG, Simanenkov VI, Bakulin IG, et al. Comorbidities in clinical practice. Algorithms for diagnostics and treatment. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2019;18(1):5-66. (In Russ.) Оганов Р.Г., Симаненков В.И., Бакулин И.Г. и др. Коморбидная патология в клинической практике. Алгоритмы диагностики и лечения. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2019;18(1):5-66. doi:10.15829/1728-8800-2019-1-5-66.
2. Chuchalin AG, Khaltaev N, Antonov NS, et al. Chronic respiratory diseases and risk factors in 12 regions of the Russian Federation. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2014;9:963-74. doi:10.2147/COPD.S67283.
3. Kraposhina AYu, Sobko EA, Demko IV, et al. Difficult-to-treat asthma: the most significant factors impeding control. *Bulletin Physiology and Pathology of Respiration*. 2024;(91):23-33. (In Russ.) Крапошина А.Ю., Собко Е.А., Демко И.В. и др. Трудная для лечения астма: наиболее значимые факторы, препятствующие достижению контроля. Бюллетень физиологии и патологии дыхания. 2024;(91):23-33. doi:10.36604/1998-5029-2024-91-23-33.
4. Kraposhina AYu, Sobko EA, Demko IV, et al. Modern Understanding of Severe Bronchial Asthma. *The Russian Archives of Internal Medicine*. 2022;12(2):113-22. (In Russ.) Крапошина А.Ю., Собко Е.А., Демко И.В. и др. Современное представление о тяжелой бронхиальной астме. Архив внутренней медицины. 2022;12(2):113-22. doi:10.20514/2226-6704-2021-12-2-113-122.
5. Ushakova DV, Nikonorov EL. The problem of comorbidity in patients with asthma. *Lechashchij vrach*. 2018;12:65-8. (In Russ.) Ушакова Д.В., Никоноров Е.Л. Проблема коморбидности у пациентов с бронхиальной астмой. Лечящий врач. 2018;12:65-8.
6. Ostroumovova OD, Goloborodova IV, Voevodina NYu, et al. Asthma and cardiovascular disease. *Consilium Medicum*. 2018;20(5):8-16. (In Russ.) Остромирова О.Д., Голобородова И.В., Воеводина Н.Ю. и др. Бронхиальная астма и сердечно-сосудистые заболевания. Consilium Medicum. 2018;20(5):8-16. doi:10.26442/2075-1753_2018.5.8-16.
7. Galyavich AS, Tereshchenko SN, Uskach TM, Ageev FT. 2024 Clinical practice guidelines for Chronic heart failure. *Russian Journal of Cardiology*. 2024; 29(11):6162. (In Russ.) Галявич А.С., Терещенко С.Н., Ускач Т.М., Агеев Ф.Т. Хроническая сердечная недостаточность. Клинические рекомендации 2024. Российский кардиологический журнал. 2024;29(11):6162. doi:10.15829/1560-4071-2024-6162. EDN: WKIDLJ.
8. Chen J, Aronowitz P. Congestive Heart Failure. *Med Clin North Am*. 2022;106(3): 447-58. doi:10.1016/j.mcna.2021.12.002.
9. Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, et al. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2022;79(17):e263-e421. doi:10.1016/j.jacc.2021.12.012.
10. Lawson CA, Zaccardi F, Squire I, et al. Risk Factors for Heart Failure: 20-Year Population-Based Trends by Sex, Socioeconomic Status, and Ethnicity. *Circulation. Heart Fail*. 2020;13(2):e006472. doi:10.1161/CIRCHEARTFAILURE.119.006472.
11. Timofeev YuS, Afananova AR, Metelskaya VA, et al. Heat shock proteins as potential biomarkers of heart failure. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2024;23(4):3938. (In Russ.) Тимофеев Ю.С., Афананова А.Р., Метельская В.А. и др. Белки теплового шока — потенциальные биомаркеры сердечной недостаточности. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2024;23(4):3938. doi:10.15829/1728-8800-2024-3938.
12. Schwinger RHG. Pathophysiology of heart failure. *Cardiovasc Diagn Ther*. 2021;11(1):263-76. doi:10.21037/cdt-20-302.
13. Alvarado AC, Pinsky MR. Cardiopulmonary interactions in left heart failure. *Front Physiol*. 2023;14:1237741. doi:10.3389/fphys.2023.1237741.
14. Uryas'ev OM. Bronchial asthma and cardiovascular diseases. *Zemskij vrach*. 2015;4(28):5-14. (In Russ.) Урясьев О.М. Бронхиальная астма и заболевания сердечно-сосудистой системы. Земский врач. 2015;4(28):5-14.
15. Thandavarayan RA, Chitturi KR, Guha A. Pathophysiology of Acute and Chronic Right Heart Failure. *Cardiol Clin*. 2020;38(2):149-60. doi:10.1016/j.ccl.2020.01.009.
16. Mincewicz G, Siergiejko G, Piepiorka M, et al. Functional assessment of the right ventricle in patients with bronchial asthma of various severity. *Postep Derm Alergol*. 2021;38(2):52-6. doi:10.5114/ada.2021.104278.
17. Caplan M, Hamzaoui O. Cardio-respiratory interactions in acute asthma. *Front Physiol*. 2023;14:1232345. doi:10.3389/fphys.2023.1232345.
18. Martynenko TI, Paraeva OS, Dronov SV, et al. Improvement in early differentiation of breathlessness due to pulmonary or cardiac disease. *Pulmonology*. 2014;(1):27-31. (In Russ.) Мартыненко Т.И., Параева О.С., Дронов С.В. и др. Оптимизация ранней нозологической верификации одышки легочного и сердечного генеза. Пульмонология. 2014;(1):27-31. doi:10.18093/0869-0189-2014-0-1-27-31.
19. Vertkin AL, Topolyansky AV, Knorring GYu, et al. Management of a patient with dyspnea on an outpatient admission. *Consilium Medicum*. 2019;21(1):98-104. (In Russ.) Верткин А.Л., Тополянский А.В., Кнорринг Г.Ю. и др. Ведение пациента с одышкой на амбулаторном приеме. Consilium Medicum. 2019;21(1):98-104. doi:10.26442/20751753.2019.1.190279.
20. Shtegman OA, Petrova MM, Virva PV. Genesis of dyspnea in ambulatory patients with suspected to the chronic heart failure. *Siberian Medical Review*. 2013;82(4):63-6. (In Russ.) Штегман О.А., Петрова М.М., Вырва П.В. Генез одышки у амбулаторных пациентов с подозрением на хроническую сердечную недостаточность. Сибирское медицинское обозрение. 2013;82(4):63-6.
21. Shlyakhto EV. Classification of heart failure: focus on prevention. Editorial. *Russian Journal of Cardiology*. 2023;28(1):5351. (In Russ.) Шляхто Е.В. Классификация сердечной недостаточности: фокус на профилактику. Редакционная статья. Российский кардиологический журнал. 2023;28(1):5351. doi:10.15829/1560-4071-2023-5351.
22. Reddy YNV, Carter RE, Obokata M, et al. A Simple, Evidence-Based Approach to Help Guide Diagnosis of Heart Failure With Preserved Ejection Fraction. *Circulation*. 2018;138(9):861-70. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.118.034646.
23. Pieske B, Tschöpe C, de Boer RA, et al. How to diagnose heart failure with preserved ejection fraction: the HFA-PEFF diagnostic algorithm: a consensus recommendation from the Heart Failure Association (HFA) of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur J Heart Fail*. 2020;22(3):391-412. doi:10.1002/ejhf.1741.
24. Skudarnov EV, Lobanov YuF, Strozenko LA, et al. Clinical aspects and risk factors of arterial hypo- and hypertension in first year medical students. *Bulletin of Medical Science*. 2024;1(33):52-61. (In Russ.) Скударнов Е.В., Лобанов Ю.Ф., Стразенко Л.А. и др. Клинические аспекты и факторы риска артериальных гипо- и гипертоний у обучающихся первого курса медицинского вуза. Бюллетень медицинской науки. 2024;1(33):52-61. doi:10.31684/25418475-2024-1-52.
25. Khvatova YuG, Chernyshev AV. Risk factors and prevention of coronary heart disease. *Tambov Medical Journal*. 2024;6(2):92-107. (In Russ.) Хватова Ю.Г., Чернышев А.В. Факторы риска ишемической болезни сердца и их профилактика. Тамбовский медицинский журнал. 2024;6(2):92-107. doi:10.20310/2782-5019-2024-6-2-92-107.
26. Kilessa VV, Shkadova MG, Itskova EA, et al. Treatment-resistant chronic heart failure and aspects of its prevention. *Krymskij terapeuticheskij zhurnal*. 2022;3:26-9. (In Russ.) Кильесса В.В., Шкадова М.Г., Ицкова Е.А. и др. Резистентная к лечению хроническая сердечная недостаточность и аспекты её профилактики. Крымский терапевтический журнал. 2022;3:26-9.
27. Unagaeva EA. Chronic obstructive pulmonary disease and cardiovascular diseases: what does GOLD claim? *ZHurnal estestvenno-nauchnyh issledovanij*. 2023;3:35-40. (In Russ.) Унагаева Е.А. Хроническая обструктивная болезнь легких и сердечно-сосудистые заболевания: что утверждает GOLD? Журнал естественнонаучных исследований. 2023;3:35-40.
28. Smirnova MI, Kurekhan AS, Gorbunov VM, et al. Prospective followup of hypertensive patients with concomitant chronic respiratory diseases in routine practice. Part I. Characterization of adverse events. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2022;21(10):3383. (In Russ.) Смирнова М.И., Курехян А.С., Горбунов В.М. и др. Результаты проспективного наблюдения больных артериальной гипертонией с сопутствующими хроническими болезнями органов дыхания в рутинной практике. Часть I. Характеристика неблагоприятных событий. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2022;21(10):3383. doi:10.15829/1728-8800-2022-3383.

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

Савич М. Б. (Savich M. B.) — аспирант кафедры госпитальной терапии и иммунологии с курсом последипломного образования; врач-кардиолог, ORCID: 0000-0002-8059-5459;

Демко И. В. (Demko I. V.) — д.м.н., профессор, зав. кафедрой госпитальной терапии и иммунологии с курсом последипломного образования; зав. легочно-аллергологическим центром, ORCID: 0000-0001-8982-5292;

Собко Е. А. (Sobko E. A.) — д.м.н., профессор, профессор кафедры госпитальной терапии и иммунологии с курсом последипломного образования; зав. отделением аллергологии, ORCID: 0000-0003-3153-899X;

Ищенко О. П. (Ishchenko O. P.) — к.м.н., ассистент кафедры внутренних болезней и иммунологии с курсом последипломного образования; врач-аллерголог, ORCID: 0000-0002-1784-9356.

Анализ современных данных

Обзор литературы

Синдром цитолиза в практике врача первичного звена

Цель. Изучение основных причин повышения уровня аминотрансфераз в практике врача первичного звена.

Материал и методы. Проведен анализ научной литературы при помощи поисковой системы PubMed и научной электронной библиотеки eLIBRARY.RU с использованием ключевых слов: "синдром цитолиза", "аминотрансферазы", "гипертранфераземия", "повышение аланинаминотрансферазы", "повышение аспартатаминотрансферазы". На основе поиска литературы проанализированы и систематизированы данные о наиболее часто встречающихся причинах синдрома цитолиза в клинической практике и представлен пошаговый алгоритм диагностического поиска.

Результаты. В клинической практике синдром цитолиза можно обнаружить как среди пациентов с имеющимися на момент обследования жалобами со стороны органов пищеварения, так и у бессимптомных пациентов (случайная диагностическая находка при профилактическом медицинском осмотре).

Заключение. Для определения тактики ведения пациента с синдромом цитолиза необходимо проведение четкой и точной верификации этиологического фактора, порой требующего длительного времени, рутинных дорогостоящих лабораторных и инструментальных методов исследования.

Ключевые слова: синдром цитолиза, аминотрансферазы, гипертранфераземия, повышение аланинаминотрансферазы, повышение аспартатаминотрансферазы.

Отношения и деятельность: нет.

Для цитирования: Ливзан М. А., Гаус О. В., Лисовский М. А. Синдром цитолиза в практике врача первичного звена. Первая медико-санитарная помощь. 2025;2(1):41-52. doi: 10.15829/3034-4123-2025-41. EDN UBVBOQ

Ливзан М. А.,
Гаус О. В.*,
Лисовский М. А.

ФГБОУ ВО "Омский
государственный медицинский
университет" Минздрава России,
Омск, Российская Федерация

*Corresponding author
(Автор, ответственный
за переписку):
gaus.olga@bk.ru

Поступила: 24.02.2025
Рецензия получена: 19.03.2025
Принята: 28.03.2025



Analysis of modern data

Review

Cytolysis in the practice of a primary care physician

Aim. To study the main causes of increased aminotransferase levels in the practice of a primary care physician.

Material and methods. The scientific literature was analyzed using the PubMed and eLIBRARY.RU databases by following keywords: cytolysis syndrome, aminotransferases, hypertransfasemia, increased alanine aminotransferase, increased aspartate aminotransferase. Based on the literature search, data on the most common cytolysis causes in clinical practice were analyzed and systematized, and a step-by-step algorithm for diagnostic search was presented.

Results. In clinical practice, cytolysis syndrome can be detected both among patients with existing complaints from the digestive system at the time of examination, and in asymptomatic patients (random diagnostic finding during a preventive medical examination).

Conclusion. To determine the strategy of managing a patient with cytolysis, the etiological factor should be clearly and accurately verified, which sometimes requires a long time and routine expensive research methods.

Keywords: cytolysis syndrome, aminotransferases, increased alanine aminotransferase, increased aspartate aminotransferase.

Relationships and Activities: none.

For citation: Livzan M. A., Gaus O. V., Lisovsky M. A. Cytolysis in the practice of a primary care physician. *Primary Health Care (Russian Federation)*. 2025;2(1):41-52. doi: 10.15829/3034-4123-2025-41. EDN UBVBOQ

Livzan M. A.,

Gaus O. V.*,

Lisovsky M. A.

Omsk State Medical University,
Omsk, Russian Federation

*Corresponding author:
gaus_olga@bk.ru

Received: 24.02.2025

Revision received: 19.03.2025

Accepted: 28.03.2025



АЛТ — аланинаминотрансфераза, АСТ — аспартатаминотрасфераза, ВГН — верхняя граница нормы, ГГТП — гаммаглутамилтранспептидаза, СБП — стеатозная болезнь печени, СД — сахарный диабет, СЦ — синдром цитолиза, ЩФ — щелочная фосфотаза.

Ключевые моменты	Key messages
<p>Что известно о предмете исследования?</p> <ul style="list-style-type: none"> Синдром цитолиза — частая диагностическая находка в клинической практике врача. Основными задачами для врача являются определение происхождения повышения уровня трансаминаз, установление объема дополнительного обследования пациента и назначение адекватного лечения. 	<p>What is already known about the subject?</p> <ul style="list-style-type: none"> Cytolysis is a common diagnostic finding in the clinical practice of a physician. The main task for a doctor is to determine the origin of increase transaminase levels, establish the scope of additional examination and prescribe adequate treatment.
<p>Что добавляют результаты исследования?</p> <ul style="list-style-type: none"> Проанализированы наиболее распространенные причины синдрома цитолиза, в т.ч. внепеченочного происхождения. Определен диагностический минимум для дифференциальной диагностики заболеваний печени, сопровождающийся повышением уровня аминотрансфераз в периферической крови. 	<p>What might this study add?</p> <ul style="list-style-type: none"> The most common causes of cytolytic, including those of non-hepatic origin, are analyzed. The diagnostic minimum for differential diagnosis of liver diseases accompanied by an aminotransferase increase in the peripheral blood has been determined.

Введение

Термин "функциональные печеночные пробы", обычно используемый в отношении определения в крови уровня аминотрансфераз, щелочной фосфатазы (ЩФ), гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТП), билирубина и альбумина, не вполне корректен с точки зрения нормальной физиологии, поскольку только билирубин и альбумин отображают функциональное состояние — синтетическую функцию печени [1]. В то же время повышение содержания аланинаминотрансферазы (АЛТ) и аспартатаминотрансферазы (АСТ) отражает именно нарушение гепатоцеллюлярной целостности, а высокий уровень ЩФ и ГГТП — наличие холестаза. Кроме того, функциональное состояние печени определяется ее способностью продуцировать факторы свертывания крови (I, II, V, VII, IX, X, XI и XIII, протеин C, протеин S и антитромбин) [2], однако оценка их синтеза не включена в понятие "функциональные печеночные пробы". В наиболее широко распространенных шкалах для прогнозирования риска смерти у пациентов с циррозом печени, таких как шкала Child-Pugh и шкала MELD (Model For End-Stage Liver Disease — модель терминальной стадии заболевания печени), вовсе не включена оценка маркеров цитолиза и холестаза (АСТ, АЛТ, ЩФ и ГГТП) для прогнозирования летального исхода, а используются именно маркеры, отражающие синтетическую функцию, такие как билирубин, альбумин, а также международное нормализованное отношение и протромбино-

вое время, напрямую зависящие от кроветворной функции печени.

Цель исследования — изучить наиболее значимые причины возникновения повышенного уровня аминотрансфераз в периферической крови для создания краткого практического руководства, ориентированного на врачей первичного звена.

Методология исследования

Проведен анализ научной литературы при помощи поисковой системы PubMed и научной электронной библиотеки eLIBRARY.RU с использованием ключевых слов: "синдром цитолиза", "аминотрансферазы", "гипертранфераземия", "повышение аланинаминотрансферазы", "повышение аспартатаминотрансферазы". На основе поиска литературы проанализированы и систематизированы данные о наиболее часто встречающихся причинах синдрома цитолиза (СЦ) в клинической практике и представлен пошаговый алгоритм диагностического поиска.

Результаты и обсуждение

СЦ — лабораторный синдром, который характеризуется повышением активности АЛТ, АСТ, лактатдегидрогеназы (изоферменты лактатдегидрогеназы 4 и лактатдегидрогеназы 5), специфических печеночных ферментов (сорбитдегидрогеназы, альдолазы, орнитин-карбамилтрансферазы), митохондриальных ферментов (глутаматдегидрогеназы, сукцинатдегидрогеназы), а также билиру-

бина (главным образом за счет повышения прямой фракции) [3, 4]. Безусловно, в практике врачей первичного звена при оценке СЦ ключевая роль отводится АЛТ и АСТ. При этом в случае выявления повышенных показателей аминотрансфераз с целью выбора последующего диагностического алгоритма в спектр лабораторного обследования пациенту в обязательном порядке необходимо включить и определение маркеров холестаза (ЩФ, ГГТП, уровень холестерина). По данным систематического обзора, распространность СЦ среди взрослого населения планеты достигает 10-20% [5].

Уровень аминотрансфераз в периферической крови измеряют количественно, интерпретируя результаты в изменениях кратности полученных результатов к референсным значениям. В среднем верхняя граница нормы (ВГН) в сыворотке крови у взрослых здоровых пациентов для АЛТ и АСТ (в зависимости от используемых лабораторией тест-систем) составляет до 40 ед/л. Увеличение показателей аминотрансфераз до 5 ВГН интерпретируется как умеренный СЦ (клинико-биохимическая активность-1), увеличение от 5 до 10 ВГН — выраженный цитолиз (клинико-биохимическая активность-2), превышение 10 ВГН следует трактовать как высокий цитолиз (клинико-биохимическая активность-3) [3, 6, 7]. Данная классификация СЦ имеет клиническую значимость для определения тактики ведения пациента, динамической оценки состояния и эффективности терапии.

АЛТ и АСТ являются ферментами, участвующими в углеводно-белковом обмене, и локализованы исключительно внутри клеток. АЛТ — это фермент, основная доля которого сосредоточена именно в гепатоцитах, где он вовлечен в образование глутамата и пирувата, участвующих в процессе выработки энергии. Более низкие концентрации АЛТ наблюдаются в сердечной мышце, почках и мышечной ткани. Таким образом, его повышение больше специфично для гепатоцеллюлярного повреждения [8]. АСТ — фермент, участвующий в метаболизме аминокислот и, подобно АЛТ, содержащийся в печени. Однако, в отличие от АЛТ, АСТ в большей концентрации присутствует в скелетных мышцах, сердечной мышце, почках и головном мозге [9].

Важно также ориентироваться и во внутриклеточной локализации ферментов. АЛТ локализуется исключительно в цитоплазме клеток, и появление его в сыворотке крови свидетельствует о повреждении клеточной стенки, в то время как большая часть АСТ находится в митохондриях и в меньшей степени в цитоплазме, а ее избыточное выявление в сыворотке крови говорит о разрушении клеточных органелл, в первую очередь, митохондрий [10].

Очевидно, что при выявлении СЦ у пациента с жалобами со стороны органов гепатобилиарной зоны, врачу-клиницисту необходимо проводить дифференциальную диагностику среди заболеваний, сопровождающихся нарушением целостности гепатоцитов. В ситуациях, когда обнаружение СЦ является случайной находкой, перед врачом ставится более глобальная задача проведения дифференциального поиска причины гипертрансфераземии с применением пошагового алгоритма диагностики.

На первом этапе важно исключить внепечевые причины. При опросе пациента важен подробный сбор жалоб с их детализацией. В ситуациях, когда патологический процесс может быть локализован вне паренхимы печени, сбор жалоб должен быть систематизирован по органам и системам с учетом физиологического расположения ферментов в организме. Необходимо уточнение жалоб со стороны скелетной мускулатуры (боль, судороги, локальное повышение температуры/гиперемия кожи над мышечной тканью), мочевыводящих путей (коликоподобные боли в поясничной области, примесь крови в моче, нарушение функции мочевыделения, включая олигурию/анурию), боли в области сердца, в т.ч. эквиваленты ангинозного приступа (одышка, ощущение тяжести/жжения за грудиной) и т.д. При необходимости пациент направляется на консультацию к узким специалистам.

Для исключения транзиторного эпизода повышения аминотрансфераз необходимо также уточнить информацию о предшествующих физических нагрузках накануне сдачи крови. В исследовании Pettersson J, et al. изучено влияние физической нагрузки на повышение уровня аминотрансфераз у здоровых мужчин. Исследование показало, что умеренные и интенсивные упражнения, в т.ч. занятия тяжелой атлетикой, могут приводить к повышению уровня АЛТ до 50-200 ед/л и АСТ до 100-1000 ед/л как минимум на 7 дней, а у части лиц с СЦ повышенные уровни сохранялись и через 10-12 дней при контролльном взятии крови [11, 12]. В случае подозрения на транзиторную гипертрансфераземию, связанную с физической активностью, следует либо проводить комплексную оценку уровня креатинфосфоркиназы и миоглобина, либо оценку АЛТ и АСТ в динамике как минимум через 14 дней после прекращения занятий спортом, что позволит избежать ошибочной интерпретации биохимического анализа крови.

При сборе анамнеза жизни уточняется наследственный анамнез, сведения о приеме лекарственных препаратов в прошлом и на период обследования, в т.ч. биологически активных добавок и спортивного питания, а также употребление ал-

Таблица 1

Клинические признаки и диагностика заболеваний печени (адаптировано по Cuperus FJC, et al., 2017) [3]

Этиология	Клинические признаки	Первичная диагностика
Метаболически ассоциированная болезнь печени	Признаки метаболического синдрома (увеличенная окружность талии, повышенное артериальное давление, липидный профиль с высоким уровнем в сыворотке крови триглицеридов и низким уровнем холестерина липопротеинов высокой плотности, повышенный уровень глюкозы или признаки инсулинорезистентности)	Уровень липидов, уровень глюкозы; рассмотреть возможность проведения ультразвукового исследования и оценку фиброза
Алкогольная жировая болезнь печени	Избыточное потребление алкоголя	Соотношение аспартатаминотрансферазы/аланинаминотрансферазы >2, средний корпускулярный объем (увеличен), алкогольная болезнь печени/NAFLD индекс
Лекарственное поражение печени	Полифармация, некоторые растительные добавки, спортивное питание	Анамнез
Гепатит В	Иммигранты из эндемичных стран, заражение ВИЧ, употребление инъекционных наркотиков, мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами, бытовые контакты или половые партнеры с заболеванием	Тесты на наличие антигенов гепатита В
Гепатит С	Инъекционное или интраназальное употребление наркотиков, переливание крови, пребывание в местах лишения свободы, гемодиализ, рождение от матери с заболеванием, татуировки	Тесты на наличие антигенов гепатита С
Гемохроматоз	Семейный анамнез	Оценка сывороточного железа, общей железосвязывающей способности сыворотки крови, ферритина, коэффициента насыщения трансферрина железом
Недостаточность α1-антитрипсина	Эмфизема, семейный анамнез	Оценка уровня α1-антитрипсина в сыворотке крови
Автоиммунный гепатит	Молодые женщины с аутоиммунными заболеваниями, семейный анамнез	Протеинограмма, антинуклеарные антитела, антитела к гладким мышцам и антитела к микросоме печени/почечной микросомы 1 типа
Болезнь Вильсона-Коновалова	Преимущественно, жители Восточной Европы <35 лет, психоневрологические симптомы, кольца Кайзера-Флейшера	Церрулоплазмин сыворотки

коголя и его суррогатов, наркотических веществ или иных веществ, потенциально обладающих гепатотоксичностью. Немаловажными являются сведения о ранее диагностированных заболеваниях печени и сопутствующей аутоиммунной патологии.

На втором этапе при отсутствии внепеченочных причин СЦ необходимо проведение дифференциальной диагностики среди наиболее часто встречающихся заболеваний печени (таблица 1). Для пациента с патологией гепатобилиарного тракта может быть характерно наличие болевого синдрома в правом подреберье, изменение окраски кожного покрова (при развитии желтухи), увеличение печени в размерах при перкуссии и пальпации ее нижнего края. В случае синдрома холестаза возможно появление кожного зуда со следами расчесов на коже; на стадии цирроза печени — увели-

чение живота в объеме за счет асцитической жидкости, эпизоды рвоты с примесью крови, наличие крови на туалетной бумаге после дефекации как признак кровотечения из расширенных венозных сетей порто-кавальных и кава-кавальных анастомозов.

На данном этапе до получения результатов диагностического минимума с обязательным исследованием маркеров вирусных гепатитов, абдоминального ультразвукового исследования и альтернативных этиологических факторов [13] врачу оправданно установить предварительный диагноз по международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10)¹ с помощью кода "K76.9 — Болезнь печени неуточненная", что соответствует коду "DB9Z — Болезни печени, неуточненные"

¹ Международная классификация болезней 10 пересмотра (МКБ-10). <https://icd.who.int/ru> (28.03.2025).

в новой классификации (МКБ-11)² с указанием на наличие СЦ и степени клинико-биохимической активности.

Вирусные гепатиты В и С, как правило, вызывают хронические инфекции, приводя к незначительному повышению уровня аминотрансфераз [14]. Для исключения вирусного поражения печени всем пациентам с СЦ рекомендуется назначение скрининговых маркеров вирусного поражения печени (*HBsAg, anti-HCV*), при этом следует учитывать вероятность ложноотрицательных результатов, что обуславливает целесообразность определение маркеров репликации (*HBeAg, HCVCAG*), а при необходимости проведение полимеразной цепной реакции для определения дезоксирибонуклеиновой кислоты и рибонуклеиновой кислоты вирусов в крови. Важно помнить, что на стадии гепатита активность АЛТ, как правило, выше активности АСТ, при прогрессировании заболевания до цирроза печени это соотношение может меняться, а в ряде случаев сопровождаться нормализацией уровня аминотрансфераз, что объясняется уже состоявшимся разрушением гепатоцитов и выходом аминотрансфераз в кровеносное русло ранее [15]. Помимо прочего, о формировании цирроза печени могут свидетельствовать уменьшение числа тромбоцитов, снижение концентрации сывороточного альбумина, повышение уровня γ -глобулинов, удлинение протромбинового времени или увеличение международного нормализованного отношения [16].

Среди женщин молодого возраста, особенно при наличии сопутствующих аутоиммунных заболеваний, необходимо исключение аутоиммунного гепатита, при котором выраженность СЦ зависит от степени вовлеченности в воспаление паренхимы печени. Острое повышение уровня аминотрансфераз может быть умеренным или тяжелым, и, как правило, имеет тенденцию к постепенному снижению по мере хронизации патологического процесса и/или формирования цирроза печени [14]. Опубликованы данные, свидетельствующие, что пациенты с выраженным СЦ имеют более благоприятный прогноз по сравнению с пациентами с умеренным повышением уровня аминотрансфераз [17]. Скрининг аутоиммунного поражения печени включает определения титра антинуклеарных антител (ANA), антител к гладкой мускулатуре (ASMA), антител к микросомам печени и почек (*anti-LKM*), антимитохондриальных антител (AMA), в т.ч. 2 типа, уровня γ -глобулинов, что позволяет исключить аутоиммунный гепатит, а при повышении уровня маркеров холестаза в периферической крови — первичный билиарный холангит [18].

² Международная классификация болезней 11 пересмотра (МКБ-11). <https://mkb11.online/> (28.03.2025).

При хроническом употреблении алкоголя следует исключить алкогольную болезнь печени. Как правило, у данной когорты пациентов отмечается преобладание повышения уровня АСТ над АЛТ. Это объясняется тем, что алкоголь является митохондриальным токсином, приводящим к повреждению мембран этих органелл, и, как следствие, утрате способности метаболизировать триглицерины. Кроме того, этиловый спирт растворяет мембранные гепатоцитов [19-23]. Эти патологические изменения приводят к запуску каскада морфологических изменений в паренхиме печени (стеатоз, алкогольный стеатогепатит, фиброз и цирроз печени с риском формирования гепатоцеллюлярной карциномы) [19, 24]. В качестве дополнительных маркеров, указывающих на хроническое употребление алкоголя, можно отнести увеличение среднего корпускулярного объема эритроцитов (MCV), изолированное повышение ГГТП, уровня углевододефицитного (десахарированного) трансферрина, мочевой кислоты и выявление этилглюкуронида в моче. Важным диагностическим инструментом при курении пациентов с подозрением на алкогольное поражение печени являются валидированные опросники CAGE (C — cut down (сократить), A — annoyed (раздраженный), G — guilty (виноватый), E — eye-opener (глоток спиртного)) и AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test, тест на выявление расстройств, связанных с употреблением алкоголя) [19].

Лекарственно-индуцированное поражение печени может быть вызвано широким спектром лекарственных препаратов (таблица 2), в т.ч. растительные добавки и спортивное питание. Тщательный сбор лекарственного анамнеза имеет решающее значение у пациентов с СЦ, особенно при изолированном повышении АЛТ. Среди факторов риска лекарственного поражения печени выделяют женский пол, пожилой возраст и повышенный индекс массы тела, беременность, сахарный диабет (СД), заболевание печени и почек, курение, употребление алкоголя в период приема лекарственных препаратов и полипрагмазию [25-29]. Следует отметить, что на амбулаторном приеме врачи часто наблюдают СЦ на фоне гиполипидемической терапии. Согласно действующим клиническим рекомендациям по нарушению липидного обмена [30], повышение уровня АЛТ ≥ 3 ВГН на фоне терапии статинами требует прекращения их приема на 4-6 нед. с последующим повторным контролем показателей липидного профиля.

Наследственный гемохроматоз — это аутосомно-рецессивное заболевание, приводящее к перегрузке организма железом, что клинически проявляется немотивированной слабостью, повышенной утомляемостью, сонливостью и повышением

Таблица 2

Варианты лекарственных поражений печени [25]

Патология	Препараты
Острые поражения	
Острый гепатит	Дапсон, дисульфирам, изониазид, индометацин, фенитоин, сульфаниламиды
Фульминантная печеночная недостаточность (субмассивный и массивный некроз)	Парацетамол, фиалуридин, кетоконазол, флюконазол, галотан, изониазид, метилдофа, никотиновая кислота, нитрофурантоин, пропилтиоурацил, вальпроевая кислота, флутамид
Внутрипеченочный холестаз	Амитриптилин, ампициллин, карбамазепин, аминазин, циметидин, ранитидин, каптоприл, эстрогены, триметоприм-сульфометоксазол, тиабендазол, толбутамид
Смешанные (воспалительно-холестатические) поражения	Карбимазол, хлорпропамид, диклоксациллин, метимазол, диклофенак, напроксен, фенилбутазон, сулиндак, фенитоин, тиоридазин
Гранулематозный гепатит	Аллопуринол, дапсон, диазepam, дилтиазем, гидралазин, пенициллин, фенилбутазон, фенитоин, хинидин, прокаинамид, сульфаниламиды
Макровезикулярный стеатоз	Глюкокортикоиды, L-аспарагиназа, метотрексат, миноциклин, нифедипин, полное парентеральное питание
Микровезикулярный стеатоз	Амиодарон, ацетилсалициловая кислота, азидотимидин, диданозин, фиалуридин, пироксикин, тетрациклины, толметин, вальпроевая кислота
Синдром Бадда-Киари	Эстрогены
Ишемический гепатит	Никотиновая кислота, метилендиоксиамфетамин
Хронические поражения	
Хронический гепатит	Метилдофа, изониазид, нитрофурантоин
Стеатогепатит	Амиодарон, дизтилстилбэстрол, полное парентеральное питание
Фиброз/цирроз	Метилдофа, изониазид, метотрексат
Пелиоз	Анаболические и андрогенные стероиды, азатиоприн, гидроксимочевина, оральные контрацептивы, тамоксифен
Деструктивный холангит	Аминазин, галоперидол, прохлорперазин
Склерозирующий холангит	Флоксуридин
Веноокклюзионная болезнь	Азатиоприн, бисульфан, циклофосфамид, даунорубицин, тиогуанин, алкалоиды, пирролизидин

уровня аминотрансфераз (АЛТ > АСТ) [31]. При общем осмотре отмечают участки пигментации кожного покрова бурого цвета, обусловленные отложением гемосидерина в коже. При лабораторном исследовании выявляют повышение концентрации сывороточного железа и ферритина, а в некоторых случаях — глюкозы плазмы крови как маркера нарушения углеводного обмена. Диагноз должен обязательно дополняться генетическим тестированием. Наиболее распространенными мутациями являются C282Y и H63D в гене *HFE*, кодирующем белок гепсидин [32].

Болезнь Вильсона-Коновалова является еще одним наследственным заболеванием с аутосомно-рецессивным типом наследования, обусловленным нарушением обмена меди, в результате чего происходит снижение экскреции с желчью меди и избыточным накоплением ее в гепатоцитах. Перегрузка печеночных клеток медью приводит к повреждению их клеточных мембран с формированием острого или хронического гепатита, что способствует выходу меди в кровеносное русло и отложению ее в других органах и тканях [28, 33], в первую очередь, в головном мозге с присоединением соответствующей неврологической симpto-

матики [28]. В качестве диагностических критериев болезни Вильсона-Коновалова используют: низкий уровень церулоплазмина (<20 мг/дл), увеличение 24-часовой экскреции меди с мочой (>80 мкг/сут.), концентрация меди в ткани печени >200 мкг/г сухой массы, наличие роговичного "медного" кольца Кайзера-Флейшера (зеленовато-коричневые пигментные кольца на периферии радужной оболочки глаз при осмотре в щелевой лампе) [34-36].

При недостаточности синтезируемого печенью белка α1-антитрипсина и снижении его содержания в сыворотке крови <11 мкмоль/л происходит задержка гепатотоксичных полимеризованных молекул фермента в эндоплазматическом ретикулуме гепатоцитов [37, 38]. Дефицит α1-антитрипсина также относится к группе генетически-детерминированных заболеваний, поражающих наряду с печенью, паренхиму легких и сосуды.

Целиакия — аутоиммунное заболевание, характеризующееся непереносимостью белка злаков глютена, которое развивается у генетически предрасположенных лиц, клинически характеризуется синдромом мальабсорбции, гистологически — наличием атрофии ворсинок тонкой кишки и увеличением количества интраэпителиальных

лимфоцитов в слизистой оболочке. В исследовании Bardella MT, et al. среди 158 взрослых пациентов с диагностированной целиакией у 42% обнаружено умеренное повышение уровня аминотрансфераз. При дальнейшем наблюдении в течение года на фоне соблюдения аглютеновой диеты в 95% случаев отмечалась нормализация уровня аминотрансфераз [14, 39]. В другом исследовании в результате проведенного серологического скрининга на целиакию в когорте лиц с хроническим СЦ ($n=140$) антитела к глиадину IgA и/или эндомизию IgA обнаружены у 13 ($n=9,3\%$) больных, а при последующей оценке биоптатов слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки диагноз целиакии подтвержден у 12 из 13 серопозитивных пациентов [40]. Полученные результаты позволяют полагать, что скрининг на целиакию может быть важным инструментом в клинической практике среди пациентов с хронической необъяснимой гипертрансферазией.

В качестве диагноза исключения при СЦ следует также рассмотреть неалкогольную жировую болезнь печени, имеющую сходную с алкогольным поражением гистологическую картину, но возникающую при отсутствии злоупотребления алкоголем или других возможных причин развития патологии печени [41]. Уровни АСТ и АЛТ при стеатозе печени могут быть нормальными, но, как правило, умеренно повышены при неалкогольном стеатогепатите (АЛТ > АСТ), причем активность трансаминаз в сыворотке крови обычно не превышает ВГН более чем в 4-5 раз, а активность АЛТ преобладает над АСТ [22, 23, 41, 42].

Ранее неалкогольная жировая болезнь печени рассматривалась только в качестве диагноза исключения, однако, благодаря исследованиям последних лет, появилось понимание о возможности сочетанного генеза стеатоза и стеатогепатита у одного пациента [43, 44], что побудило международное медицинское сообщество к рассмотрению и принятию новой номенклатуры жировой болезни печени (steatotic liver disease). Для стеатоза печени любой этиологии предложено использовать "зонтичный" термин — стеатозная (жировая) болезнь печени (СБП), которая подразделяется на 5 групп: метаболически-ассоцииированную жировую болезнь печени; СБП, ассоциированную с нарушением метаболизма и чрезмерным употреблением алкоголя; алкогольную болезнь печени; СБП другой установленной этиологии; криптогенную СБП [44, 45].

Большое внимание уделяется кардиометаболическим факторам, позволяющим выставить диагноз метаболически-ассоциированной жировой болезни печени [44]:

- индекс массы тела $>25 \text{ кг}/\text{м}^2$ (европеоиды) или $23 \text{ кг}/\text{м}^2$ (азиаты), или окружность талии $>94 \text{ см}$

(муж.), $>80 \text{ см}$ (жен.), или другие этнические эквивалентные показатели;

- уровень глюкозы натощак $>5,6 \text{ ммоль}/\text{л}$, или постпрандиальная глюкоза $>7,8 \text{ ммоль}/\text{л}$, или гликемированного гемоглобина $>5,7\%$, или наличие СД 2 типа, или лечение СД 2 типа;

- артериальное давление $\geq 130/85 \text{ мм рт.ст.}$ или гипотензивное лекарственное лечение;

- уровень триглицеридов в плазме $\geq 1,70 \text{ ммоль}/\text{л}$ или липидснижающее лечение;

- уровень холестерина липопротеинов высокой плотности в плазме $<1,0 \text{ ммоль}/\text{л}$ (муж.) и $<1,3 \text{ ммоль}/\text{л}$ (жен.) или липидснижающее лечение.

Особого внимания заслуживает выявление СЦ в период беременности. В проспективном когортном исследовании ($n=5\,685$) здоровых молодых женщин, у которых выявлен СЦ на сроке 9-13 нед. беременности, в последующем диагностированы гестационная гипертензия (2,8%, $n=160$) или преэклампсия (4,3%, $n=244$) [46]. В исследовании Leng J, et al. ($n=17\,359$) повышенный уровень АЛТ в I триместре беременности ассоциировался с высоким риском формирования гестационного СД, особенно среди беременных с избыточной массой тела или ожирением [47]. Таким образом, результаты этих исследований позволяют по-новому взглянуть на роль печени в патогенезе некоторых гестационных осложнений, что диктует необходимость более внимательного наблюдения за беременными с СЦ врачами первичного звена совместно с акушерами-гинекологами. Кроме того, не следует забывать о возможном сочетании СЦ и холестаза, что требует исключения таких состояний, как внутрипеченочный холестаз беременных, острая жировая дистрофия печени и HELLP-синдром (H — hemolysis (гемолиз), EL — elevated liver enzymes (повышение активности ферментов печени), LP — low level platelet (тромбоцитопения)). После выявления причины СЦ пациенту в необходимом объеме должна быть обеспечена помощь на основании действующих клинических рекомендаций и стандартов оказания медицинской помощи согласно той или иной нозологической единицы.

Заключение

СЦ является распространенным лабораторным синдромом в клинической практике. Учитывая, что АСТ и АЛТ не обладают строгой специфичностью в качестве маркеров повреждения печени, врачи первичного звена должны рассматривать все возможные причины повышения аминотрансфераз, применив пошаговый алгоритм с целью исключения ошибки диагностического поиска и своевременного назначения пациенту эффективной фармакотерапии.

Литература/References

- Hall P, Cash J. What is the real function of the liver 'function' tests? *Ulster Med J*. 2012;81(1):30-6.
- Thachil J. Relevance of clotting tests in liver disease. *Postgrad Med J*. 2008;84(990):177-81. doi:10.1136/pgmj.2007.066415.
- Cuperus FJC, Drenten JPH, Tjwa ET. Mistakes in liver function test abnormalities and how to avoid them. *UEG Education*. 2017;17:1-5.
- Livzan MA, Gaus OV, Lisovskij MA. Differential Diagnosis of Liver Pathology in Cytolysis Syndrome: Clinical Case Analysis. Effective pharmacotherapy. 2023;19(35):22-9. (In Russ.) Ливзан М.А., Гаус О.В., Лисовский М.А. Дифференциальный диагноз патологии печени при синдроме цитолиза: разбор клинического случая. Эффективная фармакотерапия. 2023;19(35):22-9. doi:10.33978/2307-3586-2023-19-35-22-29.
- Radcke S, Dillon JF, Murray AL. A systematic review of the prevalence of mildly abnormal liver function tests and associated health outcomes. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2015;27(1):1-7. doi:10.1097/MEG.0000000000000233.
- Kamiike W, Fujikawa M, Koseki M, et al. Different patterns of leakage of cytosolic and mitochondrial enzymes. *Clin Chim Acta*. 1989;185(3):265-70. doi:10.1016/0009-8981(89)90216-7.
- Ioannou GN, Boyko EJ, Lee SP. The prevalence and predictors of elevated serum aminotransferase activity in the United States in 1999-2002. *Am J Gastroenterol*. 2006;101(1):76-82. doi:10.1111/j.1572-0241.2005.00341.x.
- Aulbach AD, Amuzie CJ. Chapter 17 — Biomarkers in Nonclinical Drug Development. In: Faqi AS. A Comprehensive Guide to Toxicology in Nonclinical Drug Development (Second Edition). Cambridge (MA): Academic Press. 2017; 447-71.
- Sparling DW. Chapter 3 — Bioindicators of Contaminant Exposure. In: Sparling DW. Ecotoxicology Essentials. San Diego: Academic Press. 2016;45-66.
- Reichling JJ, Kaplan MM. Clinical use of serum enzymes in liver disease. *Dig Dis Sci*. 1988;33(12):1601-14. doi:10.1007/BF01535953.
- Chuang CC, Chen WC, Lee SY, et al. Kaohsiung J Med Sci. 1996;12(9):544-8.
- Pettersson J, Hindorf U, Persson P, et al. Muscular exercise can cause highly pathological liver function tests in healthy men. *Br J Clin Pharmacol*. 2008;65(2):253-9. doi:10.1111/j.1365-2125.2007.03001.x.
- Newsome PN, Cramb R, Davison SM, et al. Guidelines on the management of abnormal liver blood tests. *Gut*. 2018;67(1):6-19. doi:10.1136/gutnl-2017-314924.
- Kalas MA, Chavez L, Leon M, et al. Abnormal liver enzymes: A review for clinicians. *World J Hepatol*. 2021;13(11):1688-98. doi:10.4254/wjh.v13.i11.1688.
- Sullivan MK, Daher HB, Rockey DC. Normal or near normal aminotransferase levels in patients with alcoholic cirrhosis. *Am J Med Sci*. 2022;363(6):484-9. doi:10.1016/j.amjms.2021.09.012.
- Ivashkin VT, Maevskaya MV, Zharkova MS, et al. Clinical Recommendations of the Russian Scientific Liver Society and Russian Gastroenterological Association on Diagnosis and Treatment of Liver Fibrosis, Cirrhosis and Their Complications. *Rus J Gastroenterol Hepatol Coloproctol*. 2021;31(6):56-102. (In Russ.) Ивашин В.Т., Маевская М.В., Жаркова М.С. и др. Клинические рекомендации Российской общества по изучению печени и Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению фиброза и цирроза печени и их осложнений. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2021;31(6):56-102. doi:10.22416/1382-4376-2021-31-6-56-102.
- Al-Chalabi T, Underhill JA, Portmann BC, et al. Effects of serum aspartate aminotransferase levels in patients with autoimmune hepatitis influence disease course and outcome. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2008;6(12):1389-95. doi:10.1016/j.cgh.2008.08.018.
- Giannini EG, Testa R, Savarino V. Liver enzyme alteration: a guide for clinicians. *CMAJ*. 2005;172(3):367-79. doi:10.1503/cmaj.1040752.
- Ivashkin VT, Maevskaya MV, Pavlov ChS, et al. Management of adult patients with alcoholic liver disease: clinical guidelines of the Russian Scientific Liver Society. *Rus J Gastroenterol Hepatol Coloproctol*. 2017;27(6):20-40. (In Russ.) Ивашин В.Т., Маевская М.В., Павлов Ч.С. и др. Клинические рекомендации Российской общества по изучению печени по ведению взрослых пациентов с алкогольной болезнью печени. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2017;27(6):20-40. doi:10.22416/1382-4376-2017-27-6-20-40.
- Setshedi M, Wands JR, Monte SM. Acetaldehyde adducts in alcoholic liver disease. *Oxid Med Cell Longev*. 2010;3(3):178-85. doi:10.4161/oxim.3.3.12288.
- Dunn W, Shah VH. Pathogenesis of Alcoholic Liver Disease. *Clin Liver Dis*. 2016;20(3):445-56. doi:10.1016/j.cld.2016.02.004.
- Haber MM, West AB, Haber AD, et al. Relationship of aminotransferases to liver histological status in chronic hepatitis C. *Am J Gastroenterol*. 1995;90(8):1250-7.
- Bacon BR, Farahvash MJ, Janney CG, et al. Nonalcoholic steatohepatitis: an expanded clinical entity. *Gastroenterology*. 1994;107(4):1103-9. doi:10.1016/0016-5085(94)90235-6.
- Dunn W, Zeng Z, O'Neil M, et al. The interaction of rs738409, obesity, and alcohol: a population-based autopsy study. *Am J Gastroenterol*. 2012;107(11):1668-74. doi:10.1038/ajg.2012.285.
- Bueverov AO. Drug-induced liver damage. *RMJ*. 2012;3:107. (In Russ.) Буеверов А.О. Лекарственные поражения печени. РМЖ. 2012;3:107.
- Real M, Barnhill MS, Higley C, et al. Drug-Induced Liver Injury: Highlights of the Recent Literature. *Drug Saf*. 2019;42(3):365-87. doi:10.1007/s40264-018-0743-2.
- Njoku DB. Drug-induced hepatotoxicity: metabolic, genetic and immunological basis. *Int J Mol Sci*. 2014;15(4):6960-7003. doi:10.3390/ijms15046990.
- Bueverov AO. Basics of hepatology. M.: Publishing house "ABV-press". 2022; 408 p. (In Russ.) Буеверов А.О. Основы гепатологии. М.: Издательский дом "АБВ-пресс". 2022; 408 с. ISBN: 978-5-6046462-5-0.
- Tujios SR, Lee WM. Acute liver failure induced by idiosyncratic reaction to drugs: Challenges in diagnosis and therapy. *Liver Int*. 2018;38(1):6-14. doi:10.1111/liv.13535.
- Ezhev 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.
- Lin E, Adams PC. Biochemical liver profile in hemochromatosis. A survey of 100 patients. *J Clin Gastroenterol*. 1991;13(3):316-20. doi:10.1097/00004836-199106000-00013.
- European Association for the Study of the Liver. Electronic address: easloffice@easloffice.eu; European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines on haemochromatosis. *J Hepatol*. 2023;79(5):1341. doi:10.1016/j.jhep.2023.09.002.
- Brewer GJ. Practical recommendations and new therapies for Wilson's disease. *Drugs*. 1995;50(2):240-9. doi:10.2165/00003495-199550020-00004.
- Ryan A, Nevitt SJ, Tuohy O, et al. Biomarkers for diagnosis of Wilson's disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019(11):CD012267. doi:10.1002/14651858.CD012267.pub2.
- Salman HM, Amin M, Syed J, et al. Biochemical testing for the diagnosis of Wilson's disease: A systematic review. *J Clin Lab Anal*. 2022;36(2):e24191. doi:10.1002/jcl.a.24191.
- Xu R, Jiang YF, Zhang YH, et al. The optimal threshold of serum ceruloplasmin in the diagnosis of Wilson's disease: A large hospital-based study. *PLoS One*. 2018;13(1):e0190887. doi:10.1371/journal.pone.0190887.
- Ranes J, Stoller JK. A review of alpha-1 antitrypsin deficiency. *Semin Respir Crit Care Med*. 2005;26(2):154-66. doi:10.1055/s-2005-869536.
- Lomas DA, Evans DL, Finch JT, et al. The mechanism of Z alpha 1-antitrypsin accumulation in the liver. *Nature*. 1992;357(6379):605-7. doi:10.1038/357605a0.
- Bardella MT, Fraquelli M, Quatrini M, et al. Prevalence of hypertransaminasemia in adult celiac patients and effect of gluten-free diet. *Hepatology*. 1995;22(3):833-6.
- Bardella MT, Vecchi M, Conte D, et al. Chronic unexplained hypertransaminasemia may be caused by occult celiac disease. *Hepatology*. 1999;29(3):654-7. doi:10.1002/hep.510290318.
- Ivashkin VT, Maevskaya MV, Zharkova MS, et al. Clinical Practice Guidelines of the Russian Scientific Liver Society, Russian Gastroenterological Association, Russian Association of Endocrinologists, Russian Association of Gerontologists and Geriatricians and National Society for Preventive Cardiology on Diagnosis and Treatment of Non-Alcoholic Liver Disease. *Rus J Gastroenterol Hepatol Coloproctol*. 2022;32(4):104-40. (In Russ.) Ивашин В.Т., Маевская М.В., Жаркова М.С. и др. Клинические рекомендации Российской общества по изучению печени, Российской гастроэнтерологической ассоциации, Российской ассоциации эндокринологов, Российской ассоциации геронтологов и гериатров и Национального общества профилактической кардиологии по диагностике и лечению неалкогольной жировой болезни печени. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2022;32(4):104-40. doi:10.22416/1382-4376-2022-32-4-104-140.
- Chalasani N, Younossi Z, Lavine JE, et al. The diagnosis and management of nonalcoholic fatty liver disease: Practice guidance from the American Association for the Study of Liver Diseases. *Hepatology*. 2018;67(1):328-57. doi:10.1002/hep.29367.
- Eslam M, Newsome PN, Sarin SK, et al. A new definition for metabolic dysfunction-associated fatty liver disease: An international expert consensus statement. *J Hepatol*. 2020;73(1):202-9. doi:10.1016/j.jhep.2020.03.039.
- Rinella ME, Lazarus JV, Ratziu V, et al. A multisociety Delphi consensus statement on new fatty liver disease nomenclature. *Hepatology*. 2023;78(6):1966-86. doi:10.1097/HEP.0000000000000520.
- Drapkina OM, Martynov AI, Arutyunov GP, et al. Resolution of the Expert Forum "New therapeutic horizons for NAFLD". *Ther. Arch*. 2024;96(2):186-93. (In Russ.)

- Драпкина О.М., Мартынов А.И., Арутюнов Г.П. и др. Резолюция Форума экспертов "Новые терапевтические горизонты НАЖБП". Терапевтический архив. 2024;96(2):186-93. doi:10.26442/00403660.2024.02.202648.
46. Zhang Y, Sheng C, Wang D, et al. High-normal liver enzyme levels in early pregnancy predispose the risk of gestational hypertension and preeclampsia: A prospective cohort study. *Front Cardiovasc Med.* 2022;9:963957. doi:10.3389/fcvm.2022.963957.
47. Leng J, Zhang C, Wang P, et al. Plasma Levels of Alanine Aminotransferase in the First Trimester Identify High Risk Chinese Women for Gestational Diabetes. *Sci Rep.* 2016;6:27291. doi:10.1038/srep27291.

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

Ливзан М.А. (Livzan M. A.) — д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, ректор, зав. кафедрой факультетской терапии и гастроэнтерологии, ORCID: 0000-0002-6581-7017;

Гаус О.В. (Gaus O. V.) — д.м.н., доцент, профессор кафедры факультетской терапии и гастроэнтерологии, ORCID: 0000-0001-9370-4768;

Лисовский М.А. (Lisovskiy M. A.) — ассистент кафедры факультетской терапии и гастроэнтерологии, ORCID: 0000-0001-9674-0545.

ЗАМЕДЛЕННАЯ МОТОРИКА ЖЕЛУДКА – ОДИН ИЗ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РАЗВИТИЯ ГАСТРИТА¹



Согласно клиническим рекомендациям МЗ РФ, ПРОКИНЕТИКИ – НЕОБХОДИМЫЙ ЭЛЕМЕНТ ТЕРАПИИ ГАСТРИТА¹



Итоприда гидрохлорид рекомендован МЗ РФ для лечения пациентов с гастритом и диспептическими симптомами¹

ОРИГИНАЛЬНЫЙ ИТОПРИДА ГИДРОХЛОРИД – ОПТИМАЛЬНЫЙ ВЫБОР СРЕДИ ПРОКИНЕТИКОВ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРИТОМ ПРИ НАЛИЧИИ ДИСПЕПТИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ:¹⁻⁴

Улучшает эвакуацию пищи из желудка, устраняя симптомы замедленной моторики⁵

Более выраженно купирует диспептические симптомы по сравнению с другими прокинетиками⁹

Обладает высоким профилем безопасности с возможностью длительного применения^{2,4-5,7*}

- ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИТОПРИДА ГИДРОХЛОРИДА ДОКАЗАНА В ИССЛЕДОВАНИЯХ НА ОРИГИНАЛЬНОМ ПРЕПАРАТЕ⁸
- ТОЛЬКО ОРИГИНАЛЬНЫЙ ИТОПРИДА ГИДРОХЛОРИД РЕАЛИЗУЕТ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПОТЕНЦИАЛ МОЛЕКУЛЫ НА 100% ЗА СЧЕТ РАСТВОРЕНИЯ ТАБЛЕТКИ БЕЗ СЛИПАНИЯ ЧАСТИЦ ЧАСТИЦ¹⁰

*Длительное применение, согласно ИМП, до 8 недель.

1. Клинические рекомендации МЗ РФ «Гастрит и дуоденит». ШВ:708, 2021 г. 2. Ивашин В. Т., Маев И. В., Шептулин А. А., Лапина Т. Л., Трухманов А. С., Карташев И. М., Киприанис В. А., Охлобыстина О. З. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению функциональной диспепсии. Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол 2017; 27(1):50-61. DOI: 10.22416/1382-4376-2017-27-1-50-61. 3. Stanghellini V, Chan FK, Hasler WL, Malagelada JR, Suzuki H, Tack J, Tally NJ. Gastrointestinal Disorders. Gastroenterology. 2016 May;150(6):1380-92. doi: 10.1053/j.gastro.2016.02.011. PMID: 27147122. 4. Маев И. В., Лазебник Л. Б., Бордин Д. С. и др. Резюмеция Экспертного совета «Необследованная диспепсия: краткосрочная и долгосрочная стратегии ведения пациента». Эффективная фармакотерапия. 2023; 19 (8): 16–24. 5. Инструкция по медицинскому применению препарата Ганатон®, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 50 мг, ЛС-002513. 6. Касьянюко В. И., Денисов Н. Л., Васильев Ю. В. Применение итоприда при симптомах функциональной диспепсии в России: результаты проспективного открытого многоцентрового клинического исследования IV фазы. Терапевтический Архив. 2014; 8: 35-41. 7. Mushiroda, Taisei, et al. "The involvement of flavin-containing monooxygenase but not CYP3A4 in metabolism of itopride hydrochloride, a gastropokinetic agent: comparison with cisapride and mosapride citrate." Drug metabolism and disposition 28.10 (2000): 1231-1237. 8. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/> от 27.08.2024. 9. Pittayanan R, Yuan Y, Bollegala NP, Khanna R, Leontiadis GI, Moayyedi P. Prokinetics for functional dyspepsia. Cochrane Database Syst Rev. 2018;10(10):CD009431. 10. Степанова Э. Ф., Верниковский В. В., Кукис Е. В. Аптечная федерация. Сравнительная оценка биофармацевтических характеристик оригинального лекарственного препарата и дженериков на примере итоприда гидрохлорида. март 2021 стр 22-28.

Материал подготовлен при поддержке ООО «Эбботт Лаборатории»

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

СХЕМА ДИАГНОСТИКИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ¹



Пациент с предполагаемой НАЖБП



Плейотропное действие молекулы адеметионина при НАЖБП²



НАЖБП — неалкогольная жировая болезнь печени, ХЗП — хронические заболевания печени. 1. EASL-EASD-EASO Clinical Practice Guidelines for the management of NAFLD. 2016. 2. В.Т. Ивашкин, А.О. Буеверов. Патогенетическое и клиническое обоснование применения адеметионина в лечении больных с внутрипеченочным холестазом. Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии, 5, 2009.

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ
МАТЕРИАЛ ПОДГОТОВЛЕН ПРИ ПОДДЕРЖКЕ ООО «ЭББОТТ ЛЭБОРАТОРИЗ»

RUS2344122 (v1.1)

Диспансерное наблюдение пациентов с хронической сердечной недостаточностью врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации

Диспансерное наблюдение в первичном звене оказания медицинской помощи является одним из ресурсов снижения смертности от болезней системы кровообращения и повышения продолжительности жизни. Методические рекомендации содержат описание актуальных вопросов организации проведения диспансерного наблюдения пациентов с хронической сердечной недостаточностью врачом-терапевтом. Методические рекомендации предназначены для врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей), врачей-терапевтов участковых цехового врачебного участка, а также для среднего медицинского персонала, работающего с указанными врачами, для фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских здравпунктов) в случае возложения на них функций лечащего врача. Документ может быть использован врачами-организаторами здравоохранения, руководителями медицинских организаций первичной медико-санитарной помощи и их подразделений.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, диспансерное наблюдение, врач-терапевт, первичное звено здравоохранения.

Отношения и деятельность: нет.

Рецензенты:

Гракова Е. В. — д.м.н., в.н.с. отделения патологии миокарда Научно-исследовательского института кардиологии ФГБНУ "Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук" (Томск, Россия);
Кашталап В. В. — д.м.н., профессор, зав. отделом клинической кардиологии ФГБНУ "Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний" (Кемерово, Россия).

Методические рекомендации утверждены на заседании Ученого совета ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России (протокол № 3 от 18.03.2023).

Для цитирования: Драпкина О. М., Бойцов С. А., Агеев Ф. Т., Бланкова З. Н., Джииева О. Н., Дроздова Л. Ю., Ипатов П. В., Калинина А. М., Марцевич С. Ю., Савченко Е. Д., Свирида О. Н., Смирнова М. И., Чесникова А. И., Шепель Р. Н., Шурупова Е. Г., Явелов И. С. Диспансерное наблюдение пациентов с хронической сердечной недостаточностью врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации. Первая медико-санитарная помощь. 2025;2(1):53-114. doi: 10.15829/3034-4123-2025-39. EDN FBLCHN

Драпкина О. М.,
Бойцов С. А.,
Агеев Ф. Т.,
Бланкова З. Н.,
Джииева О. Н.,
Дроздова Л. Ю.,
Ипатов П. В.,
Калинина А. М.,
Марцевич С. Ю.,
Савченко Е. Д.,
Свирида О. Н.,
Смирнова М. И.,
Чесникова А. И.,
Шепель Р. Н.*,
Шурупова Е. Г.,
Явелов И. С.

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

ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии им. академика Е.И. Чазова" Минздрава России, Москва, Российская Федерация

ФГБОУ ВО "Ростовский ГМУ" Минздрава России, Ростов-на Дону, Российская Федерация

*Corresponding author
(Автор, ответственный за переписку):
r.n.shepel@mail.ru

Поступила: 18.03.2025
Принята: 21.03.2025



Guidelines

Editorial

Outpatient follow-up of patients with chronic heart failure by a general practitioner in primary health care. Guidelines

Outpatient follow-up in primary care is one of the resources for reducing mortality from diseases of the circulatory system and increasing life expectancy. These guidelines contain a description of current issues related to the organization of outpatient follow-up of patients with chronic heart failure by a general practitioner.

The guidelines are intended for district internists, general practitioners (family doctors), district internists of the shop medical district, as well as for secondary medical personnel working with these doctors, for paramedics of paramedic-obstetric stations (paramedic health centers) in case they are assigned the functions of the attending physician.

The guidelines can be used by public health physicians, heads of primary health care facilities and their divisions.

Keywords: chronic heart failure, follow-up, general practitioner, primary health care.

Relationships and Activities: none.

For citation: Drapkina O. M., Boytsov S. A., Ageev F. T., Blankova Z. N., Dzhioeva O. N., Drozdova L. Yu., Ipatov P. V., Kalinina A. M., Martsevich S. Yu., Savchenko E. D., Svirida O. N., Smirnova M. I., Chesnikova A. I., Shepel R. N., Shurupova E. G., Yavelov I. S. Outpatient follow-up of patients with chronic heart failure by a general practitioner in primary health care. Guidelines. *Primary Health Care (Russian Federation)*. 2025;2(1):53-114. doi: 10.15829/3034-4123-2025-39. EDN FBLCHN

АГ — артериальная гипертензия, АРА — антагонисты рецепторов ангиотензина II, БА — бронхиальная астма, ДН — диспансерное наблюдение, ЖА — желудочковые аритмии, иАПФ — ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, иНГЛТ-2 — ингибиторы натрийзависимого переносчика глюкозы 2-го типа, ЛЖ — левый желудочек, МНО — международное нормализованное отношение, НПВП — нестероидные противовоспалительные препараты, ПОАК — прямые пероральные антикоагулянты, САД — систолическое артериальное давление, СД — сахарный диабет, СКФ — скорость клубочковой фильтрации, СН — сердечная недостаточность, ТЭО — тромбоэмбolicкие осложнения, ФВ — фракция выброса, ФВД — функция внешнего дыхания, ФК — функциональный класс, ФП — фибрилляция предсердий, ХБП — хроническая болезнь почек, ХОБЛ — хроническая обструктивная болезнь легких, ХСН — хроническая сердечная недостаточность, ХСНиФВ — хроническая сердечная недостаточность со сниженной фракцией выброса левого желудочка, ХСНсФВ — хроническая сердечная недостаточность с сохраненной фракцией выброса левого желудочка, ХСНунФВ — хроническая сердечная недостаточность с умеренно сниженной фракцией выброса левого желудочка, ЧСС — частота сердечных сокращений, β-АБ — бета-адреноблокаторы, NYHA — Нью-Йоркская ассоциация сердца.

Drapkina O. M.,
Boytsov S. A.,
Ageev F. T.,
Blankova Z. N.,
Dzhioeva O. N.,
Drozdova L. Yu.,
Ipatov P. V.,
Kalinina A. M.,
Martsevich S. Yu.,
Savchenko E. D.,
Svirida O. N.,
Smirnova M. I.,
Chesnikova A. I.,
Shepel R. N.*,
Shurupova E. G.,
Yavelov I. S.

National Medical Research Center
for Therapy and Preventive Medicine
of the Ministry of Health of Russia,
Moscow, Russian Federation

E. I. Chazov National Medical
Research Center of Cardiology
of the Ministry of Health of Russia,
Moscow, Russian Federation

Rostov State Medical University
of the Ministry of Health of Russia,
Rostov-on-Don, Russian Federation

*Corresponding author:
r.n.shepel@mail.ru

Received: 18.03.2025

Accepted: 21.03.2025



Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) — это клинический синдром, характеризующийся настоящими или предшествующими симптомами (одышка, повышенная утомляемость, отечность голеней и стоп) и признаками (повышение давления в яремных венах, хрипы в легких, периферические отеки) вследствие нарушения структуры и/или функции сердца, приводящего к снижению сердечного выброса и/или повышению давления наполнения сердца в покое или при нагрузке и/или увеличению уровней натрийуретических пептидов.

Существует большое количество причин ХСН ([Приложение 1](#)). В Российской Федерации ведущими причинами ХСН служат артериальная гипертензия (АГ) и ишемическая болезнь сердца, комбинация которых встречается у половины пациентов с ХСН [1-7].

Классификация ХСН представлена в [Приложении 2](#).

Основным руководящим документом, описывающим этиологию, патогенез, клиническую картину, методы диагностики и лечения больных с ХСН, являются клинические рекомендации "Хроническая сердечная недостаточность" [1], одобренные Научно-практическим Советом Минздрава России в 2024 г., и Стандарт медицинской помощи взрослым при ХСН¹. Диспансерное наблю-

дение (ДН) в первичном звене оказания медицинской помощи рекомендуется осуществлять у стабильных пациентов, получающих оптимальное лечение для долгосрочного наблюдения, оценки эффективности лечения, прогрессирования заболевания и приверженности к терапии. ДН пациентов с ХСН врачом-терапевтом² регламентировано Порядком проведения ДН за взрослыми³.

ДН врачом-терапевтом осуществляется при ХСН 1 стадии, I-II функционального класса (ФК) по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца (NYHA, 1964) и фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) >40%, за исключением сочетания с сахарным диабетом (СД) и (или) хронической болезнью почек (ХБП) 4 и выше стадии. Ориентировочный алгоритм диспансерного приема (осмотра, консультации) представлен в [таблице 1](#). ДН врачом-кардиологом осуществляется при ХСН 2 стадии, ФВ ЛЖ ≤40% и (или) III-IV ФК по NYHA, а также ХСН 1 стадии, I-II ФК NYHA и ФВ ЛЖ >40% в сочетании с СД и (или) ХБП 4 и 5 стадии⁴.

² 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.

³ Приказ Минздрава России от 15 марта 2022 г. № 168н "Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 21 апреля 2022 г., регистрационный № 68288). СПС Консультант Плюс.

⁴ Указаны стадии и функциональные классы по новой классификации ХСН в соответствии с клиническими рекомендациями.

¹ Приказ Минздрава России от 20 апреля 2022 г. № 272 н "Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при хронической сердечной недостаточности (диагностика, лечение и диспансерное наблюдение)" (Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 2 июня 2022 г., регистрационный № 68714) СПС Консультант Плюс.

Таблица 1

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

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов, контролируемые показатели	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом
1	2	3
Сердечная недостаточность (I50): <ul style="list-style-type: none"> • Застойная сердечная недостаточность (I50.0); • Левожелудочковая недостаточность (I50.1); • Сердечная недостаточность неуточненная (I50.9). 	<p>Первое посещение: при взятии под диспансерное наблюдение</p> <p>Далее — не реже 2 раз в год</p> <p>Контролируемые показатели:</p> <ul style="list-style-type: none"> • вес (ИМТ), окружность талии; • статус курения; • АД, ЧСС; • общетерапевтический биохимический анализ крови с расчетом СКФ (не реже 1 раза в год); 	<p>Сбор жалоб с оценкой динамики (Приложение 3):</p> <ul style="list-style-type: none"> • одышка в покое и при физической нагрузке; • ортопноз; • пароксизмальная ночная одышка; • снижение толерантности к физическим нагрузкам; • повышенная утомляемость; • сердцебиение; • отек лодыжек. <p>Сбор анамнеза:</p> <ul style="list-style-type: none"> • уточнение анамнеза заболевания, наследственного анамнеза заболеваний: наличие у пациента патологии сердца, приводящей к его функциональным или структурным изменениям; • уточнение общего аллергологического анамнеза и сведений о непереносимости лекарственных веществ (в том числе вакцин), процедур; • уточнение наличия сопутствующих заболеваний и их контроля.

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов, контролируемые показатели	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом
1	2	3
	<ul style="list-style-type: none"> • отсутствие снижения уровня эритроцитов, гемоглобина (не реже 1 раза в год); • пациентам при терапии варфарином — МНО (не реже 8 раз в год); • уровень NT-proBNP (не реже 1 раза в 2 года); • отсутствие признаков прогрессирования заболевания по результатам ЭКГ (не реже 1 раза в год); • отсутствие признаков застоя в легких по данным рентгенографии органов грудной клетки (не реже 1 раза в год); • отсутствие признаков прогрессирования заболевания по результатам ЭхоКГ (не реже 2 раз в год); • отсутствие жизнеугрожающих нарушений ритма сердца по данным мониторирования ЭКГ (не реже 1 раза в год) <p>Длительность наблюдения — пожизненно</p>	<p>Физикальное обследование:</p> <ul style="list-style-type: none"> • общий осмотр с оценкой общего состояния пациента; • осмотр кожных покровов лица, туловища, конечностей; • измерение окружности талии, антропометрия и расчет ИМТ; • перкуссия и аусcultация сердца и легких; • подсчет ЧСС и частоты пульса; • пальпация пульса на лучевых артериях и артериях тыльной поверхности стоп; • измерение АД по Короткову; • оценка состояния шейных вен (набухание, пульсация); • пальпация живота, печени; • наличие и распространенность отеков. <p>Оценка факторов риска, анализ динамики и тактика врача [8, 9]:</p> <ul style="list-style-type: none"> • избыточная масса тела и ожирение ($\text{ИМТ} \geq 25 \text{ кг}/\text{м}^2$) <ul style="list-style-type: none"> — рекомендовать соблюдение принципов здорового и сбалансированного по составу питания, — контроль объема потребляемой жидкости (1,5-2 л/сут.) и соли (не более 6 г/сут.); • физическая активность <ul style="list-style-type: none"> — рекомендовать соблюдение режима бытовых нагрузок и отдыха, соблюдение ежедневной физической активности (регулярное выполнение физических тренировок, подобраных индивидуально, вызывающих легкую одышку); — рекомендовать ведение дневника самоконтроля самочувствия и выполнения физических занятий дома с фиксацией результатов; • статус курения <ul style="list-style-type: none"> — рекомендовать отказ от курения, включая пассивное⁵; — 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; • употребление алкоголя <ul style="list-style-type: none"> — рекомендовать всем пациентам отказаться от употребления алкоголя; • артериальная гипертензия (sistолическое АД $\geq 140 \text{ мм рт.ст.}$ и/или диастолическое АД $\geq 90 \text{ мм рт.ст.}$) <ul style="list-style-type: none"> — всем пациентам при АД $\geq 130/80 \text{ мм рт.ст.}$ разъяснить значимость профилактики повышения уровня АД и его контроля; • дислипидемия (превышение целевых уровней ХС ЛНП $> 1,4 \text{ ммоль}/\text{л}$, триглицеридов $> 1,7 \text{ ммоль}/\text{л}$ у пациентов очень высокого сердечно-сосудистого риска (при наличии подтвержденного атеросклеротического ССЗ; у пациентов экстремального риска с подтвержденным атеросклеротическим ССЗ, перенесших повторное сосудистое событие в течение 2-х лет (в любом сосудистом бассейне) превышение целевого уровня ХС ЛНП $> 1,0 \text{ ммоль}/\text{л}$); <ul style="list-style-type: none"> — рекомендовать изменение образа жизни, в т.ч. по диете с высоким уровнем употребления фруктов, овощей, цельнозерновых злаков и клетчатки, орехов, рыбы, птицы и молочных продуктов с низким содержанием жира и ограниченным потреблением сладостей, сладких напитков и красного мяса, при наличии показаний прием статинов до достижения целевого уровня липидов;

⁵ Обучающий видеофильм "Краткое консультирование курящего пациента 5С". <https://ropniz.ru/doctor-pm/doctor/instruction/education> (05.11.2024).

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов, контролируемые показатели	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом
1	2	3
		<ul style="list-style-type: none"> • гипергликемия (глюкоза плазмы натощак >5,6 ммоль/л капиллярная кровь, >6,1 ммоль/л венозная плазма, уровень глюкозы крови через 2 ч после нагрузки в рамках перорального глюкозотolerантного теста >7,8 ммоль/л) <ul style="list-style-type: none"> — рекомендовать изменение образа жизни, в т.ч. по диете со снижением гликемической нагрузки рациона за счет максимального ограничения простых углеводов, добавленных сахаров и алкогольной продукции, снижением до рекомендуемого значения доли насыщенного жира и увеличением ненасыщенных жирных кислот, увеличением содержания пищевых волокон за счет потребления некрахмалистых овощей, бобовых и цельнозерновых продуктов, адекватным содержанием пищевого белка в равной степени из продуктов животного и растительного происхождения, соответствием энергетической ценности рациона энергозатратам, при необходимости снижением калорийности рациона. <p>Определение выраженности клинической симптоматики ХСН по шкале ШОКС (Приложение 4).</p> <p>Определение толерантности пациента к физическим нагрузкам с помощью теста с шестиминутной ходьбой (Приложение 5).</p> <p>Лабораторные исследования (сравнение показателей с нормой и/или целевым уровнем, анализ динамики):</p> <ul style="list-style-type: none"> • общий (клинический) анализ крови (эритроциты, тромбоциты, лейкоциты, гематокрит) — не реже 1 раза в год; • биохимический анализ крови общетерапевтический — не реже 1 раза в год <ul style="list-style-type: none"> — для определения тактики ведения ХСН и исключения сопутствующей патологии определение показателей: натрий и калий, мочевина, СКФ (расчетный показатель), гликированный гемоглобин (пациентам с ХСН и СД), триглицериды, общий холестерин и липопротеиды, определение активности щелочной фосфатазы, гамма-глютамилтрансферазы, билирубин, ферритин и исследование насыщения трансферрина железом в динамике, ТТГ); • пациентам, получающим антикоагулянтную терапию [10] (Приложение 8): <ul style="list-style-type: none"> — определение МНО при терапии варфарином — не реже 8 раз в год; — анализ крови с определением уровня гемоглобина, почечной и печеночной функции — 1 раз в год всем пациентам, длительно получающим ПОАК, кроме перечисленных ниже: <ul style="list-style-type: none"> — пациентам 75 лет и старше или со старческой астенией — 1 раз в 4-6 мес.; — при клиренсе креатинина <60 мл/мин — 1 раз в N месяцев, где N = клиренс креатинина /10; — дополнительно, если какое-либо интеркуррентное заболевание могло повлиять на почечную или печеночную функцию; • уровень NT-proBNP — не реже 1 раза в 2 года; • общий (клинический) анализ мочи — не реже 1 раза в год. <p>Инструментальные обследования (сравнение показателей с нормой и/или целевым уровнем, анализ динамики):</p> <ul style="list-style-type: none"> • ЭКГ в покое — не реже 1 раза в год; • рентгенография органов грудной клетки — не реже 1 раза в год; • ЭхоКГ с оценкой ФВ ЛЖ — не реже 2 раз в год; • мониторирование ЭКГ — не реже 1 раза в год.

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов, контролируемые показатели	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом
1	2	3
		<p>Уточнение факта приема лекарственных препаратов с оценкой их совместимости:</p> <ul style="list-style-type: none"> показаний и противопоказаний к применению; наименований, доз и длительности приема. <p>Определение приверженности к проводимому лечению и его эффективности по оценке самого пациента, выяснение причин невыполнения ранее назначенного лечения (Приложение 6).</p> <p>Консультации врачей-специалистов (в том числе с применением телемедицинских технологий⁶):</p> <ul style="list-style-type: none"> врача-кардиолога — по медицинским показаниям (при сохранении симптомов, несмотря на прием стандартной терапии по поводу ХСН). <p>Оценка достижения целевых показателей здоровья:</p> <ul style="list-style-type: none"> уменьшение симптомов ХСН или сохранение их удовлетворительных значений в соответствии с оценочной шкалой и функциональным тестом (Приложения 3–5); отсутствие признаков прогрессирования заболевания по результатам ЭКГ; отсутствие признаков застоя в легких по данным рентгенографии органов грудной клетки; отсутствие признаков прогрессирования заболевания по результатам ЭхоКГ; отсутствие жизнеугрожающих нарушений ритма сердца по данным мониторирования ЭКГ; контроль массы тела (ИМТ 18,5–24,9 кг/м²); глюкоза плазмы натощак <5,6 ммоль/л (капиллярная кровь), <6,1 ммоль/л (венозная плазма), уровень глюкозы крови через 2 ч после нагрузки в рамках перорального глюкозотolerантного теста <7,8 ммоль/л; уровень АД <140/90 мм рт.ст.; целевой уровень ХС ЛНП: <ul style="list-style-type: none"> <1,4 ммоль/л, триглицеридов <1,7 ммоль/л у пациентов очень высокого сердечно-сосудистого риска (при наличии подтвержденного атеросклеротического ССЗ); <1,0 ммоль/л у пациентов экстремального риска с подтвержденным атеросклеротическим ССЗ, перенесших повторное сосудистое событие в течение 2 лет (в любом сосудистом бассейне)⁷ [11]; стойкий отказ от курения и употребления никотинсодержащей продукции; отказ от употребления алкоголя; другие целевые показатели в соответствии с индивидуальным планом лечения по сопутствующим заболеваниям; особое внимание следует обратить на следующие показатели и при необходимости обратиться за консультацией врача-специалиста: <ul style="list-style-type: none"> гипер- или гипокалиемия (уровень калия сыворотки >5,0 или <3,5 ммоль/л); уровень креатинина >221 мкмоль/л или >2,5 мг/дл или СКФ <30 мл/мин/1,73 м²; симптомная или выраженная бессимптомная артериальная гипотония (системическое АД <90 мм рт.ст.); брадикардия <60 уд./мин.

⁶ Приказ Минздрава России от 30 ноября 2017 г. № 965н "Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 09 января 2018 г., регистрационный № 49577). СПС Консультант Плюс.

⁷ Клинические рекомендации "Нарушение липидного обмена", 2023 https://cr.menzdrav.gov.ru/view-cr/752_1 (28.01.2025).

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов, контролируемые показатели	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом
1	2	3
		<p>Краткое профилактическое консультирование (при наличии ФР)⁸:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 заболеваний⁹ [8, 9]; обучение пациента алгоритмам действий при ухудшении состояния, в том числе информирование в доступной форме о первых симптомах острого коронарного события, инсульта или транзиторной ишемической атаки. Рассказание лицу с высоким риском развития жизнеугрожающего состояния (осложнения заболевания) и лицам, совместно с ним проживающим, правил неотложных действий (первой помощи) при их развитии и необходимости своевременного вызова скорой медицинской помощи. <p>Назначение или корректировка немедикаментозной и медикаментозной терапии (Приложение 7, 8):</p> <ul style="list-style-type: none"> назначение/коррекция терапии при наличии показаний; лечение сопутствующих заболеваний; учет совместимости лекарственных препаратов. <p>Определение наличия показаний для направления на госпитализацию (Приложение 9).</p> <p>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 реабилитации¹⁰.</p> <ul style="list-style-type: none"> амбулаторный этап кардиореабилитации для пациентов с клинически стабильной ХСН рекомендуется проводить в очном, дистанционном (в домашних условиях с использованием инструментов цифрового и мобильного здравоохранения) или смешанном форматах для снижения риска госпитализаций, улучшения функционального состояния, качества жизни и прогноза; кардиореабилитация в условиях амбулаторного и домашнего наблюдения с применением телемедицинских технологий цифрового здравоохранения рассматривается как способ увеличения охвата пациентов реабилитацией, повышения приверженности изменению образа жизни, реабилитационной и лекарственной терапии. Эффективность кардиореабилитации в домашних условиях сопоставима с ее эффективностью в условиях лечебного учреждения; кардиореабилитация пациентов с ХСН проводится в соответствии с рекомендациями выписного эпикриза специализированного кардиологического (реабилитационного) отделения стационара или по назначению врача-кардиолога.

⁸ Астанина С.Ю., Калинина А.М., Шепель Р.Н., Драпкина О.М. Методические рекомендации по подготовке врачей к проведению краткого профилактического консультирования. Учебное пособие: ФГБУ "НМИЦ ТПМ", 2023. 60 с. <https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2020/08/uchebnoe-posobie-metodicheskie-rekomendacii-po-podgotovke-vrachej-k-provedeniyu-kratkog.pdf> (05.11.2024).

⁹ Обучающий видеофильм "Краткое консультирование курящего пациента 5С". <https://ropniz.ru/doctor-pm/doctor/instruction/education> (05.11.2024).

¹⁰ Приказ Минздрава России от 31.07.2020 № 788н "Об утверждении порядка организации медицинской реабилитации взрослых" (Зарегистрирован 25.09.2020 № 60039). <https://base.garant.ru/401414440/> (17.10.2024).

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов, контролируемые показатели	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом
1	2	3
		<p>Определение наличия показаний и отсутствия противопоказаний для направления на санаторно-курортное лечение (Приложение 11)</p> <p>Направление на вакцинацию (Приложение 12):</p> <ul style="list-style-type: none"> против гриппа ежегодно в сентябре-октябре; против пневмококковой инфекции в соответствии с иммунным статусом пациента; против других инфекционных заболеваний; составление/коррекция индивидуального плана вакцинопрофилактики. <p>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.</p> <p>Информирование пациента о результатах проведенного диспансерного приема (осмотра, консультации):</p> <ul style="list-style-type: none"> информирование о течение болезни по данным объективной оценки; информирование о целевых уровнях показателей здоровья и коррекции терапии; информирование о необходимости регулярного диспансерного наблюдения; информирование о необходимости прохождения диспансеризации и ежегодного профилактического медицинского осмотра, а также углубленной диспансеризации¹¹; назначение даты следующего диспансерного осмотра. <p>Оформление медицинской документации, в том числе:</p> <ul style="list-style-type: none"> формы № 025/у "Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях"; формы № 030/у "Контрольная карта диспансерного наблюдения"¹²; формы № 057/у-04 "Направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию"¹³ (при необходимости); оформление и выдача рецептов.

Сокращения: АД — артериальное давление, ИМТ — индекс массы тела, ЛЖ — левый желудочек, МНО — международное нормализованное отношение, ПОАК — прямые пероральные антикоагулянты, СД — сахарный диабет, СКФ — скорость клубочковой фильтрации, ССЗ — сердечно-сосудистое заболевание, ТГ — тиреотропный гормон, ФВ — фракция выброса, ФР — фактор риска, ХС ЛНП — холестерин липопротеидов низкой плотности, ХСН — хроническая сердечная недостаточность, ЧСС — частота сердечных сокращений, ЭКГ — электрокардиография, ЭхоКГ — эхокардиография, NT-proBNP — N-концевой промозговой натрийуретический пептид.

¹¹ Приказ Минздрава России от 27 апреля 2021 г. № 404н "Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 30 июня 2021 г., регистрационный № 64042). СПС Консультант Плюс.

¹² Приказ Минздрава России от 15 декабря 2014 г. № 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 февраля 2015 г., регистрационный № 36160). СПС Консультант Плюс.

¹³ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22 ноября 2004 г. № 255 "О Порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 декабря 2004 г., регистрационный № 6188). СПС Консультант Плюс.

Понимание роли альдостерона и МКР в регуляции физиологических и вовлеченности в патологические процессы **существенно расширилось за последние 30 лет¹⁻³**

1990

2021

Ангиотензин является главным стимулятором выработки альдостерона¹⁻³

Альдостерон является единственным лигандом МКР в организме человека¹⁻³

МКР локализуются преимущественно в эпителиальных клетках канальцев почек¹⁻³

Альдостерон способствует повышению АД за счет задержки Na⁺ и жидкости в организме¹⁻³

Эффекты АМКР обусловлены блокированием связывания альдостерона с МКР¹⁻³

1

2

3

4

5

Ангиотензин является **одним из нескольких** стимуляторов выработки альдостерона, что может обуславливать феномен «ускользания альдостерона» при применении иАПФ / БРА¹⁻⁴

Активация МКР может осуществляться **альдостероном и кортизолом**. Также существует **лиганд-независимый путь** активации МКР, который может происходить у пациентов с СД2 вследствие гипергликемии, оксидативного стресса и т. д.¹⁻³

МКР локализуются не только в эпителиальных клетках канальцев почек, но и в неэпителиальных **клетках**: клетки эндотелия, гладкомышечные клетки, кардиомиоциты, подоциты, фибробласти, адipoциты, макрофаги^{1-3,6}

Альдостерон способствует повышению АД, не только за счет регуляции водно-электролитного баланса, но также за счет **прямых эффектов стимуляции МКР в сосудах и в ЦНС¹⁻³**

Эффекты АМКР обусловлены не просто блокированием связывания альдостерона с МКР, а скорее **механизмом связывания самих АМКР с рецептором**, что может обуславливать **разницу в клинических эффектах разных препаратов⁵**

Гиперактивация МКР может приводить к хроническому воспалению и фиброзу, лежащим в основе структурных изменений и функциональных нарушений почек и сердца у пациентов с ХБП и СД2^{1,2}



Узнайте больше о ХБП при СД2



Даже при оптимальном контроле уровня HbA1с и артериального давления пациенты с хронической болезнью почек (ХБП) и сахарным диабетом 2-го типа (СД2) все еще находятся в группе риска¹⁻³

ВОСПАЛЕНИЕ И ФИБРОЗ

РАЗРУШАЮТ ПОЧКИ ВАШИХ ПАЦИЕНТОВ И ПОВЫШАЮТ
РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ КАТАСТРОФ¹⁻⁴

КОНТРОЛЯ НЬА1с И АД У ПАЦИЕНТОВ С ХБП И СД2 МОЖЕТ БЫТЬ НЕДОСТАТОЧНО¹⁻³

- Воспаление и фиброз вследствие гиперактивации минералокортикоидных рецепторов могут способствовать прогрессированию ХБП и развитию жизнеугрожающих сердечно-сосудистых событий⁴
- Для снижения почечных и сердечно-сосудистых рисков необходимо воздействовать на каждый из механизмов полиорганного поражения^{1-4, 6}
- Для профилактики тяжелого поражения почек и сердечно-сосудистой системы необходима ранняя инициация многофакторной кардионефропротективной терапии^{1, 5, 6}

HbA1с – гликированный гемоглобин; АД – артериальное давление; СД2 – сахарный диабет 2-го типа; ХБП – хроническая болезнь почек.

Литература: 1. Alcic R. Z. et al. Clin J Am Soc Nephrol. 2017; 12(12): 2032-2045. 2. Brenner B. M. et al. N Engl J Med. 2001; 345(12): 861-869.

3. Perkovic V. et al. N Engl J Med. 2019; 380(2): 295-306. 4. Bauersachs J. et al. Hypertension. 2015; 65(2): 257-263. 5. Kidney Disease: Improving Global Outcomes. KDIGO 2022 Clinical Practice Guideline for Diabetes Management in Chronic Kidney Disease. Kidney Int 2022; 102: S1-S128.

6. Мкртумян А. М. и соавт. Эффективная фармакотерапия. 2023; 19(12): 16-28.

Материал предназначен для специалистов здравоохранения

АО «БАЙЕР» 107113, Москва, 3-я Рыбинская ул., д. 18, стр. 2.
Тел.: +7 (495) 231 1200

Узнайте о ХБП
и СД2 больше



Приложение 1

Причины ХСН [1]

Поражение миокарда		Заболевания и формы
1	ИБС	Все
2	АГ	Все
3	Кардиомиопатии	Все
	Клапанные пороки сердца	Порок митрального клапана Порок аортального клапана Порок триkuspidального клапана Порок клапана легочной артерии
	Болезни перикарда	Выпотной перикардит Констриктивный перикардит Гидроперикард
	Болезни эндокарда	Гиперэозинофильный синдром Эндомиокардиальный фиброз Эндокардиальный фиброзеластоз
	Врожденные пороки сердца	Врожденные пороки сердца
	Аритмии	Тахиаритмии (предсердные, желудочковые) Брадиаритмии
	Нарушения проводимости	Атриовентрикулярная блокада
	Высокая нагрузка на миокард	Тиреотоксикоз Анемия Сепсис Болезнь Педжета Артериовенозная fistула
	Перегрузка объемом	Почечная недостаточность Ятрогения

Сокращения: АГ — артериальная гипертензия, ИБС — ишемическая болезнь сердца.

Приложение 2

Классификация ХСН [1]

По ФВ ЛЖ выделяют:

- ХСН со сниженной ФВ (ХСНнФВ) ЛЖ (40% и менее);
- ХСН с умеренно сниженной ФВ (ХСНунФВ) ЛЖ (от 41 до 49%);
- ХСН с сохраненной ФВ (ХСНсФВ) ЛЖ (50% и более).

Классификация экспертов Российского кардиологического общества 2023 г. по стадиям ХСН:

- **Предстадия сердечной недостаточности (СН):** отсутствие симптомов и признаков ХСН в настоящем и прошлом. Наличие признаков структурного и/или функционального поражения сердца и/или повышения уровня мозгового натрийуретического пептида.
- **Стадия 1.** Проявляющаяся клинически СН: наличие симптомов и признаков ХСН в настоящем или прошлом, вызванных нарушением структуры и/или функции сердца.
- **Стадия 2.** Далеко зашедшая, клинически тяжелая СН: тяжелые симптомы и признаки ХСН, повторные госпитализации по поводу ХСН, несмотря на попытки оптимизировать терапию ХСН или непереноимость терапии ХСН.

Классификация Нью-Йоркской ассоциации сердца по функциональному классу:

- **I ФК.** Ограничения физической активности отсутствуют: привычная физическая активность не сопровождается быстрой утомляемостью, появлением одышки или сердцебиения. Повышенную нагрузку пациент переносит, но она может сопровождаться одышкой и/или замедленным восстановлением сил.
- **II ФК.** Незначительное ограничение физической активности: в покое симптомы отсутствуют, привычная физическая активность сопровождается утомляемостью, одышкой или сердцебиением.
- **III ФК.** Заметное ограничение физической активности: в покое симптомы отсутствуют, физическая активность меньшей интенсивности по сравнению с привычными нагрузками сопровождается появлением симптомов.
- **IV ФК.** Невозможность выполнить какую-либо физическую нагрузку без появления дискомфорта; симптомы ХСН присутствуют в покое и усиливаются при минимальной физической активности.

Классификация Н.Д. Стражеско, В.Х. Василенко (1935):

- **1 стадия.** Начальная, скрытая недостаточность кровообращения, проявляющаяся только при физической нагрузке (одышка, сердцебиение, чрезмерная утомляемость). В покое эти явления исчезают. Гемодинамика не нарушена.
- **2 стадия.** Выраженная, длительная недостаточность кровообращения, нарушение гемодинамики (застой в малом и большом круге кровообращения), нарушения функции органов и обмена веществ выражены и в покое. Трудоспособность резко ограничена:
 - 2а** — нарушение гемодинамики выражено умеренно, отмечается нарушение функции какого-либо отдела сердца (право- или левожелудочковая недостаточность);
 - 2б** — выраженные нарушения гемодинамики, с вовлечением всей сердечно-сосудистой системы, тяжелые нарушения гемодинамики в малом и большом круге.
- **3 стадия.** Конечная, дистрофическая. Тяжелая недостаточность кровообращения, стойкие изменения обмена веществ и функций органов, необратимые изменения структуры органов и тканей, выраженные дистрофические изменения. Полная утрата трудоспособности.

Приложение 3

Характерные симптомы и клинические признаки ХСН [1]

Симптомы	Типичные
	Одышка
	Ортопноэ
	Пароксизмальная ночная одышка
	Снижение толерантности к нагрузкам
	Слабость, утомляемость, увеличение времени восстановления после нагрузки
	Увеличение в объеме лодыжек
	Менее типичные
	Ночной кашель
	Свистящее дыхание
	Ощущение вздутия
	Растерянность (особенно у пожилых)
	Потеря аппетита
	Головокружение
	Обморок
	Депрессия
	Сердцебиение
	Бендопнэ или "одышка при сгибании, наклоне туловища вперед"
Клинические признаки	Наиболее специфичные
	Повышение центрального венозного давления в яремных венах
	Гепатоjugularный рефлюкс
	Третий тон (ритм галопа)
	Смещение верхушечного толчка влево
	Менее специфичные
	Немотивированная прибавка в весе >2 кг в неделю
	Потеря мышечной и жировой массы тела (при прогрессирующей сердечной недостаточности)
	Кахексия
	Шумы в сердце
	Периферические отеки (лодыжки, крестца, мошонки)
	Влажные хрипцы в легких
	Плевральный выпот
	Тахикардия
	Нерегулярный пульс
	Тахипнэ (частота дыхательных движений >16 в мин)
	Дыхание Чейн-Стокса
	Гепатомегалия
	Асцит
	Холодные конечности
	Периферический цианоз
	Олигурия
	Низкое пульсовое давление

Приложение 4

Шкала оценки клинического состояния пациента с ХСН (ШОКС) [1]

Шкала оценки клинического состояния предназначена для оценки тяжести клинических проявлений ХСН. В шкалу включены наиболее распространенные симптомы и признаки СН, выявляемые при расспросе и физикальном обследовании без применения инструментальных методов. Каждый из этих признаков имеет балльную оценку. Сумма баллов соответствует функциональному классу СН. Использование данной шкалы в динамике позволяет оценивать эффективность проводимого лечения [12].

Симптом/признак	Выраженность	Количество баллов
Одышка	0 — нет 1 — при нагрузке 2 — в покое	
Изменился ли за последнюю неделю вес	0 — нет 1 — увеличился	
Жалобы на перебои в работе сердца	0 — нет 1 — есть	
В каком положении находится в постели	0 — горизонтально 1 — с приподнятым головным концом (две и более подушки) 2 — плюс просыпается от удушья 3 — сидя	
Набухшие шейные вены	0 — нет 1 — лежа 2 — стоя	
Хрипы в легких	0 — нет 1 — нижние отделы (до 1/3) 2 — до лопаток (до 2/3) 3 — над всей поверхностью легких	
Наличие ритма галопа	0 — нет 1 — есть	
Печень	0 — не увеличена 1 — до 5 см 2 — более 5 см	
Отеки	0 — нет 1 — пастозность 2 — отеки 3 — анасарка	

Ключ (интерпретация):

0 баллов — отсутствие клинических признаков СН;

1-3 балла — I ФК;

4-6 баллов — II ФК;

7-9 баллов — III ФК;

больше 9 баллов — IV ФК.

Приложение 5

Тест с шестиминутной ходьбой [1]

Тест с шестиминутной ходьбой проводят внутри помещения вдоль длинного прямого закрытого коридора с твердым ровным покрытием, с редким передвижением по нему. Длина коридора должна быть 30 м с маркированной стартовой отметкой и последующей разметкой каждые 3-5 м.

Пациентам предлагается ходить по измеренному коридору в привычном темпе (туда и обратно по кругу с обозначенными точками поворота в каждом конце), стараясь пройти максимальное расстояние в течение 6 мин. Пациентам разрешается замедлять темп ходьбы, останавливаться и отдыхать во время теста. В период отдыха можно прислониться к стене, однако, пациент должен возобновить ходьбу, когда сочтет это возможным. Во время выполнения теста каждые 60 сек следует поощрять пациента, произнося спокойным тоном фразы: "Все хорошо" или "Молодец, продолжайте". Не следует информировать пациента о пройденной дистанции и оставшемся времени. Если пациент замедляет ходьбу, можно напомнить, что он может остановиться, отдохнуть, а затем, как только почувствует, что может идти, продолжить ходьбу. По истечении 6 мин следует попросить пациента остановиться и не двигаться, пока не будет измерено пройденное расстояние (с точностью до 1 м) [13].

Ключ (интерпретация):

Функциональный класс ХСН	Дистанция 6-минутной ходьбы, м
0	551
I	426-550
II	301-425
III	151-300

Приложение 6

Шкала приверженности Национального общества доказательной фармакотерапии

**Опросник для оценки приверженности лекарственной терапии
"Общая фактическая приверженность" (модифицированный вариант) [14]**

Нарушаете ли Вы рекомендации Вашего лечащего врача в отношении приема лекарственных препаратов (регулярности приема, соблюдения дозировки препарата, кратности и времени приема лекарственного средства и т.д.)? (можно выбрать только один ответ)		
<input type="checkbox"/>	1) Да, я не стал принимать назначенные препараты	4 балла
<input type="checkbox"/>	2) Да, я прекратил начатый прием препаратов	3 балла
<input type="checkbox"/>	3) Да, я принимаю лекарство нерегулярно, самостоятельно прекращаю прием лекарства или меняю дозу, кратность, время приема препаратов	2 балла
<input type="checkbox"/>	4) Да, я иногда забываю принять препараты	1 балл
<input type="checkbox"/>	5) Нет, я принимаю лекарства строго согласно рекомендациям врача	0 баллов
Если Вы не стали принимать или прекратили прием назначенных лекарственных препаратов, назовите ведущую причину этого (можно выбрать только один ответ)		
<input type="checkbox"/>	1) Забываю принять препараты	
<input type="checkbox"/>	2) Опасаюсь побочных эффектов, вреда здоровью при длительном приеме лекарств	
<input type="checkbox"/>	3) Возникли побочные эффекты лекарственной терапии	
<input type="checkbox"/>	4) Отсутствие ощутимого эффекта (улучшения) от лечения	
<input type="checkbox"/>	5) Принимаю очень много разных лекарственных препаратов	
<input type="checkbox"/>	6) У меня очень сложная схема приема лекарств (много раз в день, помногу таблеток)	
<input type="checkbox"/>	7) Высокая цена препаратов	
<input type="checkbox"/>	8) Сомневаюсь в необходимости назначенного мне лечения	
<input type="checkbox"/>	9) Не хочу принимать лекарства постоянно/длительно	
<input type="checkbox"/>	10) Другое (укажите) _____	

Ключ (интерпретация)*:

0 баллов — полная приверженность;

1 балл — частичная, неполная приверженность, ненамеренные нарушения врачебных рекомендаций;

2 балла — частичная, неполная приверженность, намеренные нарушения врачебных рекомендаций;

3 балла — частичная, вторичная неприверженность;

4 балла — полная, первичная неприверженность.

Примечание: *в экземплярах Шкалы приверженности, выдаваемых пациентам для заполнения, не следует оставлять ключ к опроснику, чтобы пациент не видел возможных результатов опроса.

Приложение 7

Консервативное лечение

Адаптировано из Клинических рекомендаций "Хроническая сердечная недостаточность", 2024 [1]

Основные задачи лечения пациентов с ХСН:

- уменьшение симптомов ХСН (одышка, отеки и т.п.);
- улучшение качества жизни;
- снижение количества госпитализаций;
- улучшение прогноза.

Снижение смертности и числа госпитализаций является главным критерием эффективности терапевтических мероприятий.

При лечении пациентов с ХСНнФВ следует применять комбинированную четырехкомпонентную терапию (валсартан+сакубитрил/ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ)/антагонисты рецепторов ангиотензина II (АРА), бета-адреноблокаторы (β -АБ), антагонисты альдостерона, ингибиторы натрийизависимого переносчика глюкозы 2-го типа (иНГЛТ-2), дапаглифлозин/эмпаглифлозин)) для снижения риска госпитализации из-за ХСН и смерти.

Пациентам с ХСНунФВ рекомендуется назначение дапаглифлозина/эмпаглифлозина с целью снижения риска госпитализации из-за ХСН и смерти, при признаках задержки жидкости — диуретиков с целью улучшения клинической симптоматики, а также рекомендуется рассмотреть возможность приема валсартана+сакубитрила. При этом иАПФ/АРА, β -АБ, разрешенные при ХСНнФВ, и антагонисты альдостерона могут быть рекомендованы для снижения риска госпитализации из-за ХСН и смерти, но убедительных доказательств их эффективности у пациентов с ХСНунФВ нет.

При лечении ХСНсФВ следует использовать дапаглифлозин/эмпаглифлозин с целью снижения риска госпитализации из-за ХСН и смерти. С этой целью рекомендуется также рассмотреть возможность назначения валсартана + сакубитрила и антагонистов альдостерона, а также с меньшей убедительностью — иАПФ/АРА и β -АБ. Кроме того, иАПФ/АРА, β -АБ, диуретики назначаются при наличии дополнительных показаний (например, диуретики — при задержке жидкости, β -АБ — после перенесенного инфаркта миокарда, при тахиаритмиях).

При назначении терапии пациентам с ХСН особое внимание следует уделить терапии сопутствующих заболеваний. Основные принципы медикаментозной терапии пациентов с ХСН представлены в [таблице 2](#).

Таблица 2

Принципы медикаментозной терапии пациентов с ХСН

Группа лекарственных средств	Пациенты с ХСНнФВ	Пациенты с ХСНунФВ	Пациенты с ХСНсФВ
Диуретики	Рекомендуется назначение всем пациентам при наличии признаков задержки жидкости (включая использование поддерживающих доз после ликвидации застоя)		
Ингибиторы натрийизависимого переносчика глюкозы 2-го типа (дапаглифлозин/эмпаглифлозин)	Рекомендуется назначение всем пациентам вне зависимости от ФВ ЛЖ, наличия или отсутствия СД и при отсутствии противопоказаний		
АРА в комбинации с прочими препаратами (валсартан + сакубитрил)	Рекомендуется назначение всем пациентам при отсутствии противопоказаний Инициация терапии валсартаном + сакубитрилом вместо иАПФ/АРА рекомендуется пациентам с ХСНнФВ, госпитализированным по причине декомпенсации ХСН, после стабилизации гемодинамики	Рассмотреть возможность назначения по тем же принципам и с соблюдением тех же правил использования, как при лечении пациентов с ХСНнФВ	

Таблица 2. Продолжение

Группа лекарственных средств	Пациенты с ХСНФВ	Пациенты с ХСНунФВ	Пациенты с ХСНсФВ
АРА	Рекомендуется назначение в случае непереносимости валсартана + сакубитрила/ иАПФ	Могут быть рекомендованы с соблюдением тех же правил использования, как при лечении пациентов с ХСНФВ	Могут быть рекомендованы, но убедительных доказательств эффективности нет, а также могут использоваться при наличии дополнительных показаний
Анtagонисты альдостерона	Рекомендуется назначение всем пациентам при отсутствии противопоказаний	Могут быть рекомендованы с соблюдением тех же правил использования, как при лечении пациентов с ХСНФВ	Рассмотреть возможность назначения при уровне NT-proBNP >360 пг/мл
иАПФ	Рекомендуется назначение всем пациентам при отсутствии противопоказаний	Могут быть рекомендованы с соблюдением тех же правил использования, как при лечении пациентов с ХСНФВ	Могут быть рекомендованы, но убедительных доказательств эффективности нет, а также могут использоваться при наличии дополнительных показаний
β-АБ	Рекомендуется назначение всем пациентам со стабильной симптомной ХСН при отсутствии противопоказаний	Могут быть рекомендованы с соблюдением тех же правил использования, как при лечении пациентов с ХСНФВ	Могут быть рекомендованы, но убедительных доказательств эффективности нет, а также могут использоваться при наличии дополнительных показаний
Ингибиторы If-каналов (ивабрадин)	Рекомендуется назначение при синусовом ритме и ЧСС ≥ 70 уд./мин пациентам, получающим оптимальную медикаментозную терапию, включающую рекомендованные (или максимально переносимые) дозы β-АБ, для снижения частоты госпитализаций и риска смерти вследствие ХСН Рекомендуется назначение пациентам с симптомной ХСН при синусовом ритме и ЧСС ≥ 70 уд./мин и непереносимостью β-АБ, или пациентам, имеющим противопоказания к их назначению		
Сердечные гликозиды (дигоксин)	Рекомендуется рассмотреть возможность назначения пациентам с ХСН II-IV ФК, сниженной ФВ ЛЖ, с синусовым ритмом и сохраняющимися симптомами СН, на фоне терапии иАПФ/ валсартаном + сакубитрилом/ АРА, анtagонистами альдостерона, дапаглифлозином/ эмпаглифлозином	Рассмотреть возможность назначения по тем же принципам и с соблюдением тех же правил, как при лечении пациентов с ХСНФВ	

Сокращения: АРА — анtagонисты рецепторов ангиотензина II, иАПФ — ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, ЛЖ — левый желудочек, СД — сахарный диабет, СН — сердечная недостаточность, ФВ — фракция выброса, ФК — функциональный класс, ХСН — хроническая сердечная недостаточность, ХСНФВ — хроническая сердечная недостаточность со сниженной фракцией выброса левого желудочка, ХСНунФВ — хроническая сердечная недостаточность с сохраненной фракцией выброса левого желудочка, ХСНсФВ — хроническая сердечная недостаточность с умеренно сниженной фракцией выброса левого желудочка, ЧСС — частота сердечных сокращений, β-АБ — бета-адреноблокаторы, NT-proBNP — N-концевой промозговой натрийуретический пептид.

Практические аспекты применения диуретиков

Диуретики вызывают быстрый регресс симптомов ХСН в отличие от других средств терапии ХСН.

Цель терапии — полностью устранить симптомы и признаки задержки жидкости у пациента с ХСН (повышенное давление в яремной вене, периферические отеки, застой в легких); при лечении пациента с ХСН необходимо стремиться достичь состояния эуволемии, даже если при этом будет наблюдаться умеренное бессимптомное снижение функции почек.

Оптимальной дозой диуретика считается та наименьшая доза, которая обеспечивает поддержание пациента в состоянии эуволемии, когда ежедневный прием мочегонного препарата обеспечивает сбалансированный диурез и постоянную массу тела.

Петлевые диуретики фurosемид и торасемид являются наиболее часто используемыми диуретиками при ХСН. В отличие от фurosемида, торасемид обладает антиальдостероновым эффектом и в меньшей степени активирует ренин-ангиотензин-альдостероновую систему. Торасемид замедленного высвобождения в большей степени улучшает качество жизни пациентов с ХСН.

При достижении компенсации рекомендован прием минимально эффективной фиксированной дозы диуретиков. Корректировка дозы производится на основании результатов изменения массы тела при регулярном взвешивании пациента.

При появлении симптомов декомпенсации всегда требуется увеличение дозы или перевод на внутривенное введение диуретика в связи с развитием гипоперфузии и отека кишечника с нарушением всасываемости препарата.

Снижение ответа на диуретическую терапию также может быть обусловлено нарушением солевой диеты и приемом нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП).

Основные аспекты диуретической терапии ХСН представлены в **таблицах 3-5**.

Таблица 3

Алгоритм назначения диуретической терапии

Назначение терапии	Противопоказания к назначению препарата	Применение с осторожностью	Лекарственное взаимодействие
<ul style="list-style-type: none"> • Перед назначением необходим контроль уровня калия и креатинина крови; • у пациентов с симптомами задержки жидкости терапию необходимо начинать с малых доз, постепенно титруя дозу препарата до тех пор, пока потеря веса пациента не составит 0,75-1,0 кг ежедневно; • контроль электролитов, креатинина и мочевины крови через 1-2 нед. после инициации терапии или изменения дозы. 	<ul style="list-style-type: none"> • Отсутствие симптомов и признаков венозного застоя; • аллергические и другие известные неблагоприятные реакции. 	<ul style="list-style-type: none"> • Гипокалиемия (калий <3,5 ммоль/л); • значимая почечная дисфункция при креатинине 221 мкмоль/л или СКФ <30 мл/мин/1,73 м² — может ухудшаться на фоне проводимой диуретической терапии или отсутствовать диуретический эффект на проводимую терапию (особенно тиазидными диуретиками); • симптомная или тяжелая асимптомная гипотония (САД <90 мм рт.ст.) — может ухудшаться из-за гиповолемии, вызванной диуретиками. 	<ul style="list-style-type: none"> • Одновременное применение иАПФ и особенно антагонистов альдостерона предотвращает развитие электролитных нарушений в подавляющем большинстве случаев; • комбинация с валсартаном/сакубитрил, иАПФ, АРА увеличивает риск гипотонии; • комбинация петлевых диуретиков с тиазидными увеличивает риск гипотонии, гипокалиемии и гиповолемии и нарушения функции почек; • применение НПВП приводит к ослаблению диуретического эффекта.

Сокращения: АРА — антагонисты рецепторов ангиотензина II, иАПФ — ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, НПВП — нестероидные противовоспалительные средства, САД — систолическое артериальное давление, СКФ — скорость клубочковой фильтрации.

Таблица 4**Вероятные проблемы, связанные с терапией диуретиками и варианты решения**

Гипотония	Снижение дозы диуретика, если отсутствуют симптомы и признаки венозного застоя
	Оценка необходимости в приеме нитратов, антагонистов кальциевых каналов и других вазодилататоров
	При сохраняющейся гипотонии — консультация врача-кардиолога
Гипокалиемия и гипомагниемия	Повышение дозы валсартана+сакубитрила, иАПФ, АРА
	Добавление к терапии антагониста альдостерона
	Коррекция электролитных нарушений препаратами калия и магния
Гипонатриемия (натрий <135 ммоль/л)	При развитии гипонатриемии на фоне чрезмерного диуретического эффекта: <ul style="list-style-type: none"> • исключить прием тиазидного диуретика; • уменьшить дозу петлевого диуретика; • прекратить диуретическую терапию
	При развитии гипонатриемии на фоне перегрузки объемом: <ul style="list-style-type: none"> • ограничение потребления жидкости до 800-1 000 мл/сут.; • рассмотрение возможности увеличения дозы петлевых диуретиков; • инотропная поддержка; • возможна ультрафильтрация
	При уровне натрия <124 ммоль/л и развитии симптомов гипонатриемии (судороги, оглушение, делирий) рассмотреть вопрос о проведении терапии гипертоническим солевым раствором
Гиперурикемия/подагра	Рассмотреть назначение аллопуринола, исключая период обострения подагры
	Во время острого приступа подагры — назначение колхицина
	Избегать назначения НПВП
Гиповолемия, дегидратация	Оценить наличие явлений застоя
	Уменьшить дозу диуретика
Недостаточный диуретический эффект/рефрактерность к диуретической терапии	Оценить приверженность к проводимой терапии диуретиками и соблюдение водно-солевого режима
	Повысить дозу диуретиков
	Перевести пациента с фуросемида на торасемид
	Добавить антагонист альдостерона или увеличить дозу
	Использовать комбинацию петлевых и тиазидных диуретиков
	Использовать петлевые диуретики дважды в день или более раз
	Рассмотреть возможность инфузии фуросемида
	Рассмотреть возможность ультрафильтрации крови
	Добавить к терапии диуретиками ацетазоламид
Ухудшение функции почек*	Контроль гидробаланса, избегать гиповолемии, дегидратации
	Избегать одновременного назначения других нефротоксичных препаратов (НПВП, триметаприм)
	Прервать прием антагонистов альдостерона
	Отменить прием тиазидных диуретиков в случае их комбинации с петлевым диуретиком
	Заменить тиазидный диуретик на петлевой
	Возможно снижение дозы валсартана/сакубитрила/иАПФ/ARA
	Возможно проведение гемодиализа

Примечание: * — необходимо дифференцировать развитие гипотонии и нарушения функции почек при чрезмерном использовании диуретиков и вследствие нарастания симптомов ХСН. Отличие заключается в отсутствии симптомов задержки жидкости при чрезмерном применении диуретиков. В этом случае гипотония и развитие азотемии обусловлено гиповолемией, что потенцируется сопутствующей терапией иАПФ и β-АБ. Регресс симптомов происходит после временной отмены и последующего уменьшения поддерживающей дозы диуретиков

Сокращения: ARA — антагонисты рецепторов ангиотензина II, иАПФ — ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, НПВП — нестероидные противовоспалительные средства.

Таблица 5**Дозы диуретиков, наиболее часто используемых в лечении пациентов с ХСН**

Наименование группы	Наименование препарата	Начальная доза	Стандартная суточная доза
Петлевые диуретики	Фуросемид	20-40 мг	40-240 мг*
	Торасемид	5-10 мг	10-20 мг
Тиазиды	Гидрохлоротиазид	12,5-25 мг	12,5-100 мг*
Ингибитор карбоангидразы	Ацетазоламид**	250 мг	750 мг
Калийсберегающие диуретики	Спиронолактон	75 мг	100-300 мг*

Примечание: * — указанные верхние границы стандартных суточных доз фуросемида, гидрохлоротиазида, спиронолактона соответствуют курсовому лечению пациентов в стадии обострения на госпитальном этапе и в большинстве случаев требуют снижения, вплоть до отмены, на амбулаторном этапе; **ацетазоламид обладает незначительным диуретическим эффектом, в лечении ХСН применяется для увеличения эффективности петлевых диуретиков и назначается курсовым приемом в дозе 250 мг 3 р/сут. в течение 3-4 дней с двухнедельным перерывом [15, 16].

Практические аспекты применения иНГЛТ-2 (дапаглифлозин/эмпаглифлозин)

иНГЛТ-2 относятся к фармакотерапевтической группе "средства для лечения сахарного диабета" и рекомендованы для лечения ХСН с целью снижения риска сердечно-сосудистой смерти и госпитализации по поводу СН.

Препараты применяются в фиксированных дозировках — 10 мг/сут., вне зависимости от наличия или отсутствия СД. Основные аспекты применения дапаглифлозина/эмпаглифлозина при терапии ХСН представлены в **таблицах 6, 7**.

Следует учитывать, что при применении дапаглифлозина/эмпаглифлозина результаты анализа мочи на глюкозу будут положительными, вследствие специфического механизма действия этих препаратов.

Терапия иНГЛТ-2 увеличивает риск инфекций мочевыводящих путей, что требует особого внимания и динамического контроля для выявления возможных признаков и симптомов урогенитальной инфекции. Для профилактики развития инфекции рекомендуется разъяснить пациенту следующие правила:

1. Соблюдение пищевого режима, рекомендованного лечащим врачом (с учетом целевого уровня глюкозы крови).
2. Регулярное опорожнение мочевого пузыря сразу после возникновения позыва к мочеиспусканию или не реже одного раза каждые 4 ч при отсутствии позывов.
3. Ношение нетесного нижнего белья из натуральных тканей.
4. Соблюдение общих правил гигиены: ежедневной душ (длительный приём ванн не рекомендуется), регулярное подмывание чистой водой или со специальным гелем для интимной гигиены. Подмывание и вытирание промежности следует выполнять в направлении спереди назад.
5. Соблюдение правил интимной гигиены (душ и подмывание) перед и после сексуального контакта, после мочеиспускания.

Таблица 6**Алгоритм назначения дапаглифлозина/эмпаглифлозина**

Назначение терапии	Противопоказания к назначению препарата	Применение с осторожностью	Лекарственное взаимодействие
<ul style="list-style-type: none"> Начало терапии — при стабильной гемодинамике и уровне САД ≥ 95 мм рт.ст.; определение и регулярный мониторинг функции почек (после начала терапии СКФ может незначительно снижаться, однако при длительном приеме препараты обладают ренопротективным эффектом); регулярный мониторинг уровня гликемии, особенно у пациентов с СД; редукция иной гипогликемической терапии при развитии гипогликемии у пациентов с СД; своевременное выявление, оценка и минимизация факторов, предрасполагающих к развитию кетоацидоза: <ul style="list-style-type: none"> низкая функциональная активность β-клеток; снижение дозы инсулина; снижение калорийности потребляемой пищи; повышенная потребность в инсулине вследствие инфекционных заболеваний или хирургических вмешательств; злоупотребление алкоголем; регулярный мониторинг гидробаланса, особое внимание при терапии диуретиками; коррекция дозы диуретиков и контроль потребления жидкости. 	<ul style="list-style-type: none"> СД 1 типа; беременность и грудное вскармливание; СКФ <20 мл/мин/1,73 м²; симптомная гипотония или САД <95 мм рт.ст.; аллергические и другие неблагоприятные реакции, связанные с приемом препарата. 	<ul style="list-style-type: none"> Ввиду развития глюкозурии существует риск развития урогенитальных грибковых инфекций. 	<ul style="list-style-type: none"> Инсулин, производные сульфаниломочевины и другие противодиабетические препараты увеличивают риск развития гипогликемии; диуретики увеличивают риск избыточного диуреза, гиповолемии, дегидратации и, как следствие, гипотонии и преренального ухудшения функции почек.

Сокращения: САД —sistолическое артериальное давление, СД — сахарный диабет, СКФ — скорость клубочковой фильтрации.

Таблица 7**Вероятные проблемы, связанные с терапией дапаглифлозином/эмпаглифлозином и варианты решения**

Урогенитальная инфекция	Обучение пациента правилам личной гигиены Регулярный контроль возможного присоединения урогенитальной инфекции
Гипогликемия	Коррекция сопутствующей гипогликемической терапии Пациентам без СД рекомендуется избегать безуглеводной диеты
Дегидратация, гипотония, преренальная почечная недостаточность	Дапаглифлозин или эмпаглифлозин могут увеличивать диурез в сочетании с валсартаном/сакубитрилом и/или диуретиками Коррекция дозы диуретической терапии и потребления жидкости для поддержания сбалансированного диуреза

Сокращение: СД — сахарный диабет.

Практические аспекты применения антагонистов рецепторов ангиотензина II в комбинации с прочими препаратами (валсартан+сакубитрил)

При назначении валсартана+сакубитрила необходимо стремиться к достижению целевой дозы, или, если это невозможно, максимально переносимой дозы.

У пациентов, госпитализированных по причине декомпенсации ХСН, назначение препаратов возможно после стабилизации состояния и уменьшения застойных явлений и должно быть выполнено до выписки пациента из стационара.

Необходимо информировать пациентов о целях рекомендованной терапии, возможных побочных эффектах, что может повысить приверженность пациента к проводимой терапии.

Рекомендуемая стартовая доза валсартана+сакубитрила при стабильной ХСН и у пациентов, получавших ранее терапию иАПФ или АРА в высоких дозах — 49/51 мг 2 раза в день, целевая доза — 97/103 мг 2 раза в день.

У пациентов, не получавших ранее терапию иАПФ или АРА, или получавших эти препараты в низких дозах, начинать терапию валсартаном+сакубитрилом следует в дозе 25,7/24,3 мг 2 раза в день с медленным повышением дозы.

При инициации терапии при декомпенсации ХСН после стабилизации гемодинамики начальная доза валсартана + сакубитрила — 24/26 мг 2 раза в день.

Перевод на валсартан + сакубитрил осуществляется не ранее чем через 36 ч после приема последней дозы иАПФ.

Прекращение терапии валсартаном + сакубитрилом по каким-либо причинам может привести к ухудшению клинического состояния пациента, что требует отдельного обсуждения с врачом-кардиологом.

Основные аспекты применения валсартана + сакубитрила при терапии ХСН представлены в **таблицах 8, 9**.

Таблица 8

Алгоритм назначения валсартана+сакубитрила

Назначение терапии	Противопоказания к назначению препарата	Применение с осторожностью	Лекарственное взаимодействие, требующее особого внимания
<ul style="list-style-type: none"> Начало терапии рекомендовано при стабильной гемодинамике и уровне САД не менее 90 мм рт.ст.; перед назначением необходим контроль уровня калия и креатинина крови; начало терапии должно осуществляться с малых доз; стартовая доза может быть снижена до 24/26 мг 2 раза в день у пациентов с САД 100-110 мм рт.ст., не принимавших ранее иАПФ/АРА, и СКФ 30-60 мл/мин/1,73 м²; тигривать медленно, удваивать дозу не чаще, чем 1 раз в 2 нед.; контроль уровня АД и выполнение биохимического анализа крови (мочевина, креатинин, калий) через 1-2 нед. после начала и через 1-2 нед. после окончательного титрования дозы; далее выполнение биохимического анализа крови 1 раз в 4 мес. 	<ul style="list-style-type: none"> Ангионевротический отек в анамнезе; ранее выявленный двусторонний стеноз почечных артерий; беременность и грудное вскармливание; СКФ <30 мл/мин/1,73 м²; симптомная гипотония или САД <90 мм рт.ст.; аллергические и другие неблагоприятные реакции, связанные с приемом препарата. 	<ul style="list-style-type: none"> Значимая гиперкалиемия (калий >5,0 ммоль/л); назначение препарата не менее чем через 36 ч от момента отмены иАПФ ввиду опасности развития ангионевротического отека. 	<ul style="list-style-type: none"> Калийсберегающие диуретики; антагонисты альдостерона (спиронолактон, эplerенон); НПВП; Сульфометоксазол + триметоприм; заменители поваренной соли с высоким содержанием калия; ингибиторы ренина.

Сокращения: АРА — антагонисты рецепторов ангиотензина II, АД — артериальное давление, иАПФ — ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, НПВП — нестероидные противовоспалительные средства, САД — систолическое артериальное давление, СКФ — скорость клубочковой фильтрации.

Таблица 9

Вероятные проблемы, связанные с терапией валсартаном + сакубитрилом и варианты решения

Бессимптомная гипотония	Обычно не требует изменений в терапии
Симптомная гипотония	Часто проходит самостоятельно, но рекомендуется дополнительно разъяснить пациенту особенности начального этапа лечения (возможное появление головокружения, дурноты, слабости и снижения АД)*
	При сохраняющихся симптомах следует пересмотреть необходимость применения органических нитратов и других вазодилататоров
	При отсутствии признаков/симптомов застоя жидкости рассмотреть возможность снижения дозы диуретиков
	Если эти меры не решают проблемы — обратиться за консультацией к врачу-кардиологу
Кашель	Кашель может быть побочным эффектом применения валсартана+сакубитрила, иАПФ, может являться симптомом ХСН, может быть связан с курением, другими заболеваниями легких, в том числе злокачественными; кашель также является симптомом отека легких (особенно впервые возникший, усиливающийся за достаточно короткий промежуток времени)
	Если установлено, что кашель связан именно с назначением валсартана+сакубитрила (кашель прекращается при отмене препарата и возвращается при возобновлении терапии), необходимо оценить его интенсивность: <ul style="list-style-type: none">• при редком кашле терапия может быть продолжена;• в остальных случаях валсартан+сакубитрил должен быть заменен на АРА.
Ухудшение функции почек	После начала терапии возможно повышение уровня мочевины, креатинина и калия крови, однако, если эти изменения незначимые и бессимптомные, то нет необходимости вносить изменения в терапию
	При увеличении концентрации калия до 5,5 ммоль/л и снижении СКФ до 30 мл/мин/1,73 м ² необходимо уменьшение дозы препарата в 2 раза
	Если после начала терапии наблюдается чрезмерное увеличение концентрации мочевины, креатинина и калия крови, необходимо отменить все препараты, обладающие возможным нефротоксическим эффектом (например, НПВП), калийсберегающие диуретики; при отсутствии признаков гиперволемии необходимо рассмотреть вопрос об уменьшении дозы петлевых диуретиков, особенно это касается пациентов, находящихся на терапии дапаглифлозином или эмпаглифлозином
	При неэффективности вышеописанных мероприятий — уменьшить дозу препарата в 2 раза с последующим контролем креатинина и калия крови через 2 нед.; только после этого необходимо рассмотреть вопрос о снижении дозы/ отмене antagonистов альдостерона (консультация врача-кардиолога)
	При увеличении уровня калия >6,0 ммоль/л и дальнейшем снижении СКФ следует прекратить прием препарата и обратиться за консультацией к врачам-специалистам (кардиолог, нефролог)
Продолжить мониторирование калия и креатинина крови до их стабилизации	

Примечание: * — при симптомах гипотонии пациенту рекомендуется дать следующие разъяснения (советы):

— Если вы испытываете головокружение утром, попробуйте совершить около десяти движений ногами вперед-назад, прежде чем вставать. Или, возможно, вы найдете полезным свесить ноги с кровати, прежде чем присесть, а затем около минуты посидеть на краю кровати, прежде чем встать.

— Следует избегать быстрого вставания как из положения сидя, так и из наклонного положения, поскольку это может вызвать головокружение. Не торопитесь, позвольте вашему телу приспособиться¹⁴.

Сокращения: АД — артериальное давление, АРА — антигистаминные препараты, иАПФ — ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, НПВП — нестероидные противовоспалительные средства, СКФ — скорость клубочковой фильтрации, ХСН — хроническая сердечная недостаточность.

¹⁴ Рекомендации ESC по диагностике и лечению сердечной недостаточности: что нужно знать пациентам. www.heartfailurematters.org/ru/ (26.02.2025).

Практические аспекты применения ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента

Бессимптомная систолическая дисфункция ЛЖ у пациентов с/без анамнеза инфаркта миокарда относится к предстадии СН, а назначение иАПФ рассматривается как стратегия профилактики развития симптомов ХСН. Для лечения ХСН применяются следующие иАПФ: каптоприл, хинаприл, лизиноприл, периндоприл, рамиприл, спиралоприл, фозиноприл, эналаприл и другие. Основные аспекты применения иАПФ при лечении ХСН представлены в [таблицах 10–12](#).

Необходимо информировать пациентов о целях рекомендованной терапии, возможных побочных эффектах, что может повысить приверженность пациента к проводимой терапии. Прекращение терапии иАПФ по каким-либо причинам может привести к ухудшению клинического состояния пациента, что требует отдельного обсуждения с врачом-кардиологом.

Таблица 10

Алгоритм назначения иАПФ

Назначение терапии	Противопоказания к назначению препарата	Применение с осторожностью	Лекарственное взаимодействие, требующее особого внимания
<ul style="list-style-type: none"> Начало терапии иАПФ рекомендовано при стабильной гемодинамике и уровне САД не менее 85 мм рт.ст.; начинать с низких доз, в случае склонности пациента к гипотонии стартовая доза может быть уменьшена в 2 раза; титровать медленно, удваивать дозу не чаще, чем 1 раз в 2 нед.; всегда стремиться к достижению целевой дозы, или, если это невозможно, максимально переносимой дозы; назначение даже минимальных доз иАПФ всегда лучше, чем их отсутствие; контроль уровня АД и биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, калий) через 1-2 нед. после начала и через 1-2 нед. после окончательного титрования дозы; дальнейшее мониторирование биохимического анализа крови 1 раз в 4 мес. 	<ul style="list-style-type: none"> Ангионевротический отек в анамнезе; сухой кашель и аллергические реакции; ранее выявленный двусторонний стеноз почечных артерий; беременность. 	<ul style="list-style-type: none"> Значимая гиперкалиемия (калий >5,0 ммоль/л); значимые нарушения функции почек (уровень креатинина >221 мкмоль/л или >2,5 мг/дл) или СКФ <30 мл/мин/1,73 м²; симптомная или выраженная бессимптомная артериальная гипотония (САД <90 мм рт.ст.). 	<ul style="list-style-type: none"> Калийсберегающие диуретики; антагонисты алостерона (спиронолактон, эplerенон); АРА; НПВП; Сульфометоксазол + триметоприм; заменители поваренной соли с высоким содержанием калия; ингибиторы ренина.

Сокращения: АРА — антагонисты рецепторов ангиотензина II, иАПФ — ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, НПВП — нестероидные противовоспалительные средства, САД — систолическое артериальное давление, СКФ — скорость клубочковой фильтрации.

Таблица 11**Вероятные проблемы, связанные с терапией иАПФ и варианты решения**

Бессимптомная гипотония	Обычно не требует изменений в терапии
Симптомная гипотония	Часто проходит самостоятельно, но рекомендуется дополнительно разъяснить пациенту особенности начального этапа лечения (возможное появление головокружения, дурноты, слабости и снижения АД)
	При сохраняющихся симптомах следует пересмотреть необходимость применения органических нитратов и других вазодилататоров, сместить прием иАПФ на вечерние часы
	При отсутствии признаков/симптомов застоя жидкости рассмотреть возможность снижения дозы диуретиков
	Если эти меры не решают проблемы — обратиться за консультацией к врачу-кардиологу
Кашель	Кашель может быть побочным эффектом применения иАПФ, может являться симптомом ХСН, может быть связан с курением, другими заболеваниями легких, в том числе злокачественными; кашель также является симптомом отека легких (особенно впервые возникший, усиливающийся за достаточно короткий промежуток времени)
	Если установлено, что кашель связан именно с назначением иАПФ (кашель прекращается при отмене препарата и возвращается при возобновлении терапии), необходимо оценить его интенсивность: <ul style="list-style-type: none">• при редком кашле терапия может быть продолжена;• в остальных случаях иАПФ должен быть заменен на валсартан+сакубитрил или АРА
Ухудшение функции почек	После начала терапии возможно повышение уровня мочевины, креатинина и калия крови, однако, если эти изменения незначимые и бессимптомные, то нет необходимости вносить изменения в терапию
	После начала терапии иАПФ допустимо: <ul style="list-style-type: none">• увеличение уровня креатинина на 50% от исходных значений или до 226 мкмоль/л (3,0 мг/дл);• снижение СКФ до 25 мл/мин/1,73 м²;• увеличение калия до уровня ≤5,5 ммоль/л
	Если после начала терапии наблюдается чрезмерное увеличение концентрации мочевины, креатинина и калия крови, необходимо отменить все препараты, обладающие возможным нефротоксическим эффектом (например, НПВП), калийсберегающие диуретики
	При отсутствии признаков гиперволемии необходимо рассмотреть вопрос об уменьшении дозы петлевых диуретиков; перевести пациента на прием иАПФ с двойным путем выведения (печень-почки) — фозиноприл, рамиприл
	При неэффективности вышеописанных мероприятий — уменьшить дозу препарата в 2 раза с последующим контролем креатинина и калия крови через 2 нед.; только после этого необходимо рассмотреть вопрос о снижении дозы/отмене антагонистов альдостерона (консультация врача-кардиолога)
	При увеличении концентрации калия >5,5 ммоль/л, креатинина более чем на 100% или до уровня 310 мкмоль/л (3,5 мг/д), или снижения СКФ <20 мл/мин/1,73 м ² , следует прекратить прием иАПФ и обратиться за консультацией к врачам-специалистам (кардиолог, нефролог)
	Необходим тщательный контроль биохимических показателей крови до их нормализации

Сокращения: АД — артериальное давление, АРА — антагонисты рецепторов ангиотензина II, иАПФ — ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, НПВП — нестероидные противовоспалительные средства, СКФ — скорость клубочковой фильтрации, ХСН — хроническая сердечная недостаточность.

Таблица 12**Дозы иАПФ, используемых в лечении пациентов с ХСН**

Наименование препарата	Начальная доза	Максимальная доза
Каптоприл	6,25 мг 3 раза в день	50 мг 3 раза в день
Эналаприл	2,5 мг 1-2 раза в день	10-20 мг 2 раза в день
Лизиноприл	2,5-5 мг 1 раз в день	20 мг 1 раз в день
Рамиприл	1,25 мг 1 раз в день	5 мг 2 раза в день либо 10 мг 1 раз в день
Хинаприл	5 мг 1-2 раза в день	20 мг 2 раза в день
Фозиноприл	5 мг 1-2 раза в день	10-40 мг в день
Периндоприл	2,5 мг 1 раз в день	10 мг 1 раз в день

Практические аспекты применения АРА

Применение АРА для снижения риска госпитализации из-за ХСН и смерти рекомендуется только в случае непереносимости валсартана + сакубитрила/иАПФ. При лечении ХСН применяется валсартан, а также другие АРА (кандесартан, лозартан). Основные аспекты назначения АРА при лечении ХСН представлены в [таблицах 13–15](#).

Таблица 13

Дозы АРА, используемых в лечении пациентов с ХСН

Наименование препарата	Начальная доза	Целевая доза
Валсартан	40 мг 2 раза в день	160 мг 2 раза в день
Кандесартан	4 мг 1 раз в день	32 мг 1 раз в день
Лозартан	12,5 мг 1 раз в день	150 мг 1 раз в день

Таблица 14

Алгоритм назначения АРА

Назначение терапии	Противопоказания к назначению препарата	Применение с осторожностью	Лекарственное взаимодействие, требующее особого внимания
<ul style="list-style-type: none"> Начало терапии с низких доз; увеличение дозы вдвое не чаще чем 1 раз в 2 нед.; титрование до целевой дозы или максимально переносимой; предпочтительно назначение хотя бы небольших доз АРА, нежели не назначить в принципе; мониторинг уровня АД и биохимических показателей крови (мочевина, креатинин, калий); биохимическое исследование крови необходимо проводить через 1-2 нед. от начала подбора дозы АРА и спустя 1-2 нед. после завершения титрования дозы. 	<ul style="list-style-type: none"> Ангионевротический отек в двухсторонний стеноз почечных артерий; известная непереносимость АРА; беременность и кормление грудью. 	<ul style="list-style-type: none"> Склонность к развитию гиперкалемии (калий >5,0 ммоль/л); выраженное нарушение функции почек (креатинин >221 мкмоль/л или >2,5 мг/дл); симптомная или тяжелая бессимптомная гипотония. 	<ul style="list-style-type: none"> Препараты калия; калийсберегающие диуретики; антагонисты альдостерона (спиронолактон, эplerенон); иАПФ; НПВП.

Сокращения: АД — артериальное давление, АРА — антагонисты рецепторов ангиотензина II, иАПФ — ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, НПВП — нестероидные противовоспалительные средства.

Таблица 15

Вероятные проблемы, связанные с терапией АРА и варианты решения

Бессимптомная гипотония	Обычно не требует изменений в терапии
Симптомная гипотония	При наличии головокружения, дурноты, слабости и снижения АД следует пересмотреть необходимость применения органических нитратов и других вазодилататоров
	При отсутствии признаков/симптомов застоя жидкости рассмотреть возможность снижения дозы диуретиков
	Если эти меры не решают проблемы — обратиться за консультацией к врачу-кардиологу
Ухудшение функции почек	На начальном этапе терапии АРА допустимо: <ul style="list-style-type: none"> • повышение уровня мочевины; • увеличение уровня креатинина на 50% от исходных значений или до 226 мкмоль/л (3,0 мг/дл); • снижение СКФ до 25 мл/мин/1,73 м²; • повышение уровня калия до 5,5 ммоль/л
	Если после начала терапии наблюдается чрезмерное увеличение концентрации мочевины, креатинина и калия крови, необходимо отменить все препараты, обладающие возможным нефротоксическим эффектом (например, НПВП), калийсберегающие диуретики, уменьшить дозу АРА в 2 раза. Только после этого рассмотреть вопрос об отмене АРА (рекомендована консультация врача-кардиолога)
	При увеличении концентрации калия >5,5 ммоль/л, креатинина более чем на 100% или до уровня 310 мкмоль/л (3,5 мг/дл) или снижении СКФ <20 мл/мин/1,73 м ² , следует прекратить прием АРА и обратиться за консультацией к врачам-специалистам (кардиолог, нефролог)
	Повторное выполнение биохимического исследования крови необходимо в течение 1-2 нед.
Тщательный контроль биохимических показателей крови до их нормализации	

Сокращения: АД — артериальное давление, АРА — антагонисты рецепторов ангиотензина II, НПВП — нестероидные противовоспалительные средства, СКФ — скорость клубочковой фильтрации.

Практические аспекты применения β-АБ

Назначение β-АБ при ХСН рекомендуется с целью снижения частоты госпитализаций и риска смерти, а также пациентам после перенесенного инфаркта миокарда и с наличием систолической дисфункции ЛЖ.

Когда можно начинать терапию β-АБ:

- у всех пациентов стабильной ХСН (решение о возможности назначения β-АБ пациентам с тяжелой ХСН IV ФК принимается врачом-кардиологом);
- назначение терапии β-АБ не рекомендуется у нестабильных пациентов с декомпенсированной ХСН.

β-АБ не следует отменять внезапно без крайней необходимости (есть риск развития синдрома "рикошета", усиления ишемии/развития инфаркта миокарда, аритмии), в этой связи решение о прекращении лечения рекомендуется согласовать с врачом-кардиологом.

Основные аспекты назначения β-АБ при лечении ХСН представлены в **таблицах 16-18**.

Таблица 16

Алгоритм назначения β-АБ

Назначение терапии	Противопоказания к назначению препарата	Применение с осторожностью	Лекарственное взаимодействие, требующее особого внимания
<ul style="list-style-type: none"> • Начало терапии с низких доз; • титровать медленно, удваивать дозу не чаще, чем 1 раз в 2 нед.; • всегда стремиться к достижению целевой дозы или, если это невозможно, максимально переносимой дозы; • назначение самых малых доз β-АБ всегда лучше, нежели отсутствие терапии β-АБ в принципе; • необходимо регулярно контролировать ЧСС, АД, клиническое состояние (особенно симптомы застоя жидкости, массу тела); • необходим регулярный (ежедневный) контроль веса пациента — в случае его резкого увеличения необходимо незамедлительное увеличение дозы мочегонных вплоть до достижения пациентом исходных показателей массы тела. 	<ul style="list-style-type: none"> • Симптомная брадикардия (ЧСС <50 уд./мин); • симптомная гипотония (САД <85 мм рт.ст.); • атриовентрикулярная блокада II и более степени; • тяжелый облитерирующий атеросклероз; • бронхиальная астма (возможно назначение кардиоселективных β-АБ с оценкой риска/ пользы для пациента с мониторингом контроля симптомов бронхиальной астмы и характеристик обструкции дыхательных путей (спирометрия с бронходилатационным тестом); консультация врача-пульмонолога при необходимости; • аллергические и другие известные неблагоприятные реакции, связанные с препаратом. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ухудшение симптомов ХСН в настоящее время, или в течение 4 предыдущих недель (например, госпитализация по поводу нарастания симптомов ХСН); • нарушения проводимости или наличие брадикардии <60 уд/мин.; • гипотония (бессимптомная)/ низкое АД (САД <90 мм рт.ст.); • наличие симптомов декомпенсации (сохранение признаков застоя жидкости, повышенного давления в яремной вене, асцита, периферических отеков): <ul style="list-style-type: none"> — назначение β-АБ не рекомендовано, но продолжение терапии целесообразно (если β-АБ уже были назначены ранее), при необходимости, в уменьшенной дозе; — при наличии симптомов выраженной гипоперfusionи возможна полная отмена β-АБ, с последующим обязательным возобновлением при стабилизации состояния. 	<ul style="list-style-type: none"> • Верапамил/дилтиазем (прием этих препаратов должен быть прекращен); • дигоксин; • амиодарон; • ивабрадин.

Сокращения: АД — артериальное давление, САД — систолическое артериальное давление, ХСН — хроническая сердечная недостаточность, ЧСС — частота сердечных сокращений, β-АБ — бета-адреноблокаторы.

Таблица 17**Вероятные проблемы, связанные с терапией β-АБ и варианты решения**

Нарастание симптомов/признаков ХСН (например, усиление одышки, усталости, отеков, увеличение веса)	При нарастании признаков застоя жидкости необходимо увеличить дозу диуретика и/или вдвое уменьшить дозу β-АБ (при неэффективности увеличения дозы диуретика)
Выраженная слабость	Вдвое уменьшить дозу β-АБ
Брадикардия	При ЧСС <50 уд./мин и утяжелении симптомов ХСН рекомендовано вдвое сократить дозу β-АБ. При наличии выраженного ухудшения возможна полная отмена препарата (требуется редко) Обязательна регистрация ЭКГ для исключения развития блокад и нарушений проводимости сердца Необходимо решить вопрос о целесообразности применения других лекарственных препаратов, способных также влиять на ЧСС, например, дигоксина, ивабрадина, амиодарона Обратиться за консультацией врача-кардиолога
Бессимптомная гипотония	Как правило, не требует никаких изменений в терапии
Симптомная гипотония	Оценить необходимость приема (прекратить или уменьшить дозу) органических нитратов, антагонистов кальциевых каналов и других вазодилататоров При отсутствии признаков/симптомов застоя жидкости рассмотреть возможность снижения дозы диуретиков Если эти меры не решают проблемы — обратиться за консультацией к врачу-кардиологу

Сокращения: ХСН — хроническая сердечная недостаточность, ЧСС — частота сердечных сокращений, ЭКГ — электрокардиография, β-АБ — бета-адреноблокаторы.

Таблица 18**Дозы β-АБ, используемых в лечении пациентов с ХСН**

Наименование препарата	Начальная доза	Целевая доза
Бисопролол	1,25 мг 1 раз в день	10 мг 1 раз в день
Карведилол	3,125 мг 2 раза в день	25-50 мг 2 раза в день
Метопролол (таблетки пролонгированного действия)	12,5-25 мг 1 раз в день	200 мг 1 раз в день
Небиволол	1,25 мг 1 раз в день	10 мг 1 раз в день

Практические аспекты применения антагонистов альдостерона

При применении антагонистов альдостерона возможно развитие гиперкалиемии ($\geq 6,0$ ммоль/л), особенно этот риск повышается при комбинированном применении с иАПФ/АРА.

Основные аспекты назначения антагонистов альдостерона при лечении ХСН представлены в **таблицах 19–21**.

Таблица 19

Алгоритм назначения антагонистов альдостерона

Назначение терапии	Противопоказания к назначению препарата	Применение с осторожностью	Лекарственное взаимодействие, требующее особого внимания
<ul style="list-style-type: none"> Перед началом терапии оценить уровень калия и креатинина крови; начинать лечение необходимо с малых доз; в ходе лечения контроль калия и креатинина крови: <ul style="list-style-type: none"> через 1, 4, 8 и 12 нед.; 6, 9 и 12 мес.; далее каждые 4 мес.; если при применении стартовых доз антагонистов альдостерона происходит увеличение концентрации калия крови $>5,5$ ммоль/л или креатинина >221 мкмоль/л (2,5 мг/дл) или снижения СКФ <30 мл/мин/1,73 м² необходимо уменьшить дозу препарата в 2 раза и тщательно мониторировать калий и креатинин крови; при увеличении концентрации калия $\geq 6,0$ ммоль/л или креатинина >310 мкмоль/л (3,5 мг/дл) или снижения СКФ <20 мл/мин/1,73 м² необходимо немедленно прекратить лечение спиронолактоном или эplerеноном и обратиться за консультацией к врачам-специалистам (кардиолог, nefролог). 	<ul style="list-style-type: none"> Аллергические и другие известные неблагоприятные реакции, связанные с препаратом. повышение уровня калия $>6,0$ ммоль/л, повышение уровня креатинина >310 мкмоль/л (3,5 мг/дл) или снижения СКФ <20 мл/мин/1,73 м². 	<ul style="list-style-type: none"> До назначения антагонистов альдостерона концентрация калия в крови $>5,0$ ммоль/л; выраженное нарушение функции почек (креатинин крови >221 мкмоль/л или 2,5 мг/дл или снижение СКФ <30 мл/мин/1,73 м²). 	<ul style="list-style-type: none"> Препараторы, содержащие добавки калия; калийсберегающие диуретики; "низкосолевые" заменители с высоким содержанием калия; валсартан/ сакубитрил; иАПФ; АРА; НПВП; сульфометоксазол+ триметоприм; при использовании эplerенона — сильные ингибиторы CYP3A4 (например, кетоконазол, итраконазол, кларитромицин, ритонавир).

Сокращения: АРА — антагонисты рецепторов ангиотензина II, иАПФ — ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, НПВП — нестероидные противовоспалительные средства, СКФ — скорость клубочковой фильтрации.

Таблица 20**Вероятные проблемы, связанные с терапией антагонистами альдостерона и варианты решения**

Гиперкалиемия	Наиболее опасно развитие выраженной гиперкалиемии $\geq 6,0$ ммоль/л
	Предрасполагающими факторами являются: • "высокая нормальная" концентрация калия; • прием дигоксина; • наличие СД; • пожилой возраст; • комбинированная терапия (иАПФ/АРА).
	Важно исключить все препараты, способные задерживать калий или оказывать нефротоксическое действие (НПВП)
	Риск развития гиперкалиемии на фоне терапии иАПФ выше, чем при применении валсартана+сакубитрила
Гинекомастия Дис- и аменорея	На фоне длительного приема спиронолактона возможно развитие симптомов гинекомастии/ дискомфорта в области грудных желез у мужчин, дис- и аменореи у женщин. В этом случае рекомендована отмена препарата и его замена на селективный антагонист альдостерона — эplerенон

Сокращения: АРА — антагонисты рецепторов ангиотензина II, иАПФ — ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, НПВП — нестероидные противовоспалительные средства, СД — сахарный диабет.

Таблица 21**Дозы антагонистов альдостерона, используемых в лечении пациентов с ХСН**

Наименование препарата	Начальная доза	Целевая доза	Максимальная доза
Спиронолактон	25 мг 1 раз в день	25-50 мг 1 раз в день	200 мг в день
Эplerенон	25 мг 1 раз в день	50 мг 1 раз в день	50 мг в день

Применение сердечных гликозидов

Назначение сердечных гликозидов пациентам с ХСН не улучшает их прогноз, тем не менее, снижает частоту госпитализаций из-за ХСН, выраженность симптомов ХСН и улучшает качество жизни. Из существующих препаратов рекомендован дигоксин, эффективность и безопасность других сердечных гликозидов при ХСН изучена недостаточно.

Применение дигоксина в ряде случаев может только дополнять терапию β -АБ, иАПФ/валсартаном + сакубитрилом/АРА, антагонистами альдостерона, дапаглифлозином/эмпаглифлозином и диуретиками.

У пациентов с ХСН и фибрилляцией предсердий дигоксин может применяться для урежения сердечного ритма как в сочетании с β -АБ, так и самостоятельно.

Оптимальной дозой дигоксина для лечения пациентов с ХСН считается 0,125-0,25 мг/сут.

При длительном лечении необходимо ориентироваться на концентрацию дигоксина в крови, которая должна находиться в безопасных пределах. Оптимальной концентрацией у пациентов с ХСН является интервал от 0,8 до 1,1 нг/мл (<1,2 нг/мл).

Доза дигоксина должна быть уменьшена (контроль концентрации) при снижении скорости клубочковой фильтрации (СКФ) у пожилых пациентов и женщин.

Из-за вероятности развития желудочковых аритмий и нарушения атриовентрикулярной проводимости необходим контроль электролитов крови, функции почек, электрокардиография.

Применение верицигуата

Препарат относится к группе стимуляторов растворимой гуанилатциклазы. Рекомендован при ухудшении состояния пациентов высокого риска, находящихся на оптимальной терапии ХСН, для снижения частоты госпитализаций и рисков смерти. Решение о назначении верицигуата принимается при участии врача-кардиолога.

Приложение 8

Лечение пациентов с ХСН и сочетанной патологией

Адаптировано из клинических рекомендаций Минздрава России "Хроническая сердечная недостаточность", 2024 [1]

Наличие у пациента с ХСН сочетанной патологии может влиять на особенности его ведения. Это связано с несколькими причинами:

- наличие поражения других органов может являться значимым неблагоприятным прогностическим фактором;
- требующаяся при этом лекарственная терапия может неблагоприятно влиять либо на течение ХСН, либо на сопутствующие заболевания;
- при сочетанном приеме нескольких групп лекарственных препаратов могут выявляться серьезные лекарственные взаимодействия.

Следует отметить, что для ведения таких групп пациентов применяются общие подходы к диагностике и лечению, за исключением особых ситуаций, описанных ниже.

Особенности лечения пациентов с ХСН и фибрилляцией предсердий (ФП) [10]

Вне зависимости от ФВ ЛЖ у всех пациентов с ХСН и ФП рекомендуется:

- выявить потенциально корректируемые причины:
 - гипо- или гипертреоидизм;
 - электролитные нарушения;
 - неконтролируемая АГ;
 - наличие порока митрального клапана;
- выявить провоцирующие факторы, определяющие основную тактику ведения пациента:
 - хирургическое вмешательство;
 - инфекция дыхательных путей;
 - обострение или плохой контроль бронхиальной астмы (БА)/хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), дыхательной недостаточности, нарушений дыхания во сне;
 - остшая ишемия миокарда;
 - злоупотребление алкоголем;
- оценить риск развития ишемического инсульта и тромбоэмбологических осложнений (ТЭО) и необходимость назначения антикоагулянтной терапии;
- оценить частоту сокращений желудочков и необходимость ее контроля;
- оценить выраженность симптомов ФП и ХСН.

Для установления риска и необходимости профилактики инсульта и артериальных ТЭО у пациентов с ФП рекомендовано использовать шкалу CHA₂DS₂-VASc ([таблица 22](#)).

Постоянный прием пероральных антикоагулянтов с целью профилактики тромбоэмбологических осложнений 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 CHA₂DS₂-VASc ≥ 2 и пациентам женского пола с суммой баллов по шкале CHA₂DS₂-VASc ≥ 3 .

При отсутствии умеренного или тяжелого митрального стеноза, механических протезов клапанов сердца, мужчинам с суммой баллов по шкале CHA₂DS₂-VASc =1 и женщинам с суммой баллов =2, имеющим невысокий риск инсульта/ТЭ, назначение пероральных антикоагулянтов осуществляется с учетом индивидуальных особенностей (включая наличие дополнительных факторов риска, не входящих в состав шкалы CHA₂DS₂-VASc).

У пациентов с ФП и первоначально низким риском инсульта по шкале CHA₂DS₂-VASc переоценка риска инсульта должна быть проведена через 4-6 мес. после первичной оценки.

Основными антитромботическими препаратами для профилактики инсульта и системных эмболий у пациентов с ФП являются пероральные антикоагулянты. К ним относятся антагонисты витамина К (варфарин) и прямые пероральные антикоагулянты (ПОАК) (прямой ингибитор тромбина — дабигатрана этексилат, ингибиторы фактора Xa — апиксабан и ривароксабан). Выбор антитромботической терапии основывается на абсолютных рисках инсульта/ТЭО и кровотечения, а также совокупного клинического преимущества для данного пациента.

Таблица 22

**Факторы риска инсульта и системных эмболий у пациентов с ФП
и их значимость в баллах (шкала CHA₂DS₂-VASc)**

Факторы риска тромбоэмболических осложнений	Оценка в баллах
"С" — хроническая сердечная недостаточность/дисфункция левого желудочка	1
"Н" — артериальная гипертония	1
"А" — возраст ≥75 лет	2
"Д" — диабет	1
"С" — 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

Пациентам с ХСН и ФП рекомендовано назначение ПОАК (при отсутствии противопоказаний) в связи с меньшим риском развития инсульта, геморрагических интракраниальных осложнений и смерти. ПОАК противопоказаны при наличии умеренного или тяжелого митрального стеноза, механических протезов клапанов сердца, выраженном нарушении функции почек, антифосфолипидном синдроме — у таких пациентов следует использовать только антагонисты витамина К (варфарин) с целевым международным нормализованным отношением (МНО) 2,0-3,0. При механических протезах клапанов сердца целевое МНО определяется типом протеза и его локализацией; при протезах митрального клапана оно должно быть не менее 2,5, аортального — не менее 2,0.

Обследование пациентов с ФП перед назначением антикоагулянтной терапии:

- при назначении любого антикоагулянта рекомендовано провести обследование, направленное на исключение анемии и тромбоцитопении, определение функции печени и почек (при планируемом назначении ПОАК — с обязательным расчетом клиренса креатинина), выявление потенциальных источников кровотечений;
- особое внимание необходимо обращать на наличие эрозивно-язвенного поражения желудочно-кишечного тракта, заболеваний печени, мочекаменной болезни и воспалительных заболеваний мочеполовой системы, хронического геморроя, злокачественных новообразований, миомы матки, аневризмы аорты и ее ветвей, включая интракраниальные артерии;
- всем пациентам с гематурией показано проведение ультразвукового исследования почек и мочевыводящих путей для исключения мочекаменной болезни, опухолей, воспалительных заболеваний и т.п.;
- женщинам с анамнезом аномальных маточных геморрагий показан осмотр врача-гинеколога с целью исключения дисфункциональных кровотечений и опухолей как причины кровотечений;
- для исключения анемии и тромбоцитопении всем пациентам перед назначением ПОАК рекомендовано проведение развернутого клинического анализа крови (с определением уровня гемоглобина, количества эритроцитов, количества тромбоцитов);
- для исключения патологии печени — определение уровня гепатоспецифических ферментов (аспартатаминотрансферазы, аланинаминотрансферазы), общего билирубина, общего белка;
- для выявления хронической болезни почек и определения ее стадии — определение уровня креатинина крови с расчетом клиренса креатинина по формуле Кокрофта-Голта;
- для исключения нарушения синтеза факторов свертывания в печени — определение исходного значения МНО.

Профилактика ФП у пациентов с ХСН:

- пациентам с ХСН рекомендована терапия валсартаном + сакубитрилом/иАПФ или АРА, β-АБ, антагонистами альдостерона, дапаглифлозином/эмпаглифлозином, в том числе для снижения частоты возникновения ФП;
- применение амиодарона рекомендовано у пациентов с пароксизмальной формой ФП в случае неэффективности терапии β-АБ для контроля симптомов (перед назначением амиодарона целесообразно выполнение рентгенологического исследования легких, оценки уровня ТТГ и гормонов щитовидной железы).

Основные аспекты ДН пациентов с ФП изложены в методических рекомендациях "Диспансерное наблюдение пациентов с фибрилляцией и трепетанием предсердий врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения" [10].

Особенности лечения пациентов с ХСН и желудочковыми нарушениями ритма

Пациентам с ХСН рекомендуется коррекция факторов, провоцирующих или ухудшающих течение желудочковых аритмий (ЖА) (коррекция нарушений электролитов, отмена препаратов, провоцирующих ЖА) с целью лечения и профилактики аритмий.

Пациентам с ХСНнФВ и ЖА рекомендована оптимизация доз валсартана+сакубитрила/иАПФ/АРА, β-АБ, антагонистов альдостерона с целью снижения риска внезапной сердечной смерти.

Рутинное назначение антиаритмических препаратов I и III классов не рекомендуется пациентам с ХСН и бессимптомными ЖА по соображениям безопасности (риск декомпенсации ХСН, проаритмогенный эффект или смерть).

Применение антиаритмических препаратов IA и IC классов не рекомендуется у пациентов со сниженной ФВ для лечения и профилактики ЖА.

Пациентам с ХСН рекомендовано назначение амиодарона в дополнение к терапии β-АБ для лечения повторных симптомных устойчивых мономорфных желудочковых тахикардий.

Лечение пациентов с ХСН и желудочковыми нарушениями ритма сердца рекомендуется согласовать с врачом-кардиологом.

Особенности лечения пациентов с ХСН и АГ

АГ является одним из основных этиологических факторов ХСН. Доказано, что антигипертензивная терапия значительно улучшает исходы и симптоматику ХСН.

Терапия иАПФ (при непереносимости — АРА) или валсартаном + сакубитрилом, β-АБ или антагонистами альдостерона (или комбинация) является безопасной у пациентов с ХСНнФВ и ХСНунФВ.

Тиазидные или петлевые диуретики рекомендуются для усиления антигипертензивной терапии при недостаточной антигипертензивной эффективности применения комбинации иАПФ/валсартана + сакубитрила/ARA, β-АБ и антагонистов альдостерона.

Назначение амлодипина/фелодипина может быть рекомендовано для усиления антигипертензивной терапии при недостаточной антигипертензивной эффективности применения комбинации иАПФ/валсартана + сакубитрила/ARA, β-АБ, антагонистов альдостерона и диуретиков. Амлодипин и фелодипин не влияют на прогноз пациентов с СН и являются эффективными препаратами для лечения АГ.

Назначение дилтиазема и верапамила не рекомендуется пациентам с ХСНнФВ из-за их отрицательного инотропного действия и риска ухудшения ХСН.

Моксонидин не рекомендуется пациентам с ХСНнФВ вследствие увеличения риска смерти.

Назначение альфа-адреноблокаторов не рекомендуется для снижения уровня артериального давления пациентам с ХСНнФВ и АГ из-за возможной нейрогормональной активации, задержки жидкости и ухудшения клинической симптоматики.

Особенности лечения пациентов с ХСН и дислипидемиями

Начало гиполипидемической терапии ингибиторами ГМГ-КоА редуктазы пациентам с ХСН II-IV ФК не рекомендуется, так как не влияет на прогноз, если у пациентов нет других показаний к назначению этих препаратов. В то же время такая терапия безопасна и ее продолжение может быть рассмотрено у пациентов, которые ее уже получают.

Особенности лечения пациентов с ХСН и стенокардией напряжения

β -АБ рекомендуются в качестве антиангинальных препаратов 1-й линии у пациентов с ХСН и стенокардией напряжения в связи с их способностью не только уменьшать симптомы стенокардии, но и снижать частоту госпитализаций из-за ХСН и риск смерти.

При недостаточной эффективности β -АБ (при достижении максимальной дозировки) или их непереносимости у пациентов с синусовым ритмом (частота сердечных сокращений (ЧСС) ≥ 70 /мин) к терапии рекомендуется добавить **ивабрадин** с антиангинальной целью, как рекомендованное средство при лечении СН.

Триметазидин рекомендуется назначать пациентам с ХСНнФВ при сохранении приступов стенокардии, несмотря на терапию β -АБ и/или ивабрадином, как эффективное средство, безопасное при СН. Противопоказаниями к назначению триметазидина является болезнь Паркинсона, синдром паркинсонизма, выраженная почечная недостаточность (СКФ < 30 мл/мин/1,73 м²).

Ранолазин может быть рекомендован пациентам с ХСНнФВ при сохранении приступов стенокардии, на фоне терапии β -АБ и/или ивабрадином как альтернатива триметазидину.

Органические нитраты являются эффективными антиангинальными средствами безопасными при ХСН и могут быть рекомендованы пациентам с ХСНнФВ при сохранении приступов стенокардии, несмотря на терапию β -АБ и/или ивабрадином.

Никорандил может быть рекомендован пациентам с ХСНнФВ при сохранении приступов стенокардии, на фоне терапии β -АБ и/или ивабрадином как альтернатива органическим нитратам.

Амлодипин или фелодипин могут быть рекомендованы пациентам с ХСНнФВ при сохранении приступов стенокардии, несмотря на терапию β -АБ и/или ивабрадином как эффективные антиангинальные средства, безопасные при ХСН.

Назначение **дилтиазема и верапамила не рекомендуется** пациентам с ХСНнФВ из-за отрицательного инотропного действия и риска ухудшения ХСН.

Пациентам с ХСНнФВ рекомендуется рассмотреть возможность выполнения **коронарной реваскуляризации** (стентирование коронарной артерии, коронарное шунтирование в условиях искусственного кровообращения, транслюминальная баллонная ангиопластика со стентированием коронарных артерий) для облегчения симптомов стенокардии напряжения (или эквивалента) с анатомией коронарных артерий, подходящей для реваскуляризации, несмотря на оптимальную медикаментозную терапию, включая антиангинальные препараты.

У пациентов с ХСНнФВ и ишемической болезнью сердца рекомендуется рассмотреть возможность реваскуляризации миокарда после тщательной оценки индивидуального соотношения "риск/польза" с учетом коронарной анатомии (проксимальные стенозы $> 90\%$ крупных артерий, стеноз ствола левой коронарной артерии или передней нисходящей артерии), сопутствующих заболеваний, ожидаемой продолжительности жизни и мнения пациента.

Особенности лечения пациентов с ХСН и СД

При лечении пациентов с ХСН и СД назначение проводится по тем же принципам и с соблюдением тех же правил использования препаратов, как при стандартном лечении ХСН, включая β -АБ.

Пациентам с ХСНнФВ в сочетании с СД 2 типа рекомендованы препараты **дапаглифлозин и эмпаглифлозин** для снижения риска госпитализаций по поводу ХСН и смерти от сердечно-сосудистых причин.

Метформин рекомендован пациентам с ХСН в сочетании с СД 2 типа для гликемического контроля при отсутствии противопоказаний (метформин противопоказан пациентам с выраженной почечной (СКФ <30 мл/мин/1,73 м²) и печеночной недостаточностью из-за риска развития лактоацидоза).

Для коррекции гипергликемии у пациентов с ХСН II-IV ФК не рекомендуется использовать **тиазолидиндионы**, так как эти препараты вызывают задержку жидкости и увеличивают риск обострений ХСН.

Ингибиторы дипептидилпептидазы-4:

— **саксаглиптин не рекомендован** для лечения СД у пациентов с ХСН или имеющих повышенный риск ее развития, так как приводит к увеличению риска госпитализации по поводу ХСН;

— **ситаглиптин и линаглиптин** могут быть рекомендованы для лечения СД 2 типа у пациентов с ХСН, так как являются безопасными при ХСН и не влияют на риск госпитализации по поводу ХСН.

Аналоги глюкагоноподобного пептида-1 могут быть рекомендованы для лечения СД 2 типа у пациентов с ХСН, так как являются безопасными при ХСН и не влияют на риск госпитализации по поводу ХСН.

Принимая во внимание высокую частоту развития **ХБП у пациентов с СД 2 типа**, следует рассмотреть современный подход к тройной кардионефропроективной терапии у данной категории пациентов, подразумевающий сочетанное назначение ингибиторов ренин-ангиотензиновой системы, нестероидного антагониста минералокотикоидных рецепторов, а также ИНГЛТ-2. В связи с этим для снижения риска прогрессирования дисфункции почек и кардиоваскулярных событий у пациентов с СД 2 типа и ХБП с альбуминурией и расчетной СКФ ≥25 мл/мин/1,73 м² рекомендуется применять финеренон как единственный нестероидный антагонист минералокотикоидных рецепторов с надежной доказательной базой в данной группе пациентов [17, 18]. С учетом доказательной базы по снижению риска сердечно-сосудистых катастроф нестероидный антагонист минералокотикоидных рецепторов финеренон также рекомендуется для первичной и вторичной профилактики госпитализаций по поводу СН у пациентов с ХБП на фоне СД 2 типа [19-21].

Таблица 23

Препараты, рекомендованные для лечения СД 2 типа у пациентов с ХСН

Название препарата	Стартовая доза	Максимальная доза
Метформин	1 000 мг/сут.	3 000 мг/сут.
Дапаглифлозин	10 мг/сут.	10 мг/сут.
Эмпаглифлозин	10 мг/сут.	25 мг/сут.
Канаглифлозин	100 мг/сут.	300 мг/сут.

Особенности лечения пациентов с ХСН и хроническими болезнями органов дыхания [22]

ХСН и ХОБЛ^{15,16}. Наличие ХОБЛ у пациентов с ХСН ассоциировано с удлинением периода госпитализации, повторными госпитализациями, летальным исходом. Коморбидность ХСН и ХОБЛ требует учета при выборе терапии любого из заболеваний, как и возможной в таких клинических случаях дыхательной недостаточности (см. ниже). Следует достигать целевых значений контролируемых параметров каждого заболевания, что будет способствовать улучшению прогноза жизни пациента в целом.

При оценке жалоб и их динамики обращают внимание на появление или усиление кашля, одышки, продукцию мокроты, ее характеристики; применяют тест САТ, шкалу mMRC. Отрицательную динамику в состоянии больного следует дифференцировать между обострением ХОБЛ, декомпенсацией ХСН, сочетанием данных фаз течения заболеваний, а также с тромбоэмболией легочной артерии, пневмонией, обострением гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и другими причинами. Например, усиление кашля может быть ассоциировано с приемом иАПФ (рекомендуют замену на АРА).

β-АБ, в том числе кардиоселективные, могут усиливать бронхиальную обструкцию, но их назначение не противопоказано при сочетании ХСН и ХОБЛ, поскольку в большинстве таких случаев ухудшение бронхиальной проходимости клинически не значимо, а польза от назначения данного класса препаратов у больных ХСН, сочетающейся с ХОБЛ, высока. Предпочтение отдают кардиоселективному β-АБ (бисопролол, метопролола сукцинат, небиволол).

¹⁵ Клинические рекомендации "Хроническая обструктивная болезнь легких", 2024. https://cr.minszdrav.gov.ru/preview-cr/603_3 (28.01.2025).

¹⁶ Глобальная стратегия профилактики, диагностики и лечения ХОБЛ. Отчет GOLD за 2024 год. <https://goldcopd.org/2024-gold-report> (28.01.2025).

ШАХ И МАТ

в выборе терапии БА*

Симбикорт®. Сделай ход!



*Федеральные клинические рекомендации «Бронхиальная астма» (утв. Минздравом России). ID: 359. https://cr.menzdrav.gov.ru/recomend/359_2 (дата доступа: 21.05.2024). Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Симбикорт® Турбухалер® 160/4,5 мкг/доза (порошок для ингаляций дозированный). Регистрационное удостоверение ЛП-Н002909 от 01.08.2023.

Материал предназначен для специалистов здравоохранения. Имеются противопоказания. Перед назначением ознакомьтесь, пожалуйста, с полной инструкцией по медицинскому применению препарата.

ООО «АстраЗенека Фармасьютикалз».
123112, г. Москва, 1-й Красногвардейский проезд, д. 21, стр. 1, 30 этаж.
Тел.: +7 (495) 799-56-99. www.astrazeneca.ru.
RU-21329. Дата одобрения: 05.06.2024. Дата истечения: 05.06.2026.

AstraZeneca

Назначение и увеличение дозы β-АБ целесообразно проводить под контролем функции внешнего дыхания (ФВД) и сатурации кислородом. Этот контроль обязателен для пациентов с тяжелой и крайне тяжелой обструкцией дыхательных путей, при одной или более госпитализациях за ближайшие 12 мес. по поводу обострения ХОБЛ, а также частых амбулаторных обострений ХОБЛ (2 или более за ближайшие 12 мес.). ФВД контролируют с помощью спирометрии с бронходилатационным тестом¹⁷, которую оптимально провести перед назначением β-АБ; далее сроки назначения контрольного исследования определяют индивидуально. Внеочередная оценка ФВД проводится при нарастании респираторных симптомов (одышки и/или кашля). Рекомендуется контроль ФВД после завершения титрования дозы β-АБ. Следует учесть, что наличие даже небольшого застоя по малому кругу кровообращения ухудшает показатели спирометрии, в том числе вне обострения ХОБЛ.

Для пациентов с выраженной обструкцией дыхательных путей при невозможности назначить β-АБ для урежения ЧСС или использовать его эффективную дозу (ЧСС >70 уд./мин в покое) следует рассмотреть применение/добавление ивабрадина. При ХСНсФВ можно использовать верапамил, если β-АБ противопоказан. Альтернативой верапамилу в случае противопоказаний к нему может быть дилтиазем.

Рекомендуется ведение пациентов с ХСН и ХОБЛ при участии врачей-специалистов (кардиолог, пульмонолог).

Ведение больных ХСН с сочетанием ХОБЛ и БА проводится по тем же принципам, которые применяют у пациентов с БА. Рекомендации по тактике в случае тахисистолии см. в конце раздела о БА.

ХСН и БА¹⁸. При сочетании ХСН с БА чрезвычайно важно тщательно подбирать лекарственные препараты, чтобы избежать утраты контроля над БА, ее обострений и обеспечить эффективный контроль за ХСН.

β-АБ, широко применяемые в лечении ХСН, согласно их класс-специфическому эффекту, ухудшают бронхиальную проходимость, особенно у пациентов с бронхиальной гиперреактивностью, могут вызвать приступ БА, ухудшение ее контроля, вплоть до тяжелого обострения. У некоторых пациентов назначение β-АБ может быть ассоциировано с дебютом БА; даже применение офтальмологических β-АБ, назначаемых при глаукоме, может привести к утрате контроля над БА.

Согласно международному документу GINA¹⁹, БА не является абсолютным противопоказанием для применения кардиоселективных β-АБ у пациентов с острым коронарным синдромом и/или инфарктом миокарда, при условии учета рисков и потенциальной пользы для пациента.

Согласно инструкциям к некоторым β-АБ, они противопоказаны пациентам с тяжелой БА, чаще отмечено, что их применяют с осторожностью у больных БА. Целесообразно воздержаться от назначения β-АБ, если в анамнезе упоминается тяжелое обострение БА, потребовавшее респираторной поддержки, госпитализации в отделение реанимации и интенсивной терапии, независимо от степени тяжести самой БА, или мониторировать состояние пациента самым тщательным образом. Если такой контроль невозможен, следует воздержаться от применения β-АБ у больного БА.

В случаях, если потенциальная польза от назначения β-АБ существенно превышает риск утраты контроля над БА, риск ее обострения, это отражают в медицинской документации. Решение о назначении β-АБ пациенту с ХСН и БА принимают врачебной комиссией с участием врачей-специалистов: кардиолога, пульмонолога, аллерголога-иммунолога. Первую дозу β-АБ пациентам с БА желательно принимать в медицинском учреждении под наблюдением врача для контроля респираторных симптомов, выраженности обструкции дыхательных путей — оценка объема форсированного выдоха за первую секунду и/или пиковой скорости выдоха исходно и через 2 ч.

Пациентам с БА, принимающим β-АБ, целесообразно ежедневно мониторировать пиковую скорость выдоха (домашняя пикфлюметрия) или объем форсированного выдоха за первую секунду (применение портативного спирометра), а в рамках диспансерного наблюдения — показатели спирометрии с бронходилатационным тестом и уровень контроля симптомов БА с помощью одного из вопросников — ACQ-5, ACT или 4 вопроса GINA.

При невозможности применять β-АБ (противопоказаны или вызывают ухудшение контроля БА, усиление бронхиальной обструкции, гиперреактивности) вместо β-АБ назначают ивабрадин, а пациентам с сопутствующей АГ — верапамил, при противопоказаниях к нему — дилтиазем.

Следует учесть, что некоторые антиаритмические препараты обладают β-адреноблокирующими эффектом и могут ухудшать течение БА у отдельных пациентов.

¹⁷ Методические рекомендации "Спирометрия", 2023. https://spulmo.ru/upload/kr/Spirometria_2023.pdf?t=1 (28.01.2025).

¹⁸ Клинические рекомендации "Бронхиальная астма", 2024. https://cr.menzdrav.gov.ru/preview-cr/359_3 (28.01.2025).

¹⁹ Глобальная стратегия по лечению и профилактике астмы. Основной отчет GINA за 2024 год. <https://ginasthma.org/2024-report> (28.01.2025).

У больных с БА преимущественно избегают назначение иАПФ и используют АРА. Если у пациента с ХСН и БА рассматривается вопрос назначения ацетилсалициловой кислоты, следует уточнить фенотип БА, так как данный препарат противопоказан при респираторном заболевании, индуцированном ацетилсалициловой кислотой и нестероидными противовоспалительными препаратами, т.е. "аспирин-чувствительной астме" (ранее использовали термин "аспириновая триада").

Рекомендуется ведение пациентов с ХСН и БА при участии врачей-специалистов (кардиолог, аллерголог-иммунолог, пульмонолог).

При тахисистолии, плохом контроле ЧСС у больных ХСН с БА и/или ХОБЛ следует подсчитывать суточные дозы применяемых ингаляционных препаратов. Например, максимальная суточная доза формотерола составляет в комбинации с беклометазоном — 48 мкг, с будесонидом — 72 мкг, сальметерола — 100 мкг. Кроме препарата поддерживающей (базисной) терапии, пациент может самостоятельно использовать для купирования симптомов БА/ХОБЛ (по требованию) препарат, содержащий формотерол или короткодействующий β_2 -агонист, короткодействующий м-холинолитик, комбинацию короткодействующих препаратов, некоторые пациенты — пероральный бронхолитик, что отрицательно влияет на течение ХСН. Бронхолитик любого класса потенциально может увеличивать ЧСС, при передозировке приводить к тахисистолии, аритмиям. Целесообразно сопоставить применяемое пациентом лечение БА/ХОБЛ с назначениями специалиста (пульмонолога, аллерголога-иммунолога), проверить точность техники ингаляций препаратов, убедиться в том, что пациент ополоскивает рот после ингаляций водой 2-3 раза и ее выплевывает, исключить назначение короткодействующих препаратов, пероральных бронхолитиков. У больных с БА и хроническим аллергическим ринитом, полипозным риносинуситом следует выяснить суточные дозы и длительность применения назальных деконгестантов (α -адреномиметики), они не рекомендуются для длительного приема²⁰.

Особенности лечения пациентов с ХСН и ХБП [20]

Такое сочетание является серьезным проблемным состоянием, которое может привести к прогрессированию обоих заболеваний и ухудшению прогноза для пациента. При оценке функции почек у пациентов с ХСН важным показателем является СКФ. При назначении препаратов для лечения ХСН важно учитывать как исходную СКФ, так и ее динамику на фоне назначенной медикаментозной терапии. Особенности применения лекарственных препаратов в части влияния на функцию почек представлены в таблицах 3-19.

β -АБ (разрешенные к использованию при СНиФВ) 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 м². 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/ARA 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 м². 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 сакубитрила+валсартана следует осуществлять в первую очередь у пациентов с СКФ ≥30 мл/мин/1,73 м². В российской инструкции указано, что назначение препарата может быть рассмотрено у пациентов с СКФ <30 мл/мин/1,73 м² с дополнением о том, что в таком случае начальная доза должна быть 50 мг два раза в день.

²⁰ Клинические рекомендации "Аллергический ринит", 2024. https://cr.menzdrav.gov.ru/view-cr/261_2 (28.01.2025).

В дополнение к терапии иАПФ или АРА для снижения сердечно-сосудистой смертности и частоты госпитализаций, рисков прогрессирования ХБП и развития острого повреждения почек пациентам с ХБП недиабетической этиологии с СКФ ≥ 20 мл/мин/1,73 м² рекомендуется применение иНГЛТ-2 с доказанной эффективностью для дапаглифлозина/эмпаглифлозина²¹.

Включение в терапию дапаглифлозина/эмпаглифлозина у пациентов с ХСН, ХБП и СД 2 типа способствует снижению риска сердечно-сосудистых событий и прогрессирования ХБП²².

Доказательная база антагонистов альдостерона имеется для значений СКФ ≥ 30 мл/мин/1,73 м². И спиронолактон, и эplerенон могут вызвать транзиторное снижение СКФ и не оказывают долгосрочного положительного эффекта на СКФ.

В **таблице 24** указаны данные о возможности применения основных групп лекарственных препаратов для лечения ХСН в зависимости от СКФ.

Таблица 24

Назначение препаратов для лечения ХСН в зависимости от СКФ

Группа препаратов	Применение при разной СКФ согласно критериям включения в РКИ у больных с ХСН				Может быть острое снижение СКФ	Положительное влияние на СКФ в РКИ у больных с ХСН
	ESRD	15-30	30-60	>60		
иАПФ/АРА	*				Да	Нет**
Бета-блокаторы					Нет***	Нет
Антагонисты альдостерона					Да	Нет
АРНИ					Да	Да (0,5 мл/мин/1,73 м ² в год)
иНГЛТ-2		****			Да	Да (1-2 мл/мин/1,73 м ² в год)
Верициграт					Нет	Нет

Примечание: темно-зеленый — веские доказательства, светло-зеленый — умеренные доказательства, красный — не рекомендуется, серый — см. комментарий, белый — нет данных; * — умеренные доказательства применения иАПФ/АРА при диализе и слабые доказательства, если нет диализа; ** — есть данные по положительному (примерно 1-2 мл/мин/1,73 м²) эффекту иАПФ/АРА на СКФ в исследованиях, посвященных ХБП; *** — хотя в целом β -АБ не вызывают острого снижения СКФ, в метаанализе CAPRICORN и COPERNICUS (сравнение карведилола с плацебо) отмечался больший процент пациентов с транзиторным повышением креатинина на фоне карведилола (4,6% vs 1,8% в группе плацебо) без увеличения риска гиперкалиемии или наступления ESRD; **** — для эмпаглифлозина при ХСН есть веские доказательства при СКФ >20 мл/мин/1,73 м² и для дапаглифлозина при СКФ >30 мл/мин/1,73 м².

Сокращения: АРА — блокаторы рецепторов ангиотензина, иАПФ — ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, АРНИ — ангиотензиновых рецепторов и неприлизина ингибитор (валсартан+сакубитрил), иНГЛТ-2 — ингибиторы натрийзависимого переносчика глюкозы 2-го типа, РКИ — рандомизированное контролируемое клиническое исследование, СКФ — скорость клубочковой фильтрации, ESRD — терминальная стадия почечной недостаточности (англ. end stage renal disease).

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.

²¹ Клинические рекомендации "Хроническая болезнь почек (ХБП)", 2024. https://cr.menzdrav.gov.ru/preview-cr/469_3 (27.02.2025).

²² Там же.

Особенности лечения пациентов с ХСН, анемией и дефицитом железа

Для диагностики анемии необходимо ориентироваться на уровень гемоглобина и эритроцитов в общем анализе крови, для подтверждения дефицита железа — на концентрацию сывороточного ферритина и сатурацию трансферрина.

У пациентов с ХСН не рекомендуется назначение препаратов **эритропоэтина** (эпoэтин альфа) для лечения анемии, так как они не улучшают клинические исходы, но увеличивают частоту ТЭО.

Назначение **пероральных препаратов железа** пациентам с ХСН и дефицитом железа (сывороточный ферритин <100 мкг/л или уровень ферритина 100-299 мкг/л при уровне сатурации трансферрина <20%) без анемии не рекомендуется в связи с их неэффективностью.

Внутривенное введение железа карбоксимальтозата рекомендуется пациентам с симптомами ХСН и ФВ ЛЖ <45% и дефицитом железа (сывороточный ферритин <100 мкг/л, или уровень ферритина 100-299 мкг/л при уровне сатурации трансферрина <20%) с целью регресса симптомов СН, улучшения функциональных возможностей и качества жизни пациентов с ХСН.

Внутривенное введение железа карбоксимальтозата рекомендуется симптомным пациентам с ХСН и ФВ ЛЖ <50%, недавно госпитализированным по поводу СН и дефицитом железа (сывороточный ферритин <100 мкг/л, или уровень ферритина 100-299 мкг/л при уровне сатурации трансферрина <20%) с целью уменьшения риска госпитализаций в связи с ХСН.

Расчет дозы препарата производится индивидуально в зависимости от исходных значений гемоглобина и веса пациента (**таблица 25**).

Таблица 25

Расчет кумулятивной дозы железа карбоксимальтозата у пациентов с ХСН и дефицитом железа

Показатель	Доза железа карбоксимальтозата (10 мл = 500 мг железа)				
	>35 кг и <69 кг		≥70 кг		Любой
Уровень гемоглобина в крови	<10 г/дл	10-14 г/дл	<10 г/дл	10-14 г/дл	>14 г/дл
Неделя 0	20 мл	20 мл	20 мл	20 мл	10 мл
Неделя 6	10 мл	нет	20 мл	10 мл	нет
Неделя 12, 24, 36	10 мл, если сывороточный ферритин <100 мкг/л или сывороточный ферритин 100-300 мкг/л при уровне сатурации трансферрина <20%				

Особенности лечения пациентов с ХСН, подагрой и артритами

В качестве уратснижающей терапии пациентам с ХСН рекомендуется **аллопуринол**.

НПВП не рекомендуются для применения у пациентов с ХСН из-за повышения риска развития декомпенсации СН и ухудшения функции почек. При этом риск развития нежелательных эффектов зависит от длительности терапии, вида и дозы НПВП.

При острой подагрической атаке у пациента с ХСН рекомендуется использовать **колхицин**, как имеющий меньше нежелательных эффектов по сравнению с НПВП.

Безопасность препаратов, используемых для лечения ревматоидного артрита и других системных соединительно-тканых заболеваний, у пациентов с ХСН не установлена. Высокие дозы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа и системное применение глюкокортикоидов могут ухудшать течение ХСН и должны использоваться с осторожностью.

Подагра является ограничением к назначению тиазидных диуретиков.

Особенности лечения пациентов с ХСН и амилоидозом

Амилоидоз сердца представляет собой инфильтративную кардиомиопатию, при которой в тканях сердца накапливается белок особой фибриллярной структуры — амилоид. Более 95% всех случаев амилоидоза сердца связаны с формированием амилоида из двух белков предшественников — легких цепей иммуноглобулинов (AL-амилоидоз) и транстиретина (ATTR-амилоидоз или транстиретиновая амилоидная кардиомиопатия). Дифференциальная диагностика этих двух форм амилоидоза представляется собой ключевую задачу для клинициста, поскольку подходы к ведению принципиально различаются в зависимости от белка-предшественника. В настоящий момент каскадный алгоритм диагностики основан на безбиопсийном подходе, в качестве инструментов диагностики используется эхокардиография, магнитно-резонансная томография, сцинтиграфия миокарда с остеотропными радиофармпрепаратами.

Пациентам с ХСН и подтвержденной транстиретиновой амилоидной кардиомиопатией с изменениями в генетических тестах на мутацию гена белка транстиретина (транстиретиновая амилоидная кардиомиопатия вариантного типа), а также с транстиретиновой амилоидной кардиомиопатией дикого типа, для регресса симптомов, снижения госпитализаций по причине ХСН и улучшения клинических исходов рекомендовано применение **тафамидиса**.

Особенности лечения пациентов с ХСН и депрессией

До 20% пациентов с СН имеют клинически значимую депрессию. Наличие депрессии связано с худшим клиническим статусом и прогнозом пациента.

Для лечения эпизодов депрессии у пациентов с ХСН рекомендовано назначение **селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина**.

Не рекомендуется применение трициклических антидепрессантов (неселективных ингибиторов обратного захватаmonoаминов — амитриптилин, имипрамин, кломипрамин) и **нейролептиков** (антipsихотических средств —галоперидола и других типичных антипсихотиков) из-за их высокой кардиотоксичности.

Приложение 9

Показания для госпитализации пациентов с ХСН [1]

С целью снижения риска общей, сердечно-сосудистой смертности и профилактики риска внезапной сердечной смерти рекомендуется госпитализация пациентов с декомпенсацией СН, нестабильностью гемодинамики и наличием жизнеугрожающих нарушений ритма.

Показания к госпитализации:

A. При наличии одного из следующих признаков:

- частота дыхания >25 в мин.;
- участие в дыхании вспомогательной мускулатуры;
- отек легких;
- ЧСС <50 или >130 уд./мин.;
- атриовентрикулярная блокада 2-3 степени;
- систолическое артериальное давление (САД) <90 мм рт.ст.;
- насыщение крови кислородом <90%, несмотря на обеспечение кислородом;
- признаки гипоперфузии (олигурия, холодные кожные покровы, нарушение сознания);

B. При наличии жизнеугрожающих состояний при декомпенсации СН:

- отек легких, купированный или некупированный на догоспитальном этапе;
- кардиогенный шок;
- выраженное снижение переносимости физических нагрузок;
- гипотония (САД <90 мм рт.ст.) и высокий риск острой левожелудочковой недостаточности;
- АГ (САД >180 мм рт.ст.) или пароксизмальные нарушения ритма с явлениями декомпенсации;
- частота дыхания >25/мин.;
- ЧСС <40 или >130 уд./мин.;
- жизнеугрожающие нарушения ритма, или потребность удвоения в/в петлевых диуретиков без эффективного диуретического ответа, а также необходимость в интубации;
- наличие симптомов гипоперфузии, сатурация кислородом <90% (несмотря на терапию кислородом).

Приложение 10

Патронаж пациентов с ХСН, находящихся на ДН

Задачами патронажа являются:

- динамическое наблюдение за состоянием здоровья пациентов с ХСН, находящихся на ДН;
- своевременное выявление ухудшения состояния здоровья пациентов с ХСН;
- проведение санитарно-просветительской работы среди пациентов и их родственников, включая пропаганду медицинских знаний;
- обучение оказанию само- и взаимопомощи при неотложных состояниях;
- обучение родственников и лиц, ухаживающих за пациентом с ХСН, методам ухода;
- обучение методам самоконтроля за течением заболевания;
- контроль выполнения рекомендаций лечащего врача;
- контроль за приемом лекарственных средств;
- формирование мотивации к оздоровлению и приверженности к соблюдению рекомендаций врача, а также повышению ответственности пациента за собственное здоровье;
- оказание паллиативной помощи пациентам с ХСН.

Патронаж проводится специалистом, осуществляющим ДН (врач-терапевт участковый (врач общей практики (семейный врач)), врач-кардиолог, а также фельдшер, в случае возложения на него отдельных функций лечащего врача²³). Патронаж может осуществлять медицинская сестра, имеющая опыт работы с больными ХСН и прошедшая специальную подготовку [23].

Патронаж на дому

В патронаже и ДН на дому нуждаются следующие пациенты:

- низкомобильные пациенты с IV ФК ХСН;
- пациенты с ХСН, низкомобильные в связи с другими заболеваниями (состояниями);
- нетранспортабельные пациенты;
- пациенты с ХСН, отказавшиеся от госпитализации в стационар при развитии острой декомпенсации СН или при наличии других показаний для госпитализации;
- пациенты с ХСН, у которых развились острые состояния (заболевания), и внезапно ухудшилось состояние здоровья, требующие медицинской помощи на дому (повышение температуры до 38 °C и выше, заболевания, травмы);
- состояния, угрожающие окружающим (наличие контакта с инфекционными больными, появление сыпи на теле без причины, инфекционные заболевания до окончания инкубационного периода);
- наличие показаний для соблюдения домашнего режима, рекомендованного лечащим врачом при установленном заболевании (вызов врача на дом после выписки больного из стационара).

Дистанционный патронаж

В ряде медицинских организаций кабинеты врачей-терапевтов или врачей-кардиологов, осуществляющих ДН больных ХСН, называются кабинетами высокого риска сердечно-сосудистых осложнений/кабинетами ХСН. Средний медицинский персонал таких кабинетов вместе с врачом может участвовать в ведении пациентов с ХСН, проводя регулярный телефонный мониторинг их состояния [1]. Наблюдение пациентов с ХСН совместно врачом и медицинской сестрой может выполняться не только в кабинете высокого риска сердечно-сосудистых осложнений/кабинете ХСН, но и в любом кабинете, который посещают пациенты ХСН в рамках диспансерного наблюдения [23].

Функциональные обязанности медицинских сестер при ведении пациентов с ХСН подробно изложены в методических рекомендациях для медицинских сестер кабинетов ХСН [24] и предполагают активный и дистанционный патронаж (включая регулярный структурированный телефонный опрос с алгоритмом действий), подготовку к диспансерному приему (осмотру, консультации), ведение регистра ХСН, обучение пациента и его родственников коррекции образа жизни, навыкам самопомощи, самоконтроля в Школах ХСН и другое.

Периодичность плановых контактов медицинской сестры кабинета ХСН зависит от тяжести состояния пациента (ФК ХСН) и представлена в **таблице 26**.

²³ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.03.2012 № 252н (ред. от 31.10.2017) "Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи 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" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28.04.2012, регистрационный № 23971. СПС Консультант Плюс).

Телефонный опрос медицинской сестры кабинета ХСН должен быть структурированным и содержать вопросы, всесторонне оценивающие состояние пациента:

1. Наросла ли у Вас одышка? Одышка усиливается в положении лежа?
2. Наросли ли у Вас отеки?
3. Увеличился ли Ваш вес за последнюю неделю?
4. Какие у Вас привычные значения давления и частоты пульса в течение последнего месяца?
5. Вас беспокоят сердцебиения или перебои в работе сердца больше, чем обычно?
6. Регулярно ли Вы принимаете препараты, рекомендованные врачом? Если нет, то почему?
7. Изменилась ли переносимость привычных физических нагрузок?

Согласно алгоритмам принятия решений ([рисунки 1–7](#)) у медицинской сестры могут быть следующие варианты реагирования:

- консультация врача кабинета ХСН/ фельдшера фельдшерско-акушерского пункта;
- актив на дом;
- звонок пациенту;
- консультация в течение 3-х суток;
- назначение планового патронажа медицинской сестры;
- вызов бригады скорой медицинской помощи;
- продолжение планового наблюдения;
- при неясных результатах телефонного опроса — визит медицинской сестры к маломобильному пациенту в течение 1 нед. или назначение пациенту I-II ФК самостоятельного визита к лечащему врачу;
- обращение за помощью к социальной службе.

Таблица 26

Периодичность плановых контактов медицинской сестры кабинета ХСН с пациентами

	1-й месяц после выписки из стационара	I ФК*	II ФК	III-IV ФК
Телефонный опрос	1 раз в нед., далее в соответствии с ФК ХСН	1 раз в 3 мес.	1 раз в 8 нед.	Опрос или патронаж для маломобильных пациентов по рекомендации врача, но не реже 1 раза в 4 нед.
Школа ХСН для пациента	По рекомендации врача	1 раз в 12 мес.	1 раз в 6 мес.	1 раз в 6 мес.
Школа ХСН для родственника, ухаживающего лица	По рекомендации врача	Однократно, в дальнейшем по мере приверженности	1 раз в 12 мес.	1 раз в 6 мес.
Обучающие групповые физические тренировки под контролем инструктора (внегоспитальный этап)	По рекомендации врача	Каждые 6 мес.	Каждые 6 мес.	Для III ФК — каждые 6 мес. Для IV ФК — самостоятельные дыхательные упражнения в домашних условиях
Контроль лабораторных и инструментальных параметров	По рекомендации врача	По рекомендации врача согласно индивидуальному плану карты пациента с ХСН	По рекомендации врача согласно индивидуальному плану карты пациента с ХСН	По рекомендации врача согласно индивидуальному плану карты пациента с ХСН

Примечание: * — пациенты I ФК с ФВ <40% и высоким риском декомпенсации ХСН (сопутствующие ХБП, СД, ХОБЛ, онкологические заболевания и др. тяжелые хронические заболевания).

Сокращения: ФК — функциональный класс, ХСН — хроническая сердечная недостаточность.

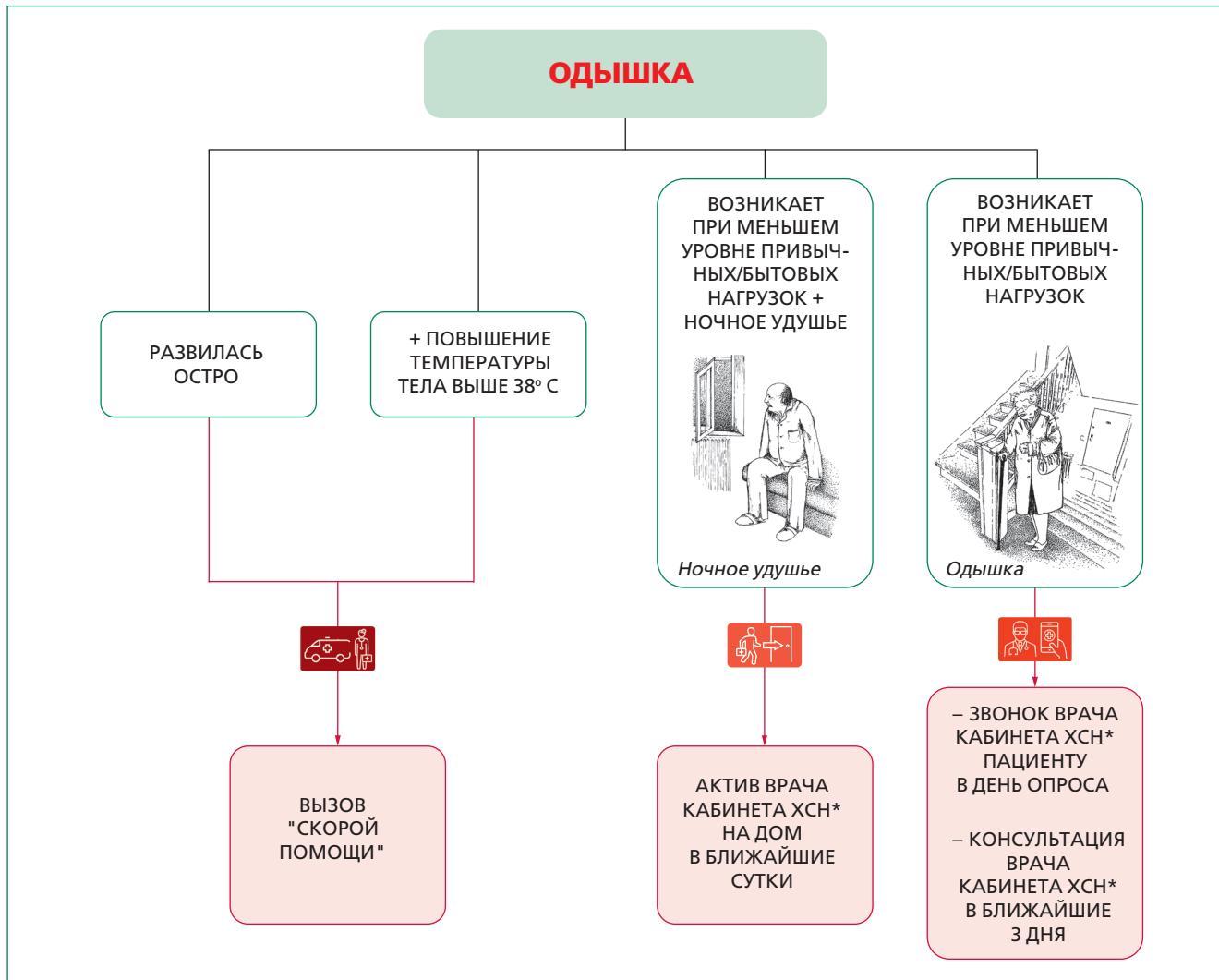


Рис. 1. Алгоритм действий при ответе на вопрос 1 "Наросла ли у Вас одышка? Одышка усиливается в положении лежа?".

Сокращение: здесь и далее: ХСН — хроническая сердечная недостаточность.

Примечание: * — или фельдшер фельдшерско-акушерского пункта.

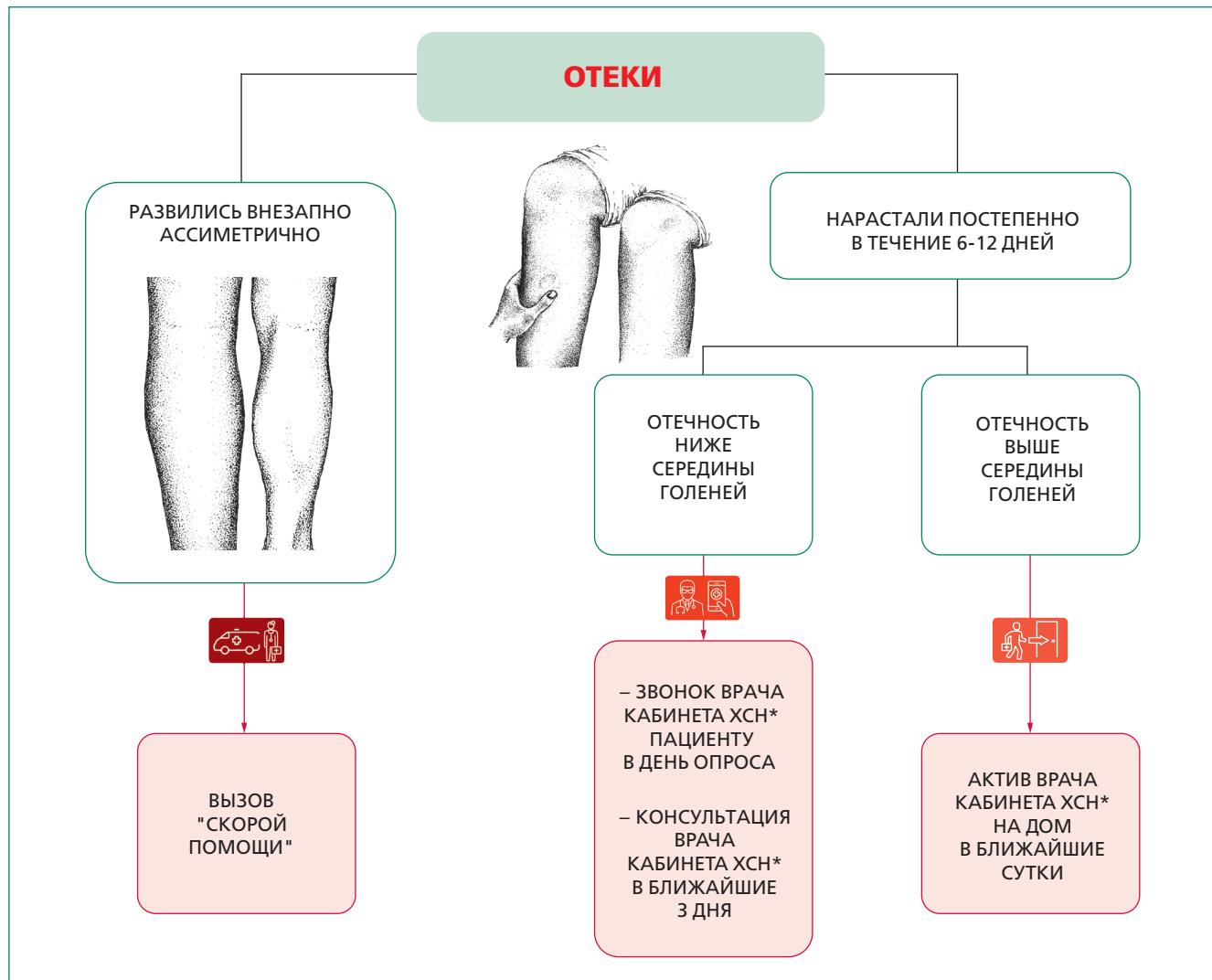


Рис. 2. Алгоритм действий при ответе на вопрос 2 "Наросли ли у Вас отеки?".

Примечание: * — или фельдшер фельдшерско-акушерского пункта.

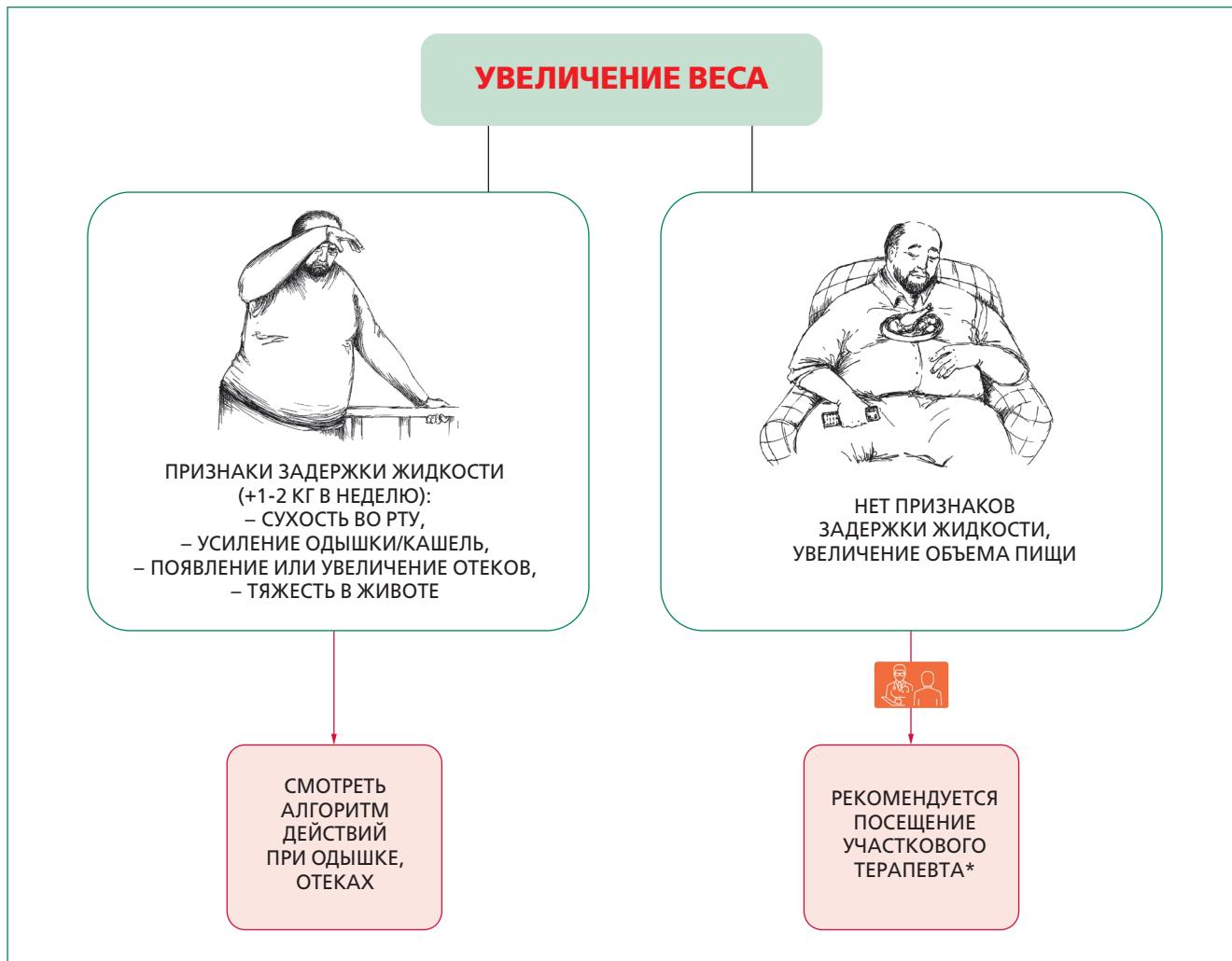


Рис. 3. Алгоритм действий при ответе на вопрос 3 "Увеличился ли Ваш вес за последнюю неделю?".

Примечание: * — или фельдшер фельдшерско-акушерского пункта.

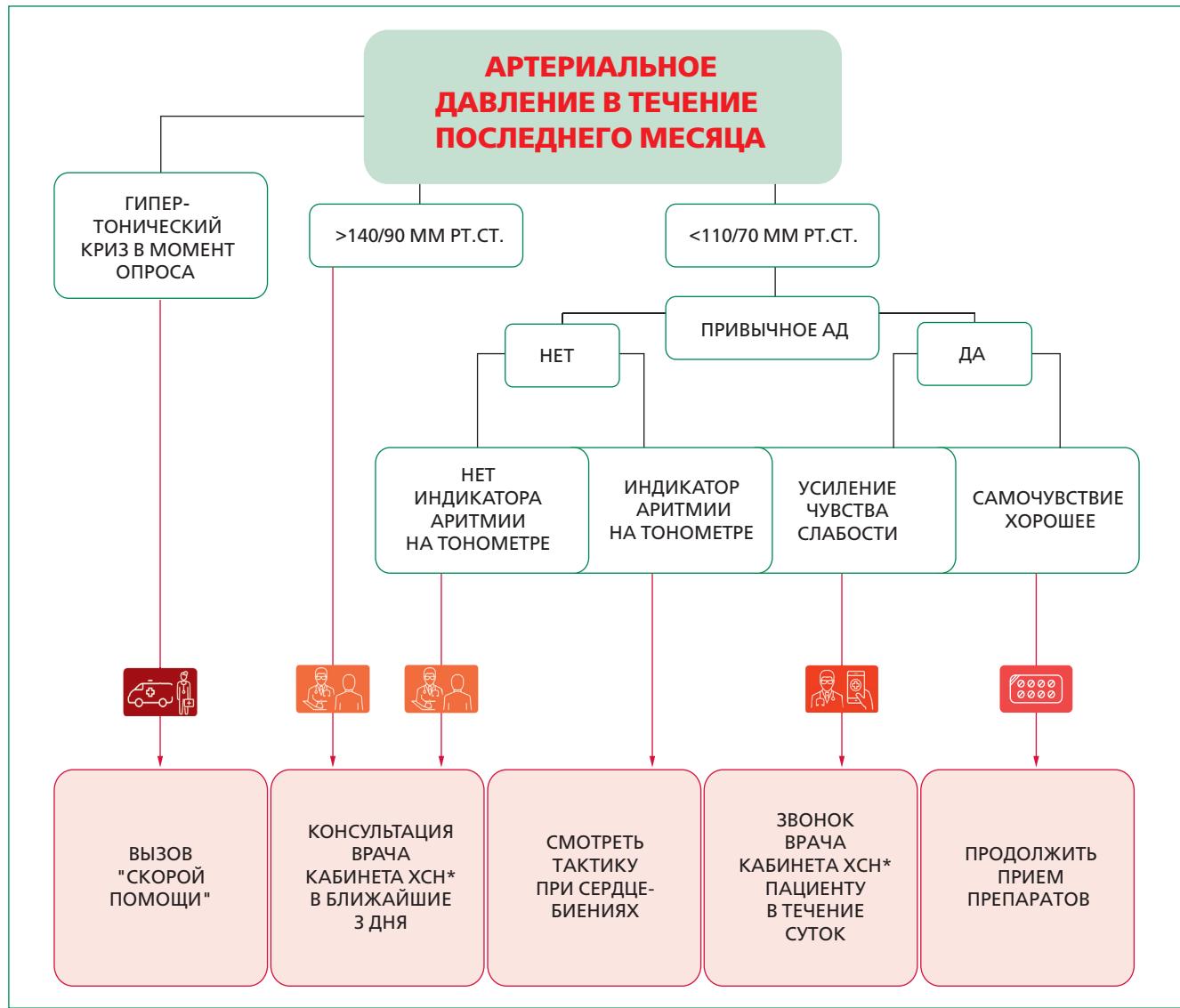


Рис. 4. Алгоритм действий при ответе на вопрос 4 "Какие у Вас привычные значения давления и частоты пульса в течение последнего месяца?".

Примечание: * — или фельдшер фельдшерско-акушерского пункта.

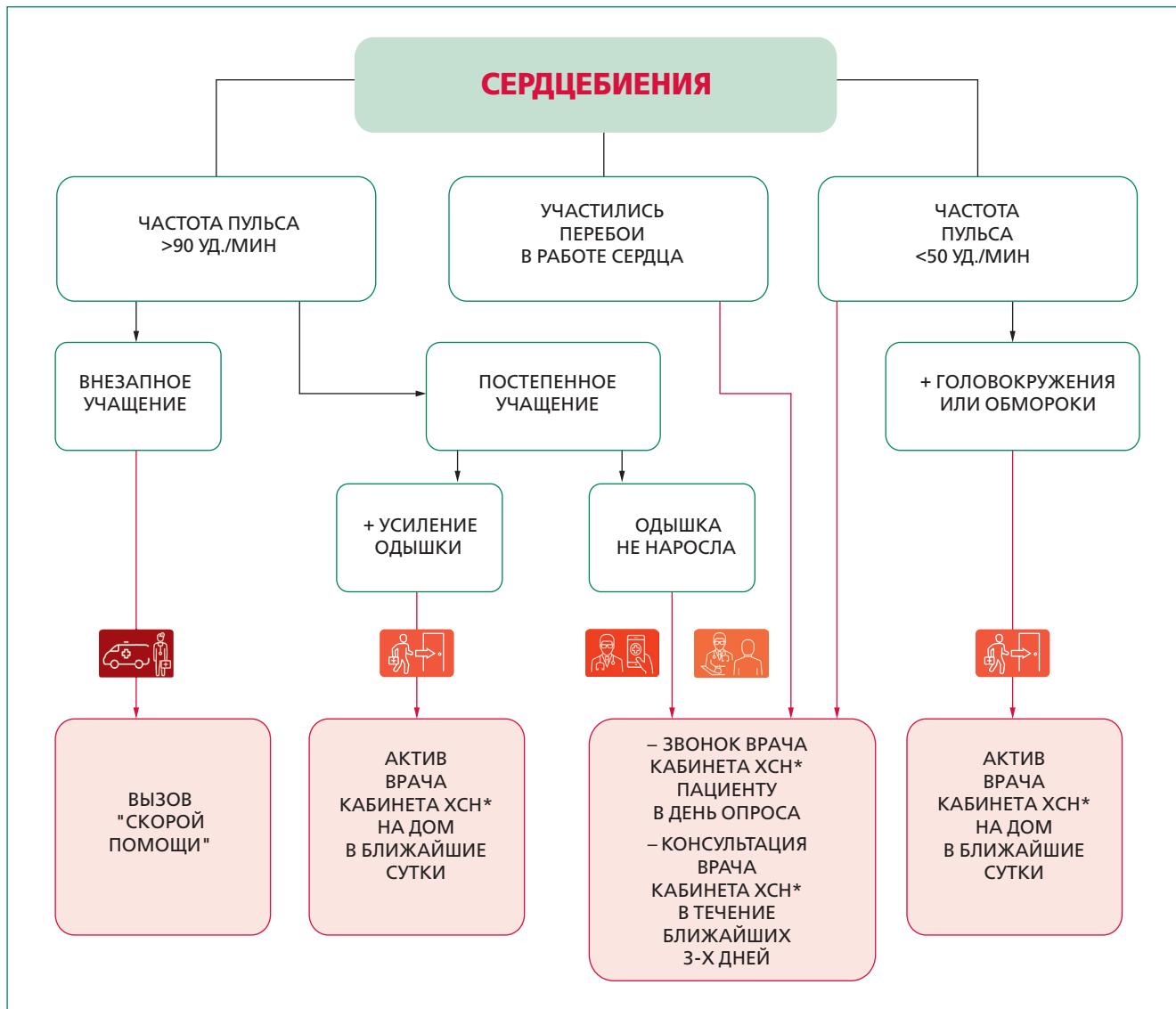


Рис. 5. Алгоритм действий при ответе на вопрос 5 "Вас беспокоят сердцебиения или перебои в работе сердца больше, чем обычно?".

Примечание: * — или фельдшер фельдшерско-акушерского пункта.

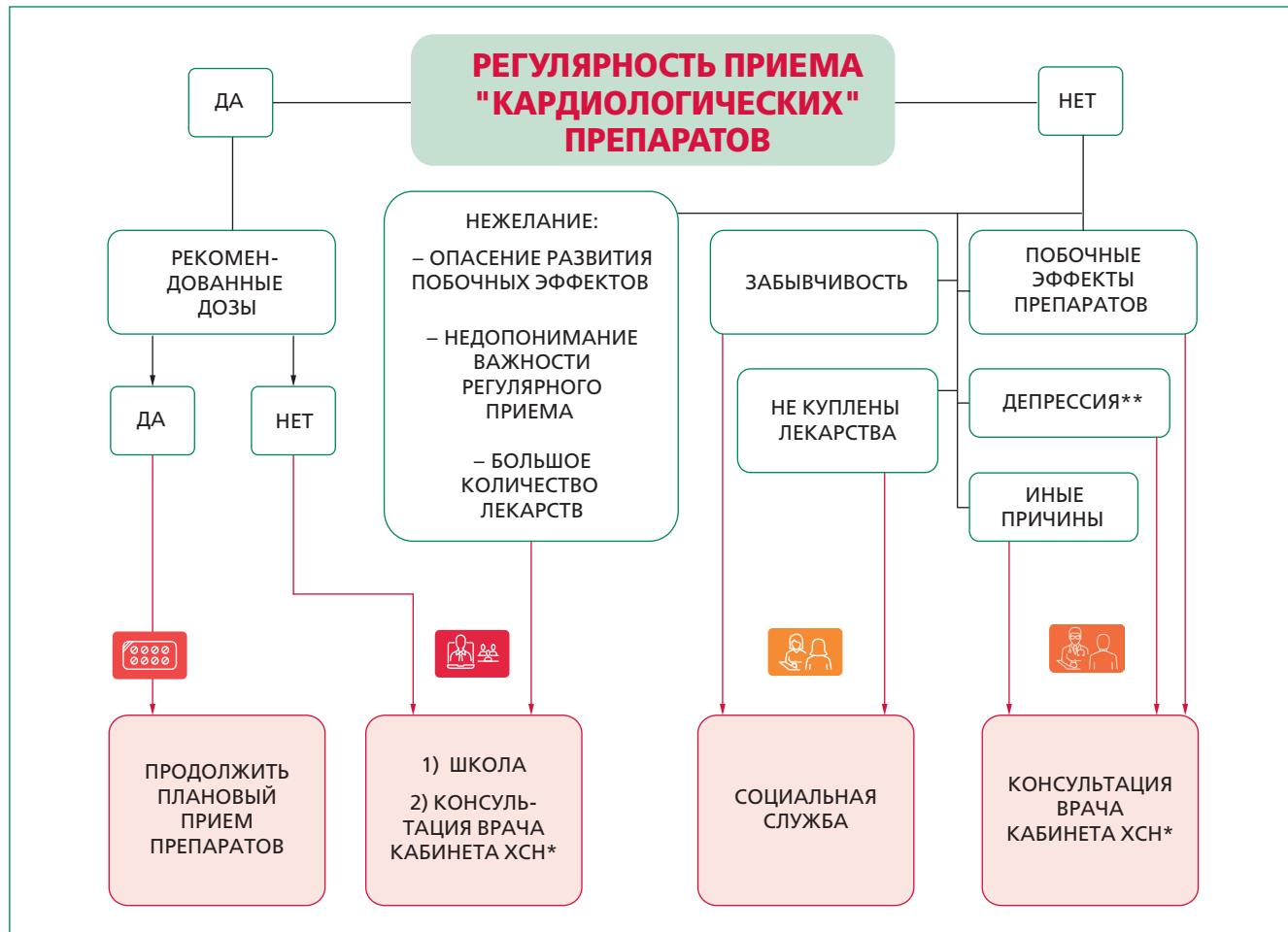


Рис. 6. Алгоритм действий при ответе на вопрос 6 "Регулярно ли Вы принимаете препараты, рекомендованные врачом? Если нет, то почему?".

Примечание: * — или фельдшер фельдшерско-акушерского пункта, ** — жалобы на плохое настроение, необоснованную усталость, апатию, отсутствие интереса к делам.



Рис. 7. Алгоритм действий при ответе на вопрос 7 "Изменилась ли переносимость привычных физических нагрузок?".

Сокращение: ФК — функциональный класс.

Примечание: * — или фельдшер фельдшерско-акушерского пункта.

Приложение 11

Медицинские показания и противопоказания для направления пациентов с болезнями системы кровообращения на санаторно-курортное лечение²⁴

Таблица 27

Медицинские показания для направления пациентов с болезнями системы кровообращения, класс IX по МКБ-10, на санаторно-курортное лечение (с учетом формы, стадии, фазы и степени тяжести заболевания), а также используемые природные лечебные ресурсы

Код по МКБ-10	Наименование заболевания	Форма, стадия, фаза, степень тяжести заболевания	Природные лечебные ресурсы
I05.0 I05.1 I05.2 I05.8	Митральный стеноз Ревматическая недостаточность митрального клапана	Ревматические митральные пороки: митральный стеноз при XCH I стадии (I-II ФК) без прогностически неблагоприятных нарушений сердечного ритма и проводимости*, без признаков активности процесса.	Лечебный климат
	Митральный стеноз с недостаточностью	Ревматический митральный порок: митральная недостаточность, XCH I стадии (I-II ФК) без прогностически неблагоприятных нарушений сердечного ритма и проводимости, без признаков активности процесса.	Лечебный климат
	Другие болезни митрального клапана	Ревматический митральный порок: митральная недостаточность, XCH IIА стадии (II ФК) без прогностически неблагоприятных нарушений сердечного ритма и проводимости, без признаков активности процесса.	Лечебный климат
		Ревматический митральный порок: митральная недостаточность, митральный стеноз при XCH I стадии (I-II ФК) без прогностически неблагоприятных нарушений сердечного ритма и проводимости, без признаков активности процесса.	Лечебный климат
		Ревматический митральный порок: митральный стеноз, митральная недостаточность при XCH IIА стадии (II ФК) без прогностически неблагоприятных нарушений сердечного ритма и проводимости, без признаков активности процесса, фаза ремиссии.	Лечебный климат
I06.1 I06.2 I06.8	Ревматическая недостаточность аортального клапана	Ревматический аортальный порок при XCH IIА стадии (II ФК) без прогностически неблагоприятных нарушений сердечного ритма и проводимости, без признаков активности ревматического процесса, без приступов стенокардии.	Лечебный климат
	Ревматический аортальный стеноз с недостаточностью		
	Другие ревматические болезни аортального клапана		
I07 I07.1 I07.2 I07.8	Ревматические болезни трехстворчатого клапана Триkuspidальная недостаточность Триkuspidальный стеноз с недостаточностью Другие болезни трехстворчатого клапана	Ревматический триkuspidальный порок при XCH IIА стадии (II ФК) без прогностически неблагоприятных нарушений сердечного ритма и проводимости, без признаков активности процесса.	Лечебный климат
I08 I08.0	Поражения нескольких клапанов Сочетанные поражения митрального и аортального клапанов	Ревматический митрально-аортальный порок при XCH I стадии (I-II ФК) без прогностически неблагоприятных нарушений сердечного ритма и проводимости, без признаков активности процесса. Ревматический митрально-аортальный порок при XCH IIА стадии (II ФК) без прогностически неблагоприятных нарушений сердечного ритма и проводимости, без признаков активности процесса.	Лечебный климат Лечебный климат

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 01.04.2024 № 77708).

Таблица 27. Продолжение

Код по МКБ-10	Наименование заболевания	Форма, стадия, фаза, степень тяжести заболевания	Природные лечебные ресурсы
I10	Эссенциальная (первичная) гипертензия	Артериальная гипертензия, I стадия, 1 степень, без прогностически неблагоприятных нарушений сердечного ритма, без ХСН и при ХСН I стадии (I-II ФК) . Артериальная гипертензия, I-II стадия, 1-2 степень без прогностически неблагоприятных нарушений сердечного ритма и проводимости, при ХСН I стадии (I-II ФК) . Ожирение I-III степени.	Минеральные воды (для наружного бальнеотерапевтического применения), лечебный климат
		Артериальная гипертензия, I-II стадия, 1-2 степень в сочетании с ишемической болезнью сердца, стабильной стенокардией I-II ФК, без прогностически неблагоприятных нарушений сердечного ритма и проводимости, при ХСН IIА стадии (II ФК) . Ожирение I-III степени.	Лечебный климат
I11.0 I11.9	Гипертензивная (гипертоническая) болезнь с преимущественным поражением сердца с (застойной) сердечной недостаточностью	Артериальная гипертензия, I стадия, 1 степень без прогностически неблагоприятных нарушений сердечного ритма, без ХСН и при ХСН I стадии (I-II ФК) . Артериальная гипертензия, I-II стадия, 1-2 степень без прогностически неблагоприятных нарушений сердечного ритма и проводимости, при ХСН I стадии (I-II ФК) .	Минеральные воды (для наружного бальнеотерапевтического применения), лечебный климат
		Артериальная гипертензия, II стадия, 1-2 степень в сочетании с ишемической болезнью сердца, стабильной стенокардией I-II ФК без прогностически неблагоприятных нарушений сердечного ритма и проводимости при ХСН I стадии (I-II ФК) .	Минеральные воды (для наружного бальнеотерапевтического применения), лечебный климат
		Артериальная гипертензия, I-II стадия, 1-2 степень в сочетании с ишемической болезнью сердца, стабильной стенокардией I-II ФК без прогностически неблагоприятных нарушений сердечного ритма и проводимости при ХСН IIА стадии (II ФК) .	Лечебный климат
I15.0 I15.1 I15.2	Реноваскулярная гипертензия Гипертензия вторичная по отношению к другим поражениям почек Гипертензия вторичная по отношению к эндокринным нарушениям	Реноваскулярная гипертензия после реконструктивных операций на почечных артериях и нефрэктомии, с нормализацией или значительным снижением артериального давления после операции, без выраженных нарушений азотовыделительной функции почек, нарушений мозгового и коронарного кровообращения, при ХСН не выше IIА стадии (II ФК) , при отсутствии прогностически неблагоприятных нарушений сердечного ритма и проводимости. Достигнутый уровень физической активности должен позволять полное самообслуживание.	Лечебный климат
		Вторичные артериальные гипертензии, I-II стадия, 1-2 степень без прогностически неблагоприятных нарушений сердечного ритма и проводимости при ХСН не выше IIА стадии (II ФК) .	Минеральные воды (для наружного бальнеотерапевтического применения только при ХСН не выше I стадии), лечебный климат (кроме высокогорного, среднегорного, низкогорного)

Таблица 27. Продолжение

Код по МКБ-10	Наименование заболевания	Форма, стадия, фаза, степень тяжести заболевания	Природные лечебные ресурсы
I20 I20.1	Стенокардия (грудная жаба)	Стабильная стенокардия напряжения I-II ФК при XCH I стадии (I-II ФК) без нарушений ритма.	Минеральные воды (для наружного бальнеотерапевтического применения), лечебный климат (кроме высокогорного)
	Стенокардия с документально подтвержденным спазмом	Стабильная стенокардия напряжения I-II ФК без прогностически неблагоприятных нарушений сердечного ритма и проводимости при XCH IIА стадии (II ФК) .	Лечебный климат
		Стабильная стенокардия напряжения III ФК без нарушений сердечного ритма или с единичными редкими экстрасистолами при XCH не выше I стадии (I-II ФК) .	Лечебный климат
		Стабильная стенокардия напряжения I-II ФК в сочетании с артериальной гипертензией I-II стадии, 1-3 степени, без прогностически неблагоприятных нарушений сердечного ритма и проводимости при XCH I стадии (I-II ФК) .	Лечебный климат (равнинный лесной, равнинный лесостепной)
I25.1 I25.2 I25.3	Атеросклеротическая болезнь сердца	Кардиосклероз после перенесенного первичного или повторного крупноочагового (не ранее 12 мес.) или мелкоочагового инфаркта миокарда (не ранее 6 мес.) при общем удовлетворительном состоянии, со стенокардией (I, II ФК), при недостаточности кровообращения не выше I стадии, а также сопутствующей гипертензивной болезни не выше II стадии, без прогностически неблагоприятных нарушений сердечного ритма и проводимости.	Минеральные воды (для наружного бальнеотерапевтического применения), лечебный климат
	Перенесенный в прошлом инфаркт миокарда	Аневризма сердца с редкими нетяжелыми приступами стенокардии (I, II ФК) при XCH не выше I стадии без прогностически неблагоприятных нарушений сердечного ритма и проводимости.	Лечебный климат
	Аневризма сердца		
I41.0 I41.1	Миокардит при бактериальных болезнях, классифицированных в других рубриках	Состояние после перенесенного инфекционно-аллергического миокардита при XCH не выше IIА стадии по окончании острых и подострых явлений и без прогностически неблагоприятных нарушений сердечного ритма и проводимости.	Лечебный климат
	Миокардит при вирусных болезнях, классифицированных в других рубриках	Состояние после перенесенного инфекционно-аллергического миокардита при XCH не выше IIА стадии по окончании острых и подострых явлений и без нарушений сердечного ритма через 6 и более месяцев после окончания острых явлений при компенсации кровообращения или XCH не выше I стадии без прогностически неблагоприятных нарушений сердечного ритма и проводимости.	Минеральные воды (для наружного бальнеотерапевтического применения), лечебный климат
I42 I43	Кардиомиопатия	Кардиомиопатии вследствие перенапряжения сердечной мышцы, а также обменного, эндокринного, токсического или инфекционного генеза при XCH не выше I стадии без прогностически неблагоприятных нарушений сердечного ритма и проводимости.	Минеральные воды (для наружного бальнеотерапевтического применения), лечебный климат
	Кардиомиопатия при болезнях, классифицированных в других рубриках	Кардиомиопатии вследствие перенапряжения сердечной мышцы, а также обменного, эндокринного, токсического или инфекционного генеза при XCH не выше IIА стадии без прогностически неблагоприятных нарушений сердечного ритма и проводимости	Лечебный климат

Таблица 27. Продолжение

Код по МКБ-10	Наименование заболевания	Форма, стадия, фаза, степень тяжести заболевания	Природные лечебные ресурсы
I70.0	Атеросклероз аорты	Атеросклероз артерий нижних конечностей и терминального отдела брюшного аорты, атеросклероз других артерий в состоянии компенсации кровообращения 1-2 степени, в том числе после реконструктивных операций на периферических сосудах (через 6 мес. после операции).	Минеральные воды (для наружного бальнеотерапевтического применения), лечебный климат
I70.1 I70.2 I70.8	Атеросклероз почечной артерии Атеросклероз артерий конечностей		
	Атеросклероз других артерий	Те же состояния в сочетании с ишемической болезнью сердца, XCH IIА стадии (II ФК) .	Минеральные воды (для наружного бальнеотерапевтического применения)
I97 I97.1	Нарушения системы кровообращения после медицинских процедур, не классифицированные в других рубриках Другие функциональные нарушения после операций на сердце	Состояние после хирургического лечения ишемической болезни сердца: через 3 мес. после эндоваскулярной ангиопластики и (или) стентирования коронарных артерий, без нарушений сердечного ритма и проводимости при XCH I стадии .	Лечебный климат
		В отдаленные сроки после операции (12 мес. и более) со стенокардией напряжения II ФК, а также в сочетании с артериальной гипертензией не выше II стадии, степени риска 2.	Минеральные воды (для наружного бальнеотерапевтического применения), лечебный климат
		Состояние после митральной комиссуротомии через 6 мес. после операции при XCH I стадии (I-II ФК) , без прогностически значимых нарушений сердечного ритма и проводимости, при активности ревматического процесса не выше I стадии.	Лечебный климат (кроме высокогорного, среднегорного, низкогорного)
		Состояние после митральной комиссуротомии, через 9 мес. после операции, при отсутствии активности ревматического процесса при XCH I стадии (I-II ФК) , без нарушений сердечного ритма и проводимости.	Лечебный климат
		Состояние после протезирования клапанов сердца через 6 мес. после операции при XCH II стадии (II ФК) , без нарушений сердечного ритма и проводимости.	Минеральные воды, лечебный климат
		Состояние после протезирования клапанов сердца через год и более при XCH II стадии (II ФК) и без нарушения сердечного ритма и проводимости.	Минеральные воды, лечебный климат
		Состояние после протезирования клапанов сердца при XCH I стадии .	Лечебный климат
		Состояние после хирургического лечения нарушений ритма сердца через 3 мес. после вмешательства, без нарушений сердечного ритма и проводимости.	Лечебный климат

Примечание: * — к прогностически неблагоприятным нарушениям сердечного ритма и проводимости относятся: пароксизмы мерцания и трепетания предсердий, возникающие дважды и чаще в месяц; пароксизмальная тахикардия с частотой приступов более 2 раз в месяц; политопная, групповая, частая экстрасистолия; атриовентрикулярная блокада 2-3 степени; двухпучковая и трехпучковая блокада ножек пучка Гиса.

Сокращения: ФК — функциональный класс, XCH — хроническая сердечная недостаточность.

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 <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 исследований природных лечебных ресурсов, в том числе с учетом результатов соответствующей многолетней практики.

Приложение 12

Рекомендации по проведению вакцинации пациентов с ХСН

Противогриппозная и противопневмококковая вакцинация рекомендуются всем пациентам с ХСН (при отсутствии противопоказаний) для снижения риска смерти. Частота госпитализации пациентов с ХСН значительно повышается во время сезонного гриппа. Кроме того, наличие респираторной инфекции, включая пневмонию, является предиктором неблагоприятного исхода у пациентов с декомпенсацией ХСН. Вакцинация осуществляется в соответствии с календарем профилактических прививок²⁵, другими нормативными правовыми актами, а также соответствующими клиническими и методическими рекомендациями, с учетом иммунного статуса пациента и иных индивидуальных характеристик пациента [25-27]. У пациентов с тяжелыми иммунодефицитами, аллергическими реакциями подходы к иммунизации рассматриваются совместно с врачом — аллергологом-иммунологом и иными врачами-специалистами²⁶. Основные рекомендации по проведению вакцинации пациентов с ХСН в рамках ДН представлены в **таблице 28**.

Таблица 28

Основные рекомендации по проведению вакцинации пациентов с ХСН в рамках ДН

№ п/п	Наименование профилактической прививки	Примечание
1	Вакцинация против гриппа	Рекомендована всем пациентам ежегодно (оптимальный период проведения — август-сентябрь, до начала сезона подъема заболеваемости).
2	Против пневмококковой инфекции	Рекомендована всем пациентам однократная вакцинация ПКВ13 (пневмококковая конъюгированная вакцина), вакцинация ППВ23 (пневмококковая полисахаридная вакцина) 1 раз в 5 лет. Для иммунокомпрометированных пациентов рекомендована схема: ПКВ13, затем ППВ23 через 8 нед.
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).
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, 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.

²⁵ 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" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 декабря 2021 г., регистрационный № 66435). СПС Консультант Плюс.

²⁶ Драпкина О. М., Брико Н. И., Костинов М. П. и др. Иммунизация взрослых. Методические рекомендации. М.: ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России, 2020. 248 с. https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2020/08/immunizaciya-vzroslyh_site.pdf (07.08.2024).

Литература/References

1. Galyavich AS, Tereshchenko SN, Uskach TM, et al. 2024 Clinical practice guidelines for Chronic heart failure. Russian Journal of Cardiology. 2024;29(11):6162. (In Russ.) Галявич А. С., Терещенко С. Н., Ускач Т. М. и др. Хроническая сердечная недостаточность. Клинические рекомендации 2024. Российский кардиологический журнал. 2024;29(11):6162. doi:10.15829/1560-4071-2024-6162. EDN: WKIDLJ
2. Guidelines for outpatient cardiology. Edited by Yu.N. Belenkov, R.G. Oganov. Moscow: GEOTAR-Media, 2007. (In Russ.) Руководство по амбулаторно-поликлинической кардиологии. Под ред. Ю.Н. Беленкова, Р.Г. Оганова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 398 с. ISBN: 5-9704-0308-3
3. Therapeutic Handbook of the University of Washington. 2nd Russian edition. Edited by C. Carey, H. Lee and K. Weltier. Translated from English. edited by D.V. Samoilov and M.A. Osipov, M., Praktika, 2000. 879 p. (In Russ.) Терапевтический справочник Вашингтонского университета. 2-е русское издание. Под ред. Ч.Кэри, Х. Ли и К. Вельти. Пер. с англ. под ред. Д. В. Самойлова и М. А. Осипова. М.: "Практика", 2000. 879 с.
4. Cardiology: A guide for doctors. Edited by R.G. Oganov, I.G. Fomina. M.: Medicine, 2004. 848 p.: ill. (In Russ.) Кардиология: Руководство для врачей. Под ред. Р.Г. Оганова, И.Г. Фоминой. М.: Медицина, 2004. 848 с.: ил. ISBN: 5-225-04098-5.
5. Fomin IV. Arterial hypertension in the Russian Federation — the last 10 years. What's next? Serdze, 2007;6(3):1-6. (In Russ.) Фомин И.В. Артериальная гипертония в Российской Федерации — последние 10 лет. Что дальше? Сердце, 2007;6(3):1-6.
6. Sitnikova MYu, Lyasnikova EA, Yurchenko AV, et al. The results of the Russian Hospital Registry of Chronic heart failure in 3 regions of the Russian Federation. Kardiologija. 2015;10:5-13. (In Russ.) Ситникова М.Ю., Лясниковая Е.А., Юрченко А. В. и др. Результаты Российского госпитального регистра хронической сердечной недостаточности в 3 субъектах Российской Федерации. Кардиология. 2015;10:5-13. doi:10.18565/cardio.2015.10.5-13.
7. Polyakov DS. Chronic heart failure in the Russian Federation: what has changed in 20 years of observation? The results of the EPOCH — CHF study. Kardiologija. 2021;61(4):4-14. (In Russ.) Поляков Д.С. Хроническая сердечная недостаточность в Российской Федерации: что изменилось за 20 лет наблюдения? Результаты исследования ЭПОХА — ХСН. Кардиология. 2021;61(4):4-14. doi:10.18087/cardio.2021.4.n1628.
8. 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.
9. 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. 2nd edition: "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. ISBN: 978-5-6043991-1-8.
10. Drapkina OM, Boytsov SA, Golukhova EZ, et al. Follow-up of patients with atrial fibrillation and flutter by a general practitioner in primary health care. Methodological recommendations. Primary health care. 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:10.15829/10.15829/3034-4123-2024-24. EDN IXJDOK.
11. Drapkina OM, Boytsov SA, Ershova AI, et al. Follow-up of patients with metabolic disorders of lipoproteins and other lipidemias by a general practitioner in primary health care. Methodological recommendations. 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. EDN LDSYMS.
12. Belenkov YuN, Mareev VY. Principles of rational treatment of chronic heart failure. Moscow: Media Medica; 2000. 266 p. (In Russ.) Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю. Принципы рационального лечения хронической сердечной недостаточности. М.: Медиа Медика; 2000. 266 с.
13. Lipkin DP, Scriven AJ, Crake T, Poole-Wilson PA. Six minute walking test for assessing exercise capacity in chronic heart failure. Br Med J (Clin Res Ed). 1986;292(6521):653-5. doi:10.1136/bmjj.292.6521.653.
14. Lukina YuV, Kutishenko NP, Martsevich SYu, et al. Development and validation of new questionnaires in medicine using the example of the scale of adherence to drug therapy. Rational Pharmacotherapy in Cardiology. 2021;17(4):576-83. (In Russ.) Лукина Ю.В., Кутишено Н.П., Мартсевич 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.
15. Mareev VYu, Garganeeva AA, Ageev FT, et al. Expert opinion on the use of diuretics in chronic heart failure. Society of Specialists in Heart Failure. Kardiologija. 2020;60(12):14-27. (In Russ.) Мареев В.Ю., Гарганеева А.А., Агеев Ф.Т. и др. Экспертное мнение по применению диуретиков при хронической сердечной недостаточности. Общество специалистов по сердечной недостаточности. Кардиология. 2020;60(12):14-27. doi:10.18087/cardio.2020.12.n1427.
16. Verbrugge FH, Grieten L, Mullens W. Management of the Cardiorenal Syndrome in Decompensated Heart Failure. Cardiorenal Medicine. 2014;4(3-4):176-88. doi:10.1159/000366168.
17. 2023 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease in patients with diabetes: Developed by the task force on the management of cardiovascular disease in patients with diabetes of the European Society of Cardiology. European Heart Journal. 2023;44(39):4043-140. doi:10.1093/euroheartj/eahd192.
18. Agarwal R, Filippatos G, Pitt B, et al. Cardiovascular and kidney outcomes with finerenone in patients with type 2 diabetes and chronic kidney disease: the FIDELITY pooled analysis. Eur Heart J. 2022;43(6):474-84. doi:10.1093/euroheartj/ehab777.
19. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al. 2023 Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 2023;44(37):3627-39. doi:10.1093/euroheartj/ehad195.
20. Filippatos G, Anker SD, Pitt B, et al. Finerenone and Heart Failure Outcomes by Kidney Function/Albuminuria in Chronic Kidney Disease and Diabetes. JACC Heart Fail. 2022;10(11):860-70. doi:10.1016/j.jchf.2022.07.013.
21. Filippatos G, Anker SD, Agarwal R, et al. Finerenone Reduces Risk of Incident Heart Failure in Patients With Chronic Kidney Disease and Type 2 Diabetes: Analyses From the FIGARO-DKD Trial. Circulation. 2022;145(6):437-47. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.121.057983.
22. Drapkina OM, Kontseva AV, Kalinina AM, et al. Comorbidity of patients with chronic non-communicable diseases in the practice of a general practitioner. The Eurasian leadership. Cardiovascular therapy and prevention. 2024;23(3):3996. (In Russ.) Драпкина О.М., Концевая А.В., Калинина А.М. и др. Коморбидность пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями в практике врача-терапевта. Евразийское руководство. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2024;23(3):3996. doi:10.15829/1728-8800-2024-3996. EDN AVZLPJ.
23. Ageev FT, Blankova ZN, Svirida ON, et al. An algorithm for the organization of care for patients with chronic heart failure. Five steps to success. Cardiological Bulletin. 2024;19(3):6-15. (In Russ.) Агеев Ф.Т., Бланкова З.Н., Свирида О.Н. и др. Алгоритм организации помощи пациентам с хронической сердечной недостаточностью. Пять шагов к успеху. Кардиологический вестник. 2024;19(3):6-15. doi:10.17116/Cardiobulletin2024190316.
24. Boytsov SA, Ageev FT, Blankova ZN, et al. Guidelines for nurses in the office of patients with chronic heart failure. Cardiovascular therapy and prevention. 2021;20(1):2754. (In Russ.) Бойцов С.А., Агеев Ф.Т., Бланкова З.Н. и др. Методические рекомендации для медицинских сестер кабинета больных с хронической сердечной недостаточностью. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2021;20(1):2754. doi:10.15829/1728-8800-2021-2754.
25. Avdeev SN, Alyeva MKh, Baranov AA, et al. Vaccinoprophylaxis of pneumococcal infection in children and adults. Methodological recommendations. Preventive medicine. 2023;26(9-2):3-23. (In Russ.) Авдеев С.Н., Альяева 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.
26. 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.
27. Kostinov MP. Adult vaccination — from strategy to tactics. A guide for doctors. M.: MDV Group, 2020. 248 p. (In Russ.) Костинос М.П. Вакцинация взрослых — от стратегии к тактике. Руководство для врачей. М.: Группа МДВ, 2020. 248 с.

Драпкина О.М. (Drapkina O.M.) — д.м.н., профессор, академик РАН, директор ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава России, зав. кафедрой терапии и профилактической медицины ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России. ORCID: 0000-0002-4453-8430;

Бойцов С.А. (Boytsov S.A.) — д.м.н., профессор, академик РАН, генеральный директор ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии им. акад. Е. И. Чазова" Минздрава России, профессор кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России. ORCID: 0000-0001-6998-8406;

Агеев Ф.Т. (Ageev F.T.) — д.м.н., профессор, главный научный сотрудник, руководитель отдела амбулаторных лечебно-диагностических технологий НИИ клинической кардиологии им. А. Л. Мясникова ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии им. акад. Е. И. Чазова" Минздрава России. ORCID: 0000-0003-4369-1393;

Бланкова З.Н. (Blankova Z.N.) — к.м.н., научный сотрудник отдела амбулаторных лечебно-диагностических технологий ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии им. акад. Е. И. Чазова" Минздрава России. ORCID: 0000-0002-9858-6956;

Джиоева О.Н. (Dzhioeva O.N.) — д.м.н., руководитель лаборатории кардиовизуализации, вегетативной регуляции и сомнологии, директор Института профессионального образования и аккредитации ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России. ORCID: 0000-0002-5384-3795;

Дроздова Л.Ю. (Drozdova L.Yu.) — к.м.н., руководитель лаборатории поликлинической терапии ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, главный внештатный специалист по медицинской профилактике Минздрава России. ORCID: 0000-0002-4529-3308;

Ипатов П.В. (Ipatov P.V.) — д.м.н., профессор, главный научный сотрудник ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России. ORCID: 0000-0001-7724-6429;

Калинина А.М. (Kalinina A.M.) — д.м.н., профессор, главный научный сотрудник, руководитель отдела первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний в системе здравоохранения ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, заслуженный деятель науки Российской Федерации. ORCID: 0000-0003-2458-3629;

Марцевич С.Ю. (Martsevich S.Yu.) — д.м.н., профессор, руководитель отдела профилактической фармакотерапии, главный научный сотрудник ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России. ORCID: 0000-0002-7717-4362;

Савченко Е.Д. (Savchenko E.D.) — к.м.н., ведущий научный сотрудник отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Института профессионального образования и аккредитации ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России. ORCID: 0000-0002-3540-3331;

Свирида О.Н. (Svirida O.N.) — к.м.н., научный сотрудник отдела амбулаторных лечебно-диагностических технологий и лаборатории фиброза миокарда и сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии им. акад. Е. И. Чазова" Минздрава России;

Смирнова М.И. (Smirnova M.I.) — к.м.н., ведущий научный сотрудник отдела первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний в системе здравоохранения ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России. ORCID: 0000-0002-6208-3038;

Чесникова А.И. (Chesnikova A.I.) — д.м.н., профессор, главный внештатный специалист по терапии Южного федерального округа, заведующий кафедрой внутренних болезней №1 ФГБОУ ВО "Ростовский ГМУ" Минздрава России. ORCID: 0000-0002-9323-592X;

Шепель Р.Н. (Shepel R.N.) — к.м.н., заместитель директора по перспективному развитию медицинской деятельности ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, главный внештатный специалист по терапии Минздрава России в Центральном федеральном округе, доцент кафедры терапии и профилактической медицины ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России. ORCID: 0000-0002-8984-9056;

Шурупова Е.Г. (Shurupova E.G.) — врач-методист группы по организации медицинской помощи отдела организационно-методического управления и анализа оказания медицинской помощи ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России. ORCID: 0009-0005-0772-5965;

Явелов И.С. (Yavelov I.S.) — д.м.н., профессор, руководитель отдела фундаментальных и клинических проблем тромбоза при неинфекционных заболеваниях ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России. ORCID: 0000-0003-2816-1183.

Методические рекомендации

Редакционная статья

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

Методические рекомендации содержат описание организации проведения диспансерного наблюдения пациентов с алкогольным циррозом печени врачом-терапевтом.

В данном документе представлены современные подходы к диагностике, включая клинические, лабораторные и инструментальные методы, необходимые для динамического наблюдения пациентов с алкогольным циррозом печени. Также изложены стандарты лечения, охватывающие как медикаментозные, так и немедикаментозные методы терапии, направленные на замедление прогрессирования заболевания, предотвращение осложнений и улучшение качества жизни пациентов. Особое внимание уделено интеграции мультидисциплинарного подхода для оптимизации ведения пациентов. Методические рекомендации основаны на данных доказательной медицины и содержат последние клинические исследования и международные стандарты, что делает их актуальными и полезными для практикующих врачей.

Методические рекомендации предназначены для врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей), врачей-терапевтов участковых цехового врачебного участка, а также среднего медицинского персонала, работающего с указанными врачами, фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских здравпунктов) в случае возложения на них функций лечащего врача. Могут быть использованы врачами-организаторами здравоохранения, руководителями медицинских организаций первичной медико-санитарной помощи и их подразделений.

Ключевые слова: алкогольный цирроз печени, диспансерное наблюдение, первичное звено здравоохранения, диагностика и мониторинг, мультидисциплинарный подход, печеночная энцефалопатия, нутритивная поддержка, абstinенция, краткое профилактическое консультирование.

Отношения и деятельность: нет.

Рецензенты:

Абдулганиева Д.И. — д.м.н., профессор, зав. кафедрой госпитальной терапии ФГБОУ ВО "Казанский ГМУ" Минздрава России, главный внештатный терапевт Министерства здравоохранения Республики Татарстан (Казань, Россия);
Бакулин И.Г. — д.м.н., профессор, декан лечебного факультета, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии им. С.М. Рысса ФГБОУ ВО "СЗГМУ им. И.И. Мечникова" (Санкт-Петербург, Россия).

Методические рекомендации утверждены на заседании Ученого совета ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России (протокол № 9 от 19.11.2024).

Для цитирования: Драпкина О.М., Ивашкин В.Т., Маев И.В., Ливзан М.А., Дроздова Л.Ю., Жаркова М.С., Ипатов П.В., Калинина А.М., Люсина Е.О., Маевская М.В., Свищева А.А., Шепель Р.Н., Шептулина А.Ф. Диспансерное наблюдение пациентов с алкогольным циррозом печени врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации. Первая медико-санитарная помощь. 2025;2(1):115-145. doi: 10.15829/3034-4123-2025-33. EDN DQSXKB

Драпкина О. М.,
Ивашкин В. Т.,
Маев И. В.,
Ливзан М. А.,
Дроздова Л. Ю.,
Жаркова М. С.,
Ипатов П. В.,
Калинина А. М.,
Люсина Е. О.,
Маевская М. В.,
Свищева А. А.,
Шепель Р. Н.*,
Шептулина А. Ф.

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

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

ГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России, Москва, Российская Федерация

ФГБОУ ВО "ОмГМУ" Минздрава России, Омск, Российская Федерация

Российское общество профилактики неинфекционных заболеваний, Москва, Российская Федерация

Российское общество по изучению печени, Москва, Российская Федерация

*Corresponding author
(Автор, ответственный за переписку): r.n.shepel@mail.ru

Поступила: 20.11.2024
Принята: 22.11.2024



Guidelines

Editorial

Outpatient follow-up of patients with alcohol-associated liver cirrhosis by a primary care physician. Guidelines

The guidelines describe the organization of follow-up of patients with alcohol-associated liver cirrhosis by a general practitioner.

This document presents modern approaches to diagnostics, including clinical and paraclinical methods necessary for follow-up monitoring of patients with alcohol-associated liver cirrhosis. It also includes treatment standards covering both pharmacological and non-pharmacological methods aimed at slowing the disease progression, preventing complications and improving the quality of life. Special emphasis is placed on the integration of a multidisciplinary approach, involving collaboration among specialists to optimize patient management. The guidelines are based on evidence-based medicine and include the latest clinical research and international standards, making them relevant and useful for practitioners.

The guidelines are intended for general practitioners, family doctors, as well as for mid-level health providers working with the above-mentioned doctors, for paramedics performing the doctor functions. The guidelines can be used by public health physicians, heads of primary health care facilities and their divisions.

Keywords: alcohol-associated liver cirrhosis, outpatient follow-up, primary health care, diagnostics and monitoring, multidisciplinary approach, hepatic encephalopathy, nutritional support, abstinence, brief preventive counseling.

Relationships and Activities: none.

For citation: Drapkina O. M., Ivashkin V. T., Maev I. V., Livzan M. A., Drozdova L. Yu., Zharkova M. S., Ipatov P. V., Kalinina A. M., Lyusina E. O., Mayevskaya M. V., Svishcheva A. A., Shepel R. N., Sheptulina A. F. Outpatient follow-up of patients with alcohol-associated liver cirrhosis by a primary care physician. Guidelines. *Primary Health Care (Russian Federation)*. 2025;2(1):115-145. doi: 10.15829/3034-4123-2025-33. EDN DQSXKB

АБП — алкогольная болезнь печени, АЦП — алкогольный цирроз печени, БАБ — бета-адреноблокаторы, ВРВП — варикозное расширение вен пищевода, ДН — диспансерное наблюдение, КПК — краткое профилактическое консультирование, ПЭ — печеночная энцефалопатия, УДХК — урсодезоксихолевая кислота, ЦП — цирроз печени.

Drapkina O. M.,
Ivashkin V. T.,
Maev I. V.,
Livzan M. A.,
Drozdova L. Yu.,
Zharkova M. S.,
Ipatov P. V.,
Kalinina A. M.,
Lyusina E. O.,
Mayevskaya M. V.,
Svishcheva A. A.,
Shepel R. N.*,
Sheptulina A. F.

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

Sechenov First Moscow State Medical
University, Moscow, Russian Federation

Russian University of Medicine
of the Ministry of Health of Russia,
Moscow, Russian Federation

Omsk State Medical University,
Omsk, Russian Federation

Russian Society for the Prevention
of Noncommunicable Diseases,
Moscow, Russian Federation

Russian Society for the Study
of the Liver (ROPIP), Moscow,
Russian Federation

*Corresponding author:
r.n.shepel@mail.ru

Received: 20.11.2024

Accepted: 22.11.2024



Алкогольный цирроз печени (АЦП) — одна из клинических форм алкогольной болезни печени (АБП).

Цирроз печени (ЦП) — это диффузный процесс, характеризующийся фиброзом и трансформацией нормальной структуры печени с образованием узлов. Это финальная стадия большинства хронических диффузных заболеваний печени¹.

АБП — клинико-морфологическое понятие, отражающее поражение печени в результате злоупотребления алкоголем. АБП имеет следующие клинико-морфологические формы: стеатоз, алкогольный гепатит (стеатогепатит), фиброз и ЦП².

Причиной развития АБП, включая АЦП, является употребление алкогольсодержащих напитков. При алкогольной зависимости факт наличия АБП диагностируется практически у всех пациентов².

По данным Всемирной организации здравоохранения, ~4,7% всех смертей в мире связаны с заболеваниями/состояниями, вызванными употреблением алкоголя³. В России официальная заболеваемость алкоголизмом в 2022 г. составила 1051,4 тыс. человек (Росстат). АЦП развивается ~ у 10-20% людей с длительным и чрезмерным употреблением алкоголя [1].

Основными источниками информации по клиническим аспектам проведения диспансерного наблюдения (ДН) пациентов с АЦП являются Клинические рекомендации "Алкогольная болезнь печени", разработанные Российской обществом по изучению печени, Российской гастроэнтерологической ассоциацией, Общероссийской общественной организацией "Российское научное медицинское общество терапевтов", Российским обществом профилактики неинфекционных заболеваний и ассоциацией психиатров и психологов за научно-обоснованную практику, одобренные Научно-практическим Советом Минздрава России в 2024 г., Клинические рекомендации "Алкогольная болезнь печени (АБП) у взрослых", разработанные Общероссийской общественной организацией "Российское научное медицинское общество терапевтов" и Научным

обществом гастроэнтерологов России, утвержденные Минздравом России и одобренные Научно-практическим Советом Минздрава России в 2021 г. и Клинические рекомендации "Цирроз и фиброз печени", разработанные Российской обществом по изучению печени и Российской Гастроэнтерологической Ассоциацией, также одобренные Научно-практическим Советом Минздрава России в 2021 г. Кроме того, ведение пациентов с АЦП регламентируется Стандартом медицинской помощи взрослым при циррозе и фиброзе печени (диагностика и лечение), утвержденным приказом Минздрава России от 28 декабря 2022 г. № 810н.

ДН пациентов с АЦП врачом-терапевтом⁴ осуществляется в соответствии с приказом Минздрава России от 15 марта 2022 г. № 168н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми".

Алгоритм диспансерного приема (осмотра, консультации) пациента с АЦП представлен в таблице 1.

Основными задачами ДН за пациентами с АЦП являются:

1. Динамическое наблюдение с обследованиями и контролем риска развития осложнений АЦП: кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП) и желудка, асцита, печеночной энцефалопатии (ПЭ), дисфункции/острого повреждения почек и 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 и бактериемия)).

2. Скрининг гепатоцеллюлярного рака.

3. Профилактика злоупотребления алкоголем и лечение развивающейся алкогольной зависимости.

4. Динамический анализ показаний для трансплантации печени.

¹ Клинические рекомендации "Алкогольная болезнь печени (АБП) у взрослых". https://cr.minsdrav.gov.ru/recomend/711_1 (20.08.2024).

² Клинические рекомендации "Алкогольная болезнь печени". https://cr.minsdrav.gov.ru/recomend/711_2 (30.10.2024).

³ WHO (2024). Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorder;2024. <https://www.who.int/publications/item/9789240096745> (20.11.2024).

⁴ 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.

Таблица 1**Алгоритм ДН врачом-терапевтом пациентов с АЦП**

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)⁵	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов⁶	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом
Алкогольный цирроз печени (K70.3)	<p>Первое посещение: при взятии под ДН, направление пациента на профилактический медицинский осмотр или диспансеризация определенных групп взрослого населения;</p> <p>Далее — 1 раз в 3-4 мес.</p> <p>Контролируемые показатели: отсутствие данных, подтверждающих злокачественные новообразования по результатам УЗИ ОБП или КТ, или МРТ; повышение уровня альфа-фетопротеина крови</p> <p>Длительность наблюдения — пожизненно или до выявления/лечения гепатоцеллюлярной карциномы</p>	<p>Сбор жалоб с оценкой динамики:</p> <ul style="list-style-type: none"> астенический синдром: слабость, головокружение, головные боли, анорексия, нарушение ритма сна и бодрствования, снижение либido и толерантности к физическим нагрузкам, небольшое повышение температуры тела, потеря массы тела; диспепсия и нарушения стула: тошнота, рвота и диарея; боль и дискомфорт в правом подреберье; зуд кожных покровов, желтушность кожных покровов, осветление кала, потемнение мочи; неврологический синдром: сонливость или нарушение/спонтанность сознания, инверсия ритма сна, нарушение речи, астериаксис, повышение мышечного тонуса глубоких сухожильных рефлексов, повышение аппетита; отечно-асцитический синдром: отеки нижних конечностей, увеличение живота в объеме; геморрагический синдром: повышение кровоточивости и появление подкожных гематом без видимых причин. <p>Сбор анамнеза:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 (<u>AUDIT ≥20 баллов или RUS-AUDIT ≥11 баллов для женщин, для мужчин — ≥17 баллов</u>), показана консультация врача — психиатра-нарколога (<u>Приложения 1-3</u>); наличие других заболеваний печени, инфекций вирусными гепатитами, обструкции желчных путей, а также сопутствующих и сочетанных заболеваний или отдельных симптомов, которые могут быть связаны с повреждением печени и усугубляют развитие и течение АЦП (сахарный диабет, ожирение и метаболический синдром, ВИЧ-инфекция, артериальная гипертензия, гиперлипидемия, вирусные гепатиты В и С, перегрузка железом, дефицит альфа-1-антитрипсина и др.); наличие аутоиммунных заболеваний (например, аутоиммунный тиреоидит, воспалительные заболевания кишечника, синдром Шегрена и т.д.), которые могут ассоциироваться с повреждением печени и усиливать повреждающее действие на ткани печени этанола с прогрессированием АЦП;

⁵ Международная классификация болезней 10-го пересмотра, <https://mkb-10.com/index.php?pid=8073> (22.08.2024).⁶ Приказ Минздрава России от 15 марта 2022 г. № 168н "Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 21 апреля 2022 г., регистрационный № 68288). СПС Консультант Плюс.

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)⁵	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов⁶	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом
		<ul style="list-style-type: none"> • выявление других вредных привычек, в том числе курения, прием наркотических препаратов; • наличие в анамнезе переливания крови, оперативных вмешательств, стоматологических процедур, парентеральных введений лекарственных и прочих веществ, пирсинга, татуировок; • отношение пациента к группам риска (пациенты с вирусными гепатитами, сексуальные меньшинства); • полноценность питания; • уточнить контакт с токсичными веществами в рамках профессиональной деятельности; • лекарственный анамнез (выяснить все используемые лекарственные препараты по назначению врачей (наличие полипрограммии), так и без назначения. Необходимо выявлять препараты, которые могут оказывать дозозависимый, токсический эффект и прямое повреждающее действие на печень, а также проводить активный опрос пациента об употреблении биологически активных добавок, витаминов и препаратов растительного происхождения); • динамика симптомов, частота и длительность обострений, ремиссия заболевания. <p>Физикальное обследование:</p> <ul style="list-style-type: none"> • антропометрические измерения (рост, вес, окружность талии); • расчет ИМТ; • измерение частоты сердечных сокращений; • измерение артериального давления; • измерение температуры тела; • осмотр на наличие и распространенность периферических отеков; • пальпация пульса на периферических артериях; • осмотр, пальпация и перкуссия живота; • аускультация сердца и легких; • осмотр кожных покровов; • динамометрия (оценка выраженности саркопении). <p>При объективном исследовании следует обращать внимание на так называемые "алкогольные стигмы", к которым относятся одутловатость лица, расширение сосудов носа и склер, увеличение околоушных слюнных желез, ринофима, атрофия мышц плечевого пояса, яркие сосудистые звездочки, гинекомастия, контрактура Дюпюитрена, трепор пальцев рук, атрофия яичек, гепатомегалия, "мраморность" кожных покровов, повышенная потливость, раздражительность (Приложение 4).</p>

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)⁵	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов⁶	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом
		<p>Оценка факторов риска, влияющих на прогрессирование АЦП:</p> <ul style="list-style-type: none"> • женский пол; • ожирение и ИМТ $\geq 30 \text{ кг}/\text{м}^2$ и абдоминальное ожирение (окружность талии $>102 \text{ см}$ у мужчин и $>88 \text{ см}$ у женщин); • инфекция, обусловленная гепатотропными вирусами; • прием некоторых ксенобиотиков, их количество и длительность (группы нестероидных противовоспалительных средств (ацетилсалициловой кислоты, индометацина, ибупрофена и др.), антибиотиков (например, тетрациклического ряда), амиодарона, метотрексата, кортикостероидов, эстрогенов, противогрибковых препаратов системного действия, противотуберкулезных препаратов (например, изоназид), а также слабительных средств, тамоксифена, противосудорожных средств, психотропных, анестетиков, антидепрессантов); • продолжающийся прием алкоголя; • курение. <p>Лабораторные диагностические исследования [2, 3]:</p> <ul style="list-style-type: none"> • общий (клинический) анализ крови развернутый — 1 раз в год; • анализ крови биохимический общетерапевтический (общий белок, альбумин, билирубин общий, билирубин связанный (конъюгированный), креатинин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, щелочная фосфатаза, гамма-глутамилтрансфераза, глюкоза) — 1 раз в год; • коагулограмма (международное нормализованное отношение, протромбиновый индекс (%), фибриноген, протромбин, протромбиновое (тромбопластиновое) время) — 1 раз в год; • определение антитела (HbsAg) вируса гепатита В (<i>Hepatitis B virus</i>) в крови — 1 раз в год при наличии факторов риска; • определение суммарных антител классов M и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита C (<i>Hepatitis C virus</i>) в крови — 1 раз в год при наличии факторов риска; • определение антител к вирусу гепатита D (<i>Hepatitis D virus</i>) в крови — при выявлении HbsAg или наличии в анамнезе HBV инфекции; • определение уровня альфа-фетопротеина — 1 раз в год.

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10) ⁵	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов ⁶	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом
		<p>Инструментальные диагностические исследования [2, 3]:</p> <ul style="list-style-type: none"> регистрация электрокардиографии — 1 раз в год (для исключения нарушений ритма сердца, косвенных признаков алкогольной кардиомиопатии и других сочетанных и сопутствующих заболеваний сердца); УЗИ ОБП — 2 раза в год; эзофагогастродуоденоскопия — 1 раз в 2-3 года (в зависимости от активности заболевания) при отсутствии варикозных вен пищевода на старте, 1 раз в 1-2 года (в зависимости от активности заболевания) при небольших венах пищевода и отсутствии пятен васкулопатии; КТ ОБП с внутривенным болясным 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 подозрений на гепатоцеллюлярный рак — по показаниям. <p>Оценка тяжести цирроза по шкале Child-Pugh (Приложение 5):</p> <ul style="list-style-type: none"> проведение оценки тяжести ЦП рекомендовано у всех пациентов с данным диагнозом. <p>Оценка состояния сознания больного с ПЭ по Тесту связи чисел (Приложение 6):</p> <ul style="list-style-type: none"> для определения скрытой ПЭ (минимальной и ПЭ 1 стадии по критериям West-Haven), которая клинически не проявляется и характеризуется снижением быстроты познавательной деятельности и точности тонкой моторики и для оценки динамики психометрических тестов в процессе лечения. <p>Оценка состояния сознания больного с ПЭ по Animal naming test (Приложение 7):</p> <ul style="list-style-type: none"> для определения скрытой ПЭ (минимальной и ПЭ 1 стадии по критериям West-Haven), которая клинически не проявляется и характеризуется снижением быстроты познавательной деятельности и точности тонкой моторики и для оценки динамики психометрических тестов в процессе лечения. <p>Оценка стадии ПЭ по критериям West-Haven (Приложение 8):</p> <ul style="list-style-type: none"> для оценки тяжести клинически явной ПЭ (начиная со 2 стадии West-Haven). <p>Оценка терминальной стадии заболеваний печени по индексу MELD-Na (Приложение 9):</p> <ul style="list-style-type: none"> проводение оценки для определения очередности трансплантации печени в листе ожидания. <p>Определение показаний к госпитализации (Приложение 10)</p>

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10) ⁵	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов ⁶	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом
		<p>Консультации врачей-специалистов, в том числе с применением телемедицинских технологий⁷:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. <p>Оценка достижения целевых показателей здоровья:</p> <ul style="list-style-type: none"> нормализация белково-синтетической функции печени; абstinенция; нормализация аланинаминотрансферазы/ аспартатаминотрансферазы; ИМТ — 18,5-24,9 кг/м², окружность талии — <94 см (мужчины) и <80 см (женщины). <p>Краткое профилактическое консультирование (при наличии факторов риска) направлено на поддержание/контроль абстиненции, а также включает обсуждение всех индивидуальных факторов риска (см. выше), рекомендации по профилактике модифицируемых факторов, психоэмоционального стресса, что важно для всех пациентов, особенно с отягощенным наследственным анамнезом. Необходимо направить пациента в отделение (кабинет) медицинской профилактики для проведения углубленного профилактического консультирования с целью коррекции факторов риска, включая употребление алкоголя (Приложение 11).</p> <p>Немедикаментозная и медикаментозная терапия:</p> <ul style="list-style-type: none"> основные этапы терапии пациентов с АЦП включают лекарственную терапию, направленную в том числе на достижение и поддержание абстиненции, коррекцию печеночной недостаточности и нутритивную поддержку, профилактику развития осложнений ЦП (Приложения 11, 12).

⁷ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 ноября 2017 г. № 965н "Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий". СПС Консультант Плюс.

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)⁵	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов⁶	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом
		<p>Уточнение факта приема лекарственных средств, а также прочих препаратов при наличии показаний к их применению.</p> <p>Определение приверженности к проводимому лечению и его эффективности по оценке самого пациента, выявление причин невыполнения ранее назначенного лечения.</p> <p>Корректировка немедикаментозной и медикаментозной терапии (при необходимости):</p> <ul style="list-style-type: none"> • коррекция модифицируемых факторов риска; • исключение необоснованного приема лекарств; • коррекция частично модифицируемых факторов риска; • коррекция фармакотерапии; • коррекция терапии сопутствующих заболеваний. <p>Направление 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 (Приложение 13).</p> <p>Определение наличия показаний и отсутствия противопоказаний для направления на санаторно-курортное лечение (Приложение 13).</p> <p>Информирование пациента о результатах проведенного диспансерного осмотра:</p> <ul style="list-style-type: none"> • выдача рекомендаций, информирование о целевых уровнях показателей здоровья; • направление пациента с наличием факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в отделение/кабинет медицинской профилактики или центр здоровья для <u>проведения углубленного профилактического консультирования с целью коррекции факторов риска</u>; • информирование о необходимости регулярного динамического диспансерного наблюдения; • информирование о необходимости прохождения диспансеризации и ежегодно профилактического медицинского осмотра⁸; • информирование о дате следующей явки.

⁸ Приказ Минздрава России от 27 апреля 2021 г. № 404н "Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 30 июня 2021 г., регистрационный № 64042). СПС Консультант Плюс.

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10) ⁵	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов ⁶	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом
		<p>Направление на вакцинацию:</p> <ul style="list-style-type: none"> против гриппа — ежегодно, в первую очередь пациенты пожилого возраста для снижения риска смерти; против пневмококковой инфекции — пациенты, относящиеся к группам риска (лица, подлежащие призыву на военную службу; лица старше 60 лет, страдающие хроническими заболеваниями легких; лица старше трудоспособного возраста, проживающие в организациях социального обслуживания); против гепатита В — взрослые от 18 до 55 лет, не привитые ранее против вирусного гепатита В; лица, у которых произошел контакт с материалом, инфицированным вирусом гепатита В; лица из группы риска, в силу профессиональных обязанностей имеющие постоянный контакт с кровью в случае снижения титра антител <100 МЕ/л. <p>Оформление медицинской документации:</p> <ul style="list-style-type: none"> форма №025/у "Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях"; форма №030/у "Контрольная карта диспансерного наблюдения"⁹; форма №057/у-04 "Направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию"¹⁰ (при необходимости).

Сокращения: АЦП — алкогольный цирроз печени, ИМТ — индекс массы тела, КТ — компьютерная томография, МРТ — магнитно-резонансная томография, ОБП — органы брюшной полости, ПЭ — печеночная энцефалопатия, УЗИ — ультразвуковое исследование, ЦП — цирроз печени.

⁹ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. № 834н "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению". СПС Консультант Плюс.

¹⁰ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22 ноября 2004 г. № 255 "О Порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг". СПС Консультант Плюс.

Гепа-Мерц®

МНН орнитин

Включен в клинические рекомендации Алкогольная болезнь печени*



Показания к применению:**

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

* Клинические рекомендации Алкогольная болезнь печени, Министерство здравоохранения Российской Федерации, 2024 год, 78 стр.

** Инструкция по медицинскому применению препарата Гепа-Мерц®, РУ П № 015093/01 от 22.03.2007



WWW.HEPA-MERZ.RU

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-2455328 от 06.02.2025

Приложение 1

Анкета-опросник для оценки характера употребления алкоголя "AUDIT"^{1,11} [4]

Количество баллов					
0	1	2	3	4	
1 Как часто Вы употребляете спиртные напитки?					Баллы
Никогда	1 раз в мес. и реже	2-4 раза в мес.	2-3 раза в нед.	4 и более раз в нед.	<input type="checkbox"/>
2 Сколько Вы обычно выпиваете в день?					
30-60 мл 40% водки, или 75-150 мл 17-20% крепленого вины, 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 вины, 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 вины, 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 вины, или 700-1 000 мл 11-13% сухого вина, или 3,5-4 бутылки 5% пива	более 300 мл 40% водки, или более 750 мл 17-20% крепленого вины, или более 1 000 мл 11-13% сухого вина, или более 5 бутылок 5% пива	<input type="checkbox"/>
3 Как часто Вы выпиваете более 180 мл водки (450 мл вина) в течение 1 дня?					
Никогда	Менее 1 раза в мес.	1 раз в мес.	1 раз в нед.	Ежедневно или почти ежедневно	<input type="checkbox"/>
4 Как часто за последний год Вы находили, что не способны остановиться, начав пить?					
Никогда	Менее 1 раза в мес.	1 раз в мес.	1 раз в нед.	Ежедневно или почти ежедневно	<input type="checkbox"/>
5 Как часто за последний год Вы из-за выпивки не сделали то, что от Вас обычно ожидают?					
Никогда	Менее 1 раза в мес.	1 раз в мес.	1 раз в нед.	Ежедневно или почти ежедневно	<input type="checkbox"/>
6 Как часто за последний год Вам необходимо было выпить утром для устранения похмелья?					
Никогда	Менее 1 раза в мес.	1 раз в мес.	1 раз в нед.	Ежедневно или почти ежедневно	<input type="checkbox"/>
7 Как часто за последний год у Вас возникало чувство вины на следующий день после употребления алкоголя?					
Никогда	Менее 1 раза в мес.	1 раз в мес.	1 раз в нед.	Ежедневно или почти ежедневно	<input type="checkbox"/>
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 мес.	1 раз в мес.	1 раз в нед.	Ежедневно или почти ежедневно	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>

¹¹ Онлайн-калькулятор. <https://medsoftpro.ru/kalkulyatory/audit-test.html> (24.01.2025).

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 2

Анкета-опросник для оценки характера употребления алкоголя "RUS-AUDIT" ^{1,12}

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 мес.	2-3 раза в нед.	4 раза в нед. или чаще	<input type="checkbox"/>
2 Сколько алкогольных напитков (стандартных порций, СП)					
1-2 СП	3-4 СП	5-6 СП	7-9 СП	10 или больше СП	<input type="checkbox"/>
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 мес.	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно	<input type="checkbox"/>
4 Как часто за последние 12 мес. Вы не могли остановиться, начав употреблять алкогольные напитки?					
Никогда	Реже одного раза в мес.	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно	<input type="checkbox"/>
5 Как часто за последние 12 мес. из-за выпивки Вы не сделали то, что от Вас обычно ожидалось?					
Никогда	Реже одного раза в мес.	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно	<input type="checkbox"/>
6 Как часто за последние 12 мес. Вам необходимо было выпить утром, чтобы прийти в себя после выпивки (опохмелиться)?					
Никогда	Реже одного раза в мес.	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно	<input type="checkbox"/>
7 Как часто за последние 12 мес. Вы испытывали чувство вины или сожаления после выпивки?					
Никогда	Реже одного раза в мес.	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно	<input type="checkbox"/>
8 Как часто за последние 12 мес. Вы испытывали чувство вины или сожаления после выпивки?					
Никогда	Реже одного раза в мес.	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно	<input type="checkbox"/>
9 Являлось ли Ваше употребление алкогольных напитков причиной травмы у Вас или у других людей?					
Никогда	-	Да, более 12 мес. назад	-	Да, в течение последних 12 мес.	<input type="checkbox"/>
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 мес. назад	-	Да, в течение последних 12 мес.	<input type="checkbox"/>
Укажите количество баллов Максимальное количество баллов — 40					<input type="checkbox"/>

¹² Отчет о реализации проекта RUS-AUDIT: Адаптация и валидация теста AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) для выявления расстройств, обусловленных употреблением алкоголя в Российской Федерации <https://vhodc.mednet.ru/ru/osnovnye-publikacii/alkogolizm-i-zloupotreblenie-narkoticheskimi-sredstvami-narkomaniya/alkogolizm/3794.html> (24.01.2025).

Ключ (интерпретация):

Зона риска	Количество баллов		Уровень риска	Тактика медицинского алгоритма действий
	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, 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, которое приводит к последствиям для физического и психического здоровья.	Краткое вмешательство/ консультирование и наблюдение в 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, суммируйте количество стандартных порций и отметьте соответствующий балл.

Приложение 3

Таблица для перевода алкогольных напитков в стандартные порции алкоголя

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

Сокращение: СП — стандартная порция.

Приложение 4

**Модифицированный тест для оценки вероятности
хронического злоупотребления алкоголем "Сетка LeGo"^{2,13,14}**

№ 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, 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 диагноза АБП.

¹³ Сетка Р.М. LeGo. Онлайн-калькулятор. <https://medsoftpro.ru/kalkulyatory/lego-test.html> (24.01.2025).

¹⁴ Сетка Р.М. Lego (в модификации Жаркова О.Б., Огурцова П.П., Моисеева В.С.) <https://sudact.ru/law/klinicheskie-rekomendatsii-alkogolnaia-bolezni-pecheni-abp-u-prilozhenie-g1-gn/prilozhenie-g6/> (24.01.2025).

Приложение 5

Шкала оценки тяжести цирроза по Child-Pugh^{1,15,16}

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 печени), 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%.

¹⁵ Шкала по Child-Pugh <https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=GAST/78401> (24.01.2025).

¹⁶ Клинический калькулятор. <https://www.msdmanuals.com/ru-ru/professional/multimedia/clinical-calculator/> (24.01.2025).

Приложение 6

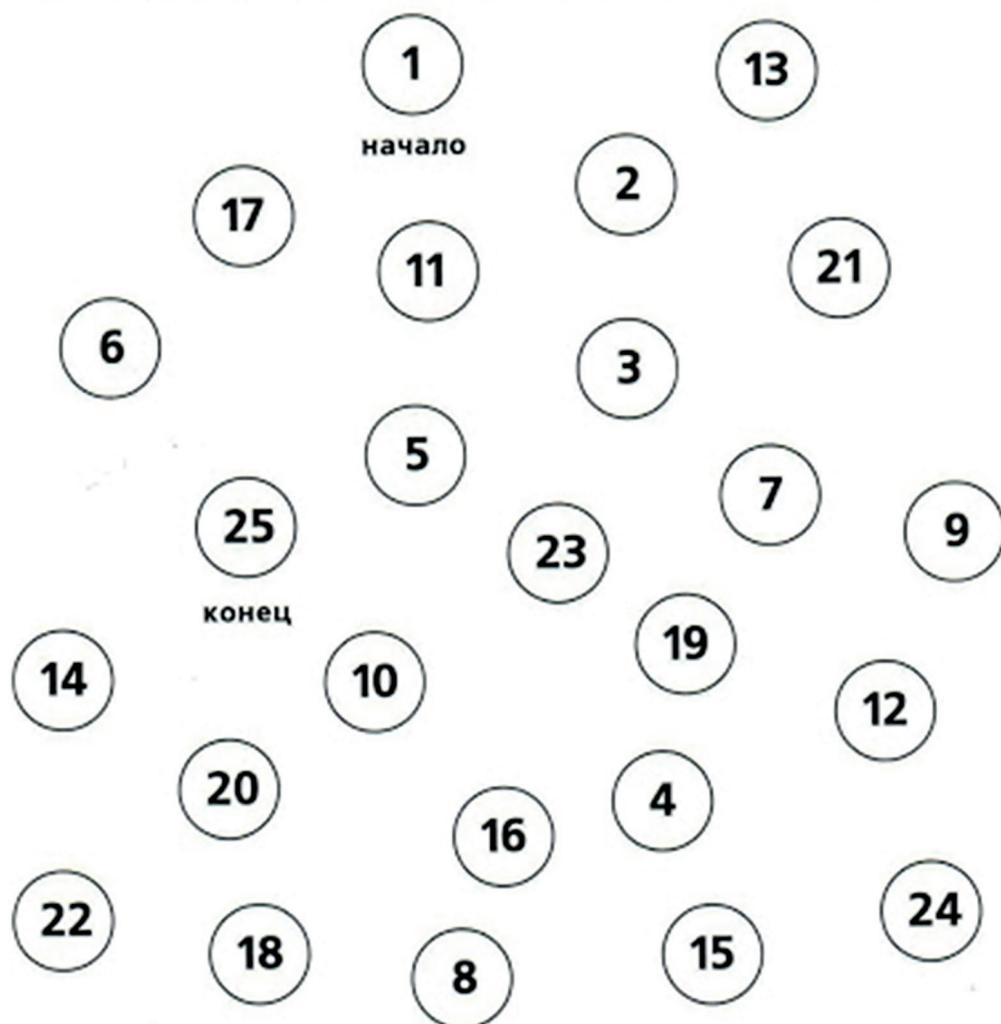
Тест связи чисел для определения стадии ПЭ у пациентов с ЦП, в том числе латентной ПЭ¹

ВАРИАНТ 1

ФИО _____

Дата исследования _____ Время выполнения теста (сек.) _____

Образец почерка (имя и отчество) _____



Ключ (интерпретация):

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

Приложение 7

Опросник для оценки сознания больного ПЭ Animal naming test [5]

ФИО _____

Дата исследования _____

Время выполнения теста: (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 мин., спросите, есть ли еще животные, которых он хотел бы добавить.

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

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

Через 1 мин. 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 АЦП.

Приложение 8

Критерии West-Haven для определения стадии ПЭ у пациентов с ЦП¹⁷ [6]

West-Haven критерии, включая минимальную печеночную энцефалопатию	ISHEN	Описание	Предлагаемые оперативные критерии	Комментарий
Печеночной энцефалопатии нет		<ul style="list-style-type: none"> • Нет симптомов и анамнеза печеночной энцефалопатии 	Скорость психомоторных функций по результатам психометрического / нейропсихологического тестирования или результаты нейрофизиологического исследования в пределах референсных значений.	
Минимальная	Скрытая	<ul style="list-style-type: none"> • 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)		<ul style="list-style-type: none"> • 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, осуществляющими уход, обнаруживаются некоторые когнитивные/поведенческие нарушения по отношению к обычному состоянию пациента.	Клинические данные обычно не воспроизводимы.
2 степень (стадия)	Явная	<ul style="list-style-type: none"> • 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)		<ul style="list-style-type: none"> • 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 3 из следующих признаков: страна, область (или регион), город или место).	Клинические данные в некоторой степени воспроизводимы.
4 степень (стадия)		<ul style="list-style-type: none"> • 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.

¹⁷ Клинические рекомендации EASL. https://easl.eu/wp-content/uploads/2018/10/2014-Hepatic_Encephalopathy_RU.pdf (24.01.2025).

Приложение 9

Индекс MELD-Na для определения очередности трансплантации печени в листе ожидания¹⁸

$$\text{MELD(i)} = 0.957 \times \ln(\text{креатинин}) + 0.378 \times \ln(\text{билирубин}) + 1.120 \times \ln(\text{МНО}) + 0.643$$

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

Далее необходимо выполнить расчет MELD-Na следующим образом:

$$\text{MELD-Na} = \text{MELD(i)} + 1.32 \times (137 - \text{Na}) - [0.033 \times \text{MELD(i)} \times (137 - \text{Na})]$$

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 выявлено, что она обладает большой достоверностью при прогнозировании летального исхода в течение 3-х мес. 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 ч
≥24, но >18	Каждый мес.	7 дней
≤18, но ≥11	Каждые 3 мес.	14 дней
≤11, но >0	Каждые 12 мес.	30 дней

¹⁸ Индекс MELD. <https://www.mayoclinic.org/medical-professionals/transplant-medicine/calculators/meld-model/itt-20434705> (24.01.2025).

Приложение 10

Показания к госпитализации²

Показания к госпитализации при АБП, включая АЦП:

- для проведения диагностики в неясных случаях для уточнения причины поражения печени (если необходимые исследования не могут быть проведены амбулаторно);
- при наличии следующих клинических симптомов/синдромов: желтуха, клинически выраженная энцефалопатия (II стадия и выше), впервые возникший или медикаментозно неконтролируемый/напряженный асцит, отечный синдром, подозрение на кровотечение, появление/усиление астенического синдрома, подозрение на развитие инфекционного осложнения, появление/усиление одышки, клинические признаки поражения почек (олиго-/анурия);
- прогрессирующая печеночно-клеточная недостаточность, печеночная энцефалопатия, для решения вопроса о трансплантации печени.

Приложение 11

Лечение АЦП на амбулаторном этапе

Лечение АЦП направлено на замедление прогрессирования заболевания, предотвращение и лечение осложнений, а также улучшение качества жизни пациента.

Основные подходы к лечению включают:

I. **Абстиненция.** Достижение абстиненции представляется наиболее эффективным средством профилактики прогрессирования АБП. При этом у большинства пациентов с АЦП выявляется алкогольная зависимость, в связи с чем наблюдение должно осуществляться совместно с врачом — психиатром-наркологом, в том числе для предотвращения прогрессирования или купирования алкогольного абстинентного синдрома и алкогольного психоза с подбором адекватной терапии² [4, 7].

Основные методы борьбы с алкогольной зависимостью включают стационарную или амбулаторную реабилитацию (в зависимости от степени тяжести заболевания), в том числе фармакотерапию, групповую терапию, индивидуальную терапию, семейное/консультирование семейных пар, а также общества взаимопомощи (такие, например, как Анонимные Алкоголики), посредством краткого профилактического консультирования (КПК), когнитивно-поведенческой терапии, мотивационного интервьюирования, программы 12 шагов и др. методов [7].

Организации ПМСП считаются наиболее подходящей площадкой для проведения КПК, направленного на прекращение прогрессирования заболевания, предотвращения осложнений и улучшение жизненного прогноза пациента² [8, 9].

КПК — это короткая, ориентированная на пациента форма психологической помощи, направленная на мотивацию к изменению поведения, связанного с употреблением алкоголя. В контексте АЦП, КПК играет важную роль в предотвращении прогрессирования заболевания путем стимулирования пациентов к отказу от употребления алкоголя.

Основные компоненты КПК [4, 7]:

1. Оценка: проводится оценка уровня потребления алкоголя и осведомленности пациента о связанных с этим рисках.

2. Консультирование: медицинский работник предоставляет информацию о вреде алкоголя и его влиянии на здоровье, особенно в контексте ЦП.

3. Мотивационное интервью: используются техники мотивационного интервьюирования для поддержки пациента в принятии решения о необходимости изменения поведения. Это включает обсуждение "за" и "против" прекращения употребления алкоголя.

4. Целеполагание: пациенту помогают установить конкретные, достижимые цели, такие как сокращение или полный отказ от употребления алкоголя.

5. План действий: разрабатывается индивидуальный план, включающий поддержку со стороны семьи, друзей, а также возможно привлечение к более специализированной помощи, такой как длительная психотерапия или реабилитационные программы.

Основные методы проведения КПК [10, 11]:

1. Метод FRAMES

FRAMES — это акроним, обозначающий шесть компонентов КПК, которые часто используются в практике:

1. Feedback (Обратная связь): врач сообщает пациенту результаты медицинских анализов и объясняет, как алкоголь влияет на состояние его печени. Например: "Ваши анализы показывают повышенные уровни печеночных ферментов, что указывает на значительное повреждение печени, вызванное алкоголем".

2. Responsibility (Ответственность): подчеркивается, что только пациент несет ответственность за изменение своего поведения. Например: "Только вы можете принять решение о прекращении употребления алкоголя".

3. Advice (Совет): врач дает четкие рекомендации по отказу от алкоголя. Например: "Для улучшения вашего состояния крайне важно полностью отказаться от алкоголя".

4. Menu of options (Меню опций): врач предлагает несколько возможных стратегий отказа от алкоголя. Например: "Вы можете обратиться в группу поддержки, начать посещать психолога или принять участие в программе реабилитации".

5. Empathy (Эмпатия): важно проявлять понимание и поддержку. Например: "Я понимаю, что отказ от алкоголя может быть трудным, но это очень важно для вашего здоровья".

6. Self-efficacy (Вера в себя): врач подчеркивает веру в способность пациента справиться с задачей. Например: "У вас есть силы справиться с этим, и я готов помочь вам в этом процессе".

2. Краткое консультирование по схеме "5А"

Схема "5А" используется для структурирования краткой интервенции и включает следующие шаги:

1. Ask (Спросить): врач задает вопросы о потреблении алкоголя. Например: "Как часто вы употребляете алкоголь и в каком количестве?".

2. Advise (Посоветовать): врач рекомендует полный отказ от алкоголя. Например: "Для вашего здоровья важно полностью отказаться от алкоголя".

3. Assess (Оценить): оценка готовности пациента к изменению. Например: "Насколько вы готовы изменить свои привычки по отношению к алкоголю?".

4. Assist (Помочь): врач предлагает помочь в виде ресурсов или направлений. Например: "Я могу направить вас к специалисту по зависимости или помочь найти группу поддержки".

5. Arrange (Организовать): назначение последующих встреч или проверок. Например: "Давайте договоримся о следующей встрече через две недели, чтобы обсудить ваш прогресс".

3. Мотивационное интервьюирование

Мотивационное интервьюирование направлено на выявление и укрепление мотивации пациента к изменению. Основные компоненты включают:

- открытые вопросы: "Что вас беспокоит в отношении вашего употребления алкоголя?";
- отражение чувств пациента: "Вы чувствуете, что употребление алкоголя влияет на ваше здоровье и качество жизни";
- поддержка изменений: "Что, по вашему мнению, может помочь вам уменьшить или прекратить употребление алкоголя?".

II. Медикаментозная терапия^{1,2}

1. Диуретики. Назначаются пациентам с впервые возникшим асцитом 2 и более степени (по классификации Международного асцитического клуба).

- Спиронолактон

Назначить спиронолактон в начальной дозировке 100 мг/сут. пациентам с ЦП и впервые возникшим умеренным асцитом. Рекомендовано пошагово увеличивать дозу спиронолактона до максимальной дозы 400 мг (не более 1 нед.) в день пациентам с ЦП и асцитом 2 степени при отсутствии ответа на более низкую дозу. В случае отсутствия эффекта от приема максимальной дозы в течение одной недели констатируют наличие резистентного асцита и меняют терапевтический подход. Дозу спиронолактона увеличивают на 100 мг каждые 72 ч. Критерий эффективности проводимой терапии: уменьшение массы тела не менее, чем на 2 кг в неделю.

- Фуросемид/торасемид

Добавить к лечению "петлевые" диуретики — фуросемид или торасемид — в нарастающих дозах (по 40 или 5 мг, соответственно) пациентам с ЦП с умеренным асцитом при неэффективности монотерапии спиронолактоном или при развитии гиперкалиемии с целью достижения отрицательного водного баланса. Пациентам назначается комбинированная терапия: спиронолактон + фуросемид/торасемид. Начальная доза фуросемида (40 мг/сут.) постепенно увеличивается на 40 мг каждые 7 дней до максимальной дозы 160 мг/сут., доза торасемида — 5 мг до максимальной суточной дозы 30 мг. Рекомендовано рассмотреть вопрос замены фуросемида (эффект фуросемида может быть неудовлетворительным у пациентов с гипоальбуминемией) на торасемид пациентам с ЦП со слабым ответом на фуросемид для достижения отрицательного водного баланса.

Дозы диуретиков следует подбирать таким образом, чтобы максимальное уменьшение массы тела для пациентов с ЦП и с асцитом без периферических отеков составляло 0,5 кг в день, а для пациентов с асцитом и периферическими отеками — 1 кг в день.

2. Бета-адреноблокаторы (БАБ)

Назначение БАБ рекомендовано всем пациентам с ЦП при выявлении высокой степени ВРВП и стигмы риска кровотечения при эзофагогастродуоденоскопии с целью снижения давления в портальной системе и предотвращения кровотечений из ВРВП и варикозное расширение вен желудка.

Пропранолол и карведилол целесообразно назначать в дозе, снижающей частоту пульса в покое на 25%, либо при исходно низком пульсе до 55 уд./мин. Дозы пропранолола могут варьировать от 20 мг/сут. внутрь (начальная) до 320 мг/сут. (максимальная), и подбираются индивидуально. Дозу карведилола необходимо титровать с начальной суточной дозы 6,25 мг, максимальная доза — 25 мг/сут. Рекомендовано избегать высоких доз неселективных БАБ при лечении пациентов с ЦП и напряженным или рефрактерным асцитом. Отмена или временное прекращение приема БАБ рекомендовано при гипотонии, сепсисе, признаках острого повреждения почек.

Следует избегать назначения БАБ в комбинации с вазодилататорами для лечения заболеваний сердца (органическими нитратами) пациентам с ЦП и варикозным кровотечением с целью его остановки.

3. Лактулоза

Назначить лактулозу пациентам для профилактики и лечения ПЭ с целью уменьшения уровня аммиака в системном кровотоке. Сироп лактулозы принимают в индивидуальной дозе (как правило, это 15-30 мл каждые 12 ч) до появления по крайней мере 2-3 дефекаций мягким или неоформленным стулом на протяжении суток. В дальнейшем доза препарата подбирается индивидуально для поддержания 2- или 3-кратного опорожнения кишечника в течение суток.

4. Рифаксимин

Невасасывающийся кишечный антибактериальный препарат (рифаксимин) назначается в суточной дозе 1 100 мг в 2 приема или в суточной дозе 1 200 мг в 3 приема в качестве профилактики и терапии минимальной и явной ПЭ II-III стадии, а также для первичной и вторичной профилактики инфицированного асцита. Длительность применения согласно инструкции составляет 6 мес.

5. L-орнитин L-аспартат

L-орнитин L-аспартат рекомендован пациентам с АБП, в том числе на стадии цирроза, для целей лечения ПЭ любой стадии, а также профилактики ее развития и коррекции гипераммониемии в составе комплексной терапии. Пероральная доза: от 9 до 18 г/день в виде гранулята, предварительно растворенного в 200 мл жидкости; внутривенная доза — от 20 до 40 г/сут. (в среднем 20 г/сут.) в течение 3-8 дней препарата, предварительно разведенного в 500 мл инфузационного раствора, максимальная скорость инфузии — 5 г/ч. Рекомендуемая суточная доза варьирует в зависимости от формы и тяжести ПЭ у пациента с АЦП. Возможный режим дозирования 18 г/сут. перорально в течение 60 дней, что статистически значительно предотвращает будущие эпизоды явной печеночной энцефалопатии через 6 мес. при ЦП.

6. Урсодезоксихолевая кислота (УДХК)

Рекомендуется использование препаратов УДХК в составе комбинированной терапии у пациентов с холестатическим и цитолитическим синдромами при АБП. Оптимальная доза УДХК при АБП составляет 13-15 мг/кг в сут. в 2-3 приема. Курс лечения обычно продолжается от 6 мес. до 1 года, при необходимости может быть пролонгирован на более длительный срок.

7. Адеметионин

Терапия адеметионином может быть пероральной или комбинированной (внутривенной/пероральной). Рекомендуемая доза составляет 5-12 мг/кг массы тела в сут. внутривенно или внутримышечно (400-800 мг/сут.). Рекомендованная доза пероральной формы адеметионина 10-25 мг/кг массы тела в сутки. Пациентам с исходно высоким уровнем билирубина первоначально может быть назначен адеметионин внутривенно в течение двух недель (400-800 мг ежедневно), с последующим переходом на пероральную форму адеметионина в дозе 1 500 мг ежедневно в течение следующих шести недель и более. Пациенты с исходно нормальными показателями уровня билирубина в сыворотке крови могут получать сразу пероральную форму адеметионина 1 500 мг/сут. от 8 нед. Желательно основную дозу препарата назначать в первой половине дня (2 таблетки утром, 1 таблетка вечером). Длительность курса лечения не ограничена. Адеметионин рекомендован пациентам с АБП на стадии цирроза класса А и В по Чайлд-Пью с целью улучшения клинико-биохимических показателей крови и снижения летальности². Пациентам с внутривеночным холестазом может быть назначен адеметионин с целью снижения уровня биохими-

ческих маркеров холестаза (щелочная фосфатаза, гамма-глутамилтрансфераза, билирубина). Для расчета в/в дозы адеметионина можно исходить из следующего правила: пациентам с массой тела <70 кг назначать 500 мг/сут., в случае ≥70 кг — 800 мг/сут. Рекомендованная доза пероральной формы адеметионина 10-25 мг/кг массы тела в сутки² [5, 12].

III. Нутритивная поддержка^{1,2} [4, 7]

Рекомендована диета с низким содержанием натрия (<2,0 г натрия в день (в пересчете на пищевую соль — в среднем 5-6 г, т.е. 1 чайная ложка в сут.) при наличии асцита для достижения отрицательного водного баланса.

Рекомендована диета с высоким употреблением белка (1,2-1,5 г на 1 кг массы тела в сут.) для предотвращения процессов катаболизма количество поступающего белка должно быть не менее 60 г/сут. при ПЭ II-III стадии по критериям West-Haven. После ликвидации признаков ПЭ суточное количество белка должно быть увеличено до 80-100 г/сут. (1,2-1,5 г/кг). Необходимо учитывать, что у каждого пациента с циррозом свой порог переносимости пищевого белка, и при белковой интолерантности его дефицит нужно восполнять энтеральным питанием. Рекомендовано пациентам с ЦП и ПЭ равномерно распределять в течение дня прием небольших порций пищи или жидких пищевых добавок, делать перекус перед сном для профилактики ночного катаболизма эндогенных белков и повышения азотсодержащих соединений в крови. Рекомендовано пациентам с ЦП и ПЭ лечебное питание (аминокислоты, включая комбинации с полипептидами) для уменьшения белкового катаболизма в печени и мышцах и улучшения обменных процессов в головном мозге, нормализации аминокислотного состава крови.

Приложение 12

Стратификация критериев нутритивной недостаточности по степеням тяжести²

Критерии	Норма	Степень недостаточности		
		легкая	средняя	тяжелая
Дефицит массы тела, % от ИМТ	–	10-15	16-25	>26
ТКЖС, мм	мужчины	>11,3	10-11,3	<7,5
	женщины	>14,9	13,2-14,9	<9,9
Индекс масса / рост	20-25	20	18	16
Альбумин, г/л	35-50	30-35	25-30	<25
Трансферрин, г/л	2,0-2,5	1,7-2,0	1,4-1,7	<1,4
АЧЛ, мм ³	1 600-4 000	1 200-1 600	800-1 200	<800

Сокращения: АЧЛ — абсолютное число лимфоцитов, ИМТ — индекс массы тела, ТКЖС — толщина кожной жировой складки.

Кроме исключения тугоплавких жиров и легкоусваиваемых углеводов, необходимо обеспечить достаточное содержание белка в дозе не менее 1-1,5 г на килограмм идеальной массы тела. Рекомендуются липотропные продукты, способствующие оттоку желчи (овсяная и гречневая крупы, изделия из творога, нежирные сорта рыбы). При анорексии применяется энтеральное зондовое или парентеральное питание. При легких и среднетяжелых формах АБП определенный эффект могут дать анаболические стероиды.

Приложение 13

Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов^{1,19}

На стадии компенсации АЦП реабилитация направлена на раннее выявление признаков декомпенсации, возникновение новых осложнений и оценку нутритивной недостаточности [13]. Пациентам с АБП рекомендуется проходить восстановительное лечение в амбулаторных условиях, которое должно включать отказ от алкоголя, избегание гепатотоксичных веществ и лекарств без назначения врача, умеренную физическую активность с ограничением чрезмерных нагрузок, прогулки на свежем воздухе, энтеральное питание белковыми препаратами, внутривенные трансфузии высоко концентрированного раствора альбумина (20-25%) в целях профилактики асцита и других осложнений ЦП для пациентов с опытом декомпенсации ЦП (по показаниям), коррекцию билиарной и панкреатической недостаточности (по показаниям), и ограничение потребления натрия по показаниям.

Общие принципы питания больных АЦП: полноценное, сбалансированное по белкам, жирам и углеводам. Полноценное питание с поступлением в достаточном количестве макро- и микронутриентов, витаминов группы В помогает предотвратить потерю веса и, как следствие, саркопению, снижает риск развития авитаминозов.

¹⁹ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации 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" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 1 апреля 2024 г., регистрационный № 77708). СПС Консультант Плюс.

Литература/References

1. Crabb DW, Im GY, Szabo G, et al. Diagnosis and Treatment of Alcohol-Associated Liver Diseases: 2019 Practice Guidance from the American Association for the Study of Liver Diseases. *Hepatology*. 2020; 71(1):306-33. doi:10.1002/hep.30866.
2. Loscalzo J, Fauci A, Kasper D, et al. Harrison's Principles of Internal Medicine, 21e. McGraw-Hill Education. 2022. <https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=3095§ionid=265394555>. ISBN: 978-1-26-426851-1 2617-2619.
3. Sanyal A, Boyer T, Terrault N, et al. Zakim and Boyer's hepatology: a textbook of liver disease, 7e; 2018. doi:10.1016/C2013-0-19055-1.
4. Thursz M, Gual A, Lackner C, et al. EASL Clinical Practice Guidelines: Management of alcohol-related liver disease. *Journal of Hepatology*. 2018;69(1):154-81. doi:10.1016/j.jhep.2018.03.018.
5. Agarwal A, Taneja S, Chopra M, Duseja A, Dhiman RK. Animal Naming Test — a simple and accurate test for diagnosis of minimal hepatic encephalopathy and prediction of overt hepatic encephalopathy. *Clin Exp Hepatol*. 2020 Jun;6(2):116-124. doi:10.5114/ceh.2019.95105. Epub 2020 May 8. PMID: 32728628; PMCID: PMC7380476.
6. Nikonorov EL, Aksenen VA. Hepatic encephalopathy. *Russian Journal of Evidence-Based Gastroenterology*. 2017;6(4):25-31. (In Russ.) Никоноров Е.Л., Аксенов В.А. Печеночная энцефалопатия. Доказательная гастроэнтерология. 2017;6(4):25-31. doi:10.17116/dokgastro20176425-31.
7. Jophlin LL, Singal AK, Bataller R, et al. ACG Clinical Guideline: Alcohol-Associated Liver Disease. *The American Journal of Gastroenterology*. 2024;119(1):30-54. doi:10.14309/ajg.0000000000002572.
8. Drapkina OM, Gorny BE, Kalinina AM, et al. Increasing motivation to stop drinking alcohol during preventive counseling in the provision of primary health care to women of childbearing age. Voronezh: Stationery LLC, 2019. 28 p. (In Russ.) Драпкина О.М., Горный Б.Э., Калинина А.М. и др. Повышение мотивации к отказу от употребления алкоголя в ходе профилактического консультирования при оказании первичной медико-санитарной помощи женщинам детородного возраста. Воронеж: ООО "Канцтовары", 2019. 28 с. ISBN: 978-5-6043603-7-8.
9. Gorny BE, Kalinina AM, Dolgova SV, et al. Organizational and functional technology of screening and preventive counseling of patients with harmful alcohol consumption and the results of its testing in primary healthcare. *Preventive medicine*. 2019;3:14-9. (In Russ.) Горный Б.Э., Калинина А.М., Долгова С.В. и др. Организационно-функциональная технология скрининга и профилактического консультирования пациентов с пагубным потреблением алкоголя и результаты ее апробации в первичном звене здравоохранения. Профилактическая медицина. 2019;3:14-9. doi:10.17116/profmed20192203114.
10. Kaner E, Beyer F, Muirhead C, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;2(2):CD004148. doi:10.1002/14651858.CD004148.pub4.
11. NIAAA (2005). Helping Patients Who Drink Too Much. A clinician's guide. 2005, 40 p. <https://www.drugandalcohol.ie/20378/>.
12. Raikhelson KL, Bueverov OA, Kondrashina EA, et al. Intrahepatic cholestasis in chronic liver diseases and the role of ademethionine in its treatment (literature review and resolution of the Council of Experts). *Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, and Coloproctology*. 2024;3(4):20-33. (In Russ.) Райхельсон К.Л., Буеверов О.А., Кондрашина Э.А. и др. Внутрипеченочный холестаз при хронических заболеваниях печени и роль адеметионина в его лечении (обзор литературы и резолюция Совета экспертов). Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2024;3(4):20-33. doi:10.22416/1382-4376-2024-1167-309.
13. Belyakin SA, Pavlov AI, Shames AB, Frolikin MN. Alcohol consumption and mortality rates from cirrhosis of the liver — two interrelated factors. problems of medical rehabilitation and rehabilitation treatment. *Hospital medicine: science and practice*. 2021;4(1):54-58. (In Russ.) Белякин С.А., Павлов А.И., Шамес А.Б., Фролкин М.Н. Уровень потребления алкоголя и смертность от цирроза печени — два взаимосвязанных фактора. Проблемы медицинской реабилитации и восстановительного лечения. Госпитальная медицина: наука и практика. 2021;4(1):54-58. doi:10.34852/GM3CVKG.2021.93.29.008.

Драпкина О. М. — д.м.н., профессор, академик РАН, директор ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава России, зав. кафедрой терапии и профилактической медицины ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России;

Ивашкин В. Т. — д.м.н., профессор, академик РАН, зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней лечебного факультета ФГАОУ ВО "Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова" (Сеченовский Университет) Минздрава России, президент Российского общества по изучению печени и Российской гастроэнтерологической ассоциации;

Маев И. В. — д.м.н., профессор, академик РАН, первый проректор, зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России;

Ливзан М. А. — д.м.н., профессор, член-корреспондент 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;

Дроздова Л. Ю. — к.м.н., руководитель лаборатории поликлинической терапии ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, главный внештатный специалист по медицинской профилактике Минздрава России;

Жаркова М. С. — к.м.н., зав. отделением гепатологии клиники им. В.Х. Василенко, ФГАОУ ВО "Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова" (Сеченовский Университет) Минздрава России;

Ипатов П. В. — д.м.н., профессор, главный научный сотрудник ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России;

Калинина А. М. — д.м.н., профессор, главный научный сотрудник, руководитель отдела первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний в системе здравоохранения ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, заслуженный деятель науки Российской Федерации;

Люсина Е. О. — к.м.н., научный сотрудник лаборатории профилактической и экспериментальной гастроэнтерологии отдела фундаментальных и прикладных аспектов ожирения ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России;

Маевская М. В. — д.м.н., профессор, врач-гастроэнтеролог ЛДО №3, УКБ №2, ФГАОУ ВО "Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова" (Сеченовский Университет) Минздрава России, вице-президент Российского общества по изучению печени;

Свищева А. А. — руководитель группы по анализу лекарственного обеспечения и обращения медицинских изделий отдела организационно-методического управления и анализа качества медицинской помощи ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России;

Шепель Р. Н. — к.м.н., зам. директора по перспективному развитию медицинской деятельности ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, главный внештатный специалист по терапии Минздрава России в Центральном федеральном округе, доцент кафедры терапии и профилактической медицины ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России;

Шептулина А. Ф. — к.м.н., ведущий научный сотрудник, руководитель лаборатории профилактической и экспериментальной гастроэнтерологии отдела фундаментальных и прикладных аспектов ожирения ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России.

Методические рекомендации

Редакционная статья

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

Хронический бронхит — наиболее распространенное заболевание из группы хронических болезней органов дыхания. Диспансерное наблюдение пациентов с хроническим бронхитом является главным подходом к профилактике и ранней диагностике обострений, осложнений, прогрессирования заболевания и его трансформации в другие нозологии (например, хроническую обструктивную болезнь легких), осуществлению медицинской реабилитации. Методические рекомендации содержат описание алгоритма диспансерного приема врачом-терапевтом пациентов с хроническим бронхитом и вспомогательные материалы. Документ предназначен 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, а также пульмонологов, аллергологов-иммунологов и других врачей-специалистов, участвующих в ведении пациентов с хроническим бронхитом, для руководителей медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

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

Отношения и деятельность: нет.

Рецензенты:

Антонов В.Н. — д.м.н., профессор кафедры терапии ИДПО ФГБОУ ВО "ЮУГМУ" Минздрава России (Челябинск, Россия);

Мещерякова Н.Н. — к.м.н., доцент кафедры пульмонологии ФДПО ИНОПР ФГАОУ ВО "РНИМУ им. Н.И. Пирогова" Минздрава России (Москва, Россия).

Методические рекомендации утверждены на заседании Ученого совета ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России (протокол № 9 от 19.11.2024).

Для цитирования: Драпкина О.М., Авдеев С.Н., Смирнова М.И., Крякова М.Ю., Шепель Р.Н., Никитина Л.Ю., Дроздова Л.Ю., Ипатов П.В., Калинина А.М., Антипушина Д.Н. Диспансерное наблюдение пациентов с хроническим бронхитом врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации. Первая медико-санитарная помощь. 2025;2(1):146-170. doi: 10.15829/3034-4123-2025-34. EDN RPBNNW

Драпкина О. М.,
Авдеев С. Н.,
Смирнова М. И.,
Крякова М. Ю.,
Шепель Р. Н.*,
Никитина Л. Ю.,
Дроздова Л. Ю.,
Ипатов П. В.,
Калинина А. М.,
Антипушина Д. Н.

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

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

Российское общество профилактики неинфекционных заболеваний, Москва, Российская Федерация

*Corresponding author
(Автор, ответственный за переписку):
r.n.shepel@mail.ru

Поступила: 20.11.2024
Принята: 22.11.2024



Guidelines

Editorial

Follow-up monitoring of patients with chronic bronchitis by a primary care physician. Guidelines

Chronic bronchitis is the most common disease from the group of chronic respiratory diseases. Follow-up monitoring of patients with chronic bronchitis is the main approach to the prevention and early diagnosis of exacerbations, complications, progression and transformation into other diseases (for example, chronic obstructive pulmonary disease), as well as to the implementation of medical rehabilitation. The guidelines contain a description of the algorithm for outpatient appointment of patients with chronic bronchitis by a general practitioner and the auxiliary materials.

The guidelines are intended for general practitioners, family doctors, as well as for mid-level health providers working with the above-mentioned doctors, for paramedics performing the doctor functions. In addition, it can be useful for pulmonologists, allergists/immunologists and other medical specialists involved in the management of patients with chronic bronchitis, for heads of medical organizations (structural divisions of medical organizations) providing primary health care.

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

Relationships and Activities: none.

For citation: Drapkina O. M., Avdeev S. N., Smirnova M. I., Kryakova M. Yu., Shepel R. N., Nikitina L. Yu., Drozdova L. Yu., Ipatov P. V., Kalinina A. M., Antipushina D. N. Follow-up monitoring of patients with chronic bronchitis by a primary care physician. Guidelines. *Primary Health Care (Russian Federation)*. 2025;2(1):146-170. doi: 10.15829/3034-4123-2025-34. EDN RPBNNW

Drapkina O. M.,
Avdeev S. N.,
Smirnova M. I.,
Kryakova M. Yu.,
Shepel R. N.*,
Nikitina L. Yu.,
Drozdova L. Yu.,
Ipatov P. V.,
Kalinina A. M.,
Antipushina D. N.

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

Sechenov First Moscow State Medical
University, Moscow, Russian Federation

Russian Society for the Prevention
of Noncommunicable Diseases,
Moscow, Russian Federation

*Corresponding author:
r.n.shepel@mail.ru

Received: 20.11.2024

Accepted: 22.11.2024

АД — артериальное давление, БОК — балльная оценка кашля (Шкала оценки дневного и ночного кашля, Cough Symptoms Score — CSS), ВАШ — визуальная аналоговая шкала, ДН — диспансерное наблюдение, ТШХ — тест с шестиминутной ходьбой, ХБ — хронический бронхит.



Хронический бронхит (ХБ) — заболевание бронхов, которое проявляется кашлем и отделением мокроты на протяжении не менее 3-х мес. подряд в течение 2-х последовательных лет и более, когда исключаются другие известные бронхолегочные и сердечно-сосудистые заболевания, сопровождающиеся хроническим продуктивным кашлем^{1,2,3}.

Кодирование заболевания, подлежащего диспансерному наблюдению (ДН) врачом-терапевтом, по Международной классификации болезней-10 (МКБ-10)^{1,4}:

- J41 Простой и слизисто-гнойный хронический бронхит:

J41.0 Простой хронический бронхит;

J41.1 Слизисто-гнойный хронический бронхит;

J41.8 Смешанный, простой и слизисто-гнойный хронический бронхит.

Классификация заболевания:

1. Функциональная характеристика:

- необструктивный;
- с обструктивным синдромом.

2. Характер воспаления:

- катаральный;
- слизисто-гнойный;
- гнойный.

3. Степень тяжести течения:

- легкая;
- средняя;
- тяжелая.

4. Фаза заболевания:

- обострение;
- нестойкая ремиссия (стихающее обострение);
- клиническая ремиссия.

При простом катаральном бронхите преобладают поверхностные изменения структурно-функциональных свойств слизистой оболочки с серозным или серозно-слизистым экссудатом. При слизисто-гноином (или гноином) бронхите преобладают процессы инфекционного воспаления. Возможен переход одной клинической формы бронхита в другую. Так, катаральный бронхит, длительно протекая, может вследствие присоединения инфекции стать слизисто-гноиным и т.п.

При длительном течении ХБ и частых обострениях заболевание может трансформироваться в хроническую обструктивную болезнь легких, реモデирование бронхиального дерева может привести к формированию бронхэкстазов¹.

Пациенты с ХБ имеют большую частоту острых респираторных инфекций, чем пациенты без бронхита,

¹ Клинические рекомендации. Хронический бронхит. РРО. 2024. https://cr.minszdrav.gov.ru/preview-cr/655_2 (21.01.2025).

² Диспансерное наблюдение при хроническом бронхите. https://org.gnicprm.ru/nt_6-2 (26.09.2024).

³ Braman S.S. Chronic cough due to chronic bronchitis. ACCP evidence-based clinical practice guidelines. https://doi.org/10.1378/chest.129.1_suppl.104S (07.08.2024).

⁴ Международная классификация болезней 10-го пересмотра, <https://mkb-10.com/index.php?pid=8073> (29.07.2024).

и симптомы острой инфекции верхних дыхательных путей при ХБ часто предшествуют обострению. Во время обострения кашель и образование мокроты увеличиваются, мокрота может стать гнойной, обострение может сопровождаться бронхиальной обструкцией и быть причиной одышки. Такие заболевания, как сердечная недостаточность и легочная эмболия, способны имитировать обострение ХБ.

В Российской Федерации, по данным формы федерального статистического наблюдения № 12 "Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации", за 2023 г. общая заболеваемость ХБ (J40-J43) взрослого населения составила 1 380 на 100 тыс. населения, первичная — 299,3 на 100 тыс.; за 2021-2023 гг. отмечается увеличение числа лиц, состоящих под ДН с этой нозологией: 795 617 — в 2021 г., 834 569 — в 2022 г., 881 011 — в 2023 г. (темпер прироста показателя к 2023 г. относительно 2021 г. составил 10,7%).

Основным нормативным правовым актом, регламентирующим проведение ДН пациентов с ХБ врачом-терапевтом⁵, является Порядок проведения ДН за взрослыми⁶. Основные источники информации о клинических аспектах проведения диагностики и консервативного лечения пациентов с ХБ — клинические рекомендации, "Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. Национальное руководство 2022" [1], методические рекомендации Российского общества профилактики неинфекционных заболеваний "Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекциоными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития" [2] и стандарт медицинской помощи взрослым при ХБ⁷.

Алгоритм диспансерного приема (осмотра, консультации) пациента с ХБ врачом-терапевтом представлен в **таблице 1**.

⁵ 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 на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи 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 Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 марта 2012 г. № 252н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 апреля 2012 г., регистрационный № 23971). СПС Консультант Плюс.

⁶ Приказ Минздрава России от 15 марта 2022 г. № 168н "Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 21 апреля 2022 г., регистрационный № 68288). СПС Консультант Плюс.

⁷ Приказ Минздрава России от 29 августа 2022 г. № 574н "Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при хроническом бронхите (диагностика и лечение)" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 6 октября 2022 г., регистрационный № 70395). СПС Консультант Плюс.

Таблица 1

Алгоритм диспансерного приема (осмотра, консультации) пациента с ХБ 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
<p>J41 — простой и слизисто-гнойный хронический бронхит:</p> <ul style="list-style-type: none"> — J41.0 — простой хронический бронхит; — J41.1 — слизисто-гнойный хронический бронхит; — J41.8 — смешанный, простой и слизисто-гнойный хронический бронхит 	<p>Первое посещение — установление ДН; далее — не реже 1 раза в год, по медицинским показаниям (например, 2 и более обострений в год, тяжелые обострения в течение 12 мес. и др.) — чаще⁸</p> <p>Длительность наблюдения — пожизненная</p>	<p>Сбор жалоб с оценкой динамики:</p> <ul style="list-style-type: none"> • оценка кашля (Приложение 1); • изменение объема, цвета, запаха мокроты Появление гнойной мокроты (зеленого цвета) свидетельствует об обострении ХБ; увеличение объема мокроты может быть при обострении ХБ, появлении бронхэкстазов, других состояниях. • кровохарканье Наличие кровохарканья требует исключения бронхэкстазов, туберкулеза, рака, тромбоэмболии легочной артерии, сосудистых мальформаций и других причин. • появление одышки, оценка выраженности одышки (Приложение 2) Появление одышки требует дифференциальной диагностики между обострением ХБ и появлением другой болезни органов дыхания, ишемической болезни сердца, сердечной недостаточности (СН), нарушения ритма и проводимости, анемии и др. • повышения температуры Дифференцировать обострение ХБ с другими причинами повышения температуры. <p>Сбор анамнеза:</p> <ul style="list-style-type: none"> • уточнение анамнеза заболевания, наследственного анамнеза заболеваний; • точная оценка частоты и тяжести обострений ХБ за 12 мес. Обострение ХБ — это состояние, связанное с ухудшением самочувствия пациента с симптомами увеличения объема мокроты, появления гнойной мокроты (зеленого цвета) и/или одышки. • анализ динамики симптомов заболевания, обострений и осложнений за весь период ХБ, а также от предыдущего осмотра; • уточнение наличия сопутствующих заболеваний и их контроля (иммунодефициты, заболевания верхних дыхательных путей и полости рта, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), сахарный диабет, застойная СН, заболевания печени и почек с нарушениями их функции, др.); • регистрация сведений о проводимой/проведенной медикаментозной (Приложение 3) и немедикаментозной терапии и профилактике ХБ и сопутствующих заболеваний: <ul style="list-style-type: none"> ✓ наименования, дозы и длительность приема каждого препарата; ✓ анализ приверженности к проводимому медикаментозному и немедикаментозному лечению и профилактике; ✓ оценка эффективности препаратов и побочных эффектов; ✓ оценка совместимости препаратов; ✓ отмена/замена препаратов, усиливающих кашель, вызывающих гиперсекрецию мокроты или ухудшение бронхиального клиренса; ✓ легочная реабилитация; ✓ оценка эффективности немедикаментозной терапии и профилактики; ✓ выяснение причин невыполнения ранее назначенного лечения (при необходимости). • уточнение общего аллергологического анамнеза и сведений о непереносимости лекарственных веществ (в том числе вакцин), процедур.

⁸ Приказ Минздрава России от 15 марта 2022 г. № 168н "Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 21 апреля 2022 г., регистрационный № 68288). 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
		<p>Физикальное обследование:</p> <ul style="list-style-type: none"> визуальный осмотр, оценка физического состояния, кожных покровов, глаз, видимых слизистых, определение наличия, выраженности и характера отеков; осмотр верхних дыхательных путей и зева, полости рта; пальпация лимфатических узлов; перкуссия и аускультация области сердца; пальпация, перкуссия и аускультация грудной клетки <p style="text-align: center;"><i>Сухие рассеянные хрипы средней и низкой тональности над всеми легочными полями или преимущественно в задне-нижних отделах грудной клетки, низкотональные жужжащие сухие хрипы при воспалении крупных и средних бронхов (см. примечание ниже).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> перкуссия, пальпация живота, печени, селезенки; подсчет частоты дыхательных движений и частоты сердечных сокращений <p>Примечание. Бронхиальная обструкция для ХБ не характерна, особенно вне обострения. Свидетельством бронхиальной обструкции являются:</p> <ul style="list-style-type: none"> — удлинение фазы выдоха при спокойном и при форсированном дыхании; — свистящие хрипы на выдохе, которые хорошо слышны при его форсировании и в положении лежа. <p>Персистирующее воспаление в дыхательных путях, ремоделирование бронхов, присоединяющиеся осложнения (например, СН) изменяют данные, получаемые при объективном осмотре. Симптомы бронхиальной обструкции могут быть у некоторых пациентов с ХБ только в период обострения. Если физикальные признаки бронхиальной обструкции присутствуют у больного вне обострения ХБ, то необходимо провести дифференциальную диагностику с бронхобструктивным синдромом другой этиологии: эффект лекарственных препаратов (например, β-адреноблокаторов), развитие бронхиальной астмы, трансформация ХБ в ХОБЛ, стеноз верхних дыхательных путей, инородное тело в дыхательных путях, тромбоэмболия легочной артерии, при односторонних физикальных признаках обструкции нижних дыхательных путей локальная обструкция также может быть обусловлена слизистой пробкой бронха, сдавлением лимфатическими узлами, опухолью и др. Признаки легочной гиперинфляции, эмфиземы легких, дыхательной недостаточности свидетельствуют о трансформации ХБ в ХОБЛ.</p> <p>Оценка факторов риска (ФР) обострений ХБ, персистирующего воспаления дыхательных путей, осложнений, прогностически неблагоприятных сопутствующих заболеваний, анализ динамики ФР и тактика врача:</p> <ul style="list-style-type: none"> курение <p style="text-align: center;"><i>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 никотина⁹ [3-5].</i></p>

⁹ Обучающий видеофильм "Краткое консультирование курящего пациента 5С". <https://ropniz.ru/doctor-pm/doctor/instruction/education> (05.11.2024).

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
		<ul style="list-style-type: none"> • профессионально-производственные факторы и факторы окружающей среды внутри и вне помещений (запыленность, загазованность, химические соединения, плесень, работа в неблагоприятных климатических и природных условиях, работа в условиях высоких или низких температур, влажности, частые контакты с больными респираторными инфекциями и др.) <i>Рекомендовать применение средств индивидуальной защиты, санитарно-гигиенические и другие профилактические мероприятия, переход на работу без ФР.</i> • плохой бронхиальный клиренс <i>Для обеспечения хорошего бронхиального клиренса всем пациентам рекомендовать ежедневные занятия лечебной физкультурой, дыхательной гимнастикой, по показаниям — применение дыхательных тренажеров (например, типа флаттер), муколитиков (Приложение 3).</i> • низкая физическая активность (гиподинамия) <i>Всем пациентам с целью укрепления общего иммунного статуса, контроля массы тела, улучшения механики дыхания рекомендуются регулярные дозированные физические нагрузки легкой или средней интенсивности, включая дыхательные упражнения, в тренирующем режиме, подобранные индивидуально.</i> • злоупотребление алкоголем (выделение продуктов распада алкоголя слизистой бронхов и ее повреждение; снижение общего иммунитета, риск регургитации, рвоты с аспирацией, микроаспираций) <i>Рекомендовать избегать избыточного (пагубного) употребления алкоголя, при необходимости — лечение.</i> • отсутствие вакцинации против респираторных инфекций <i>Направление на вакцинацию (Приложение 4); 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.</i> • первичные и вторичные иммунодефициты, аллергические заболевания (снижение местного и общего иммунитета) <i>Лечение у врача — аллерголога-иммунолога, тщательное соблюдение подходов к профилактике инфекций и иммунизации против инфекционных заболеваний: вакцинопрофилактика, при невозможности или неэффективности — применение препаратов иммуноглобулинов.</i> • заболевания верхних дыхательных путей и полости рта (ринит, синусит, тонзиллит, пародонтоз и др.); снижение защитных функций верхних дыхательных путей, риск микроаспираций) <i>Лечение, профилактика, направление к врачам-специалистам.</i> • ГЭРБ (риск микроаспираций) <i>Профилактика, лечение, направление к врачу-гастроэнтэрологу.</i> • ожирение или дефицит массы тела, или кахексия (гиповентиляция, снижение иммунитета, нарушение экспекторации мокроты, снижение иммунитета) <i>Лечение, подбор пищевого рациона, при белковой недостаточности и кахексии — нутритивная поддержка.</i> • нарушения дыхания во сне (например, из-за ожирения, апноэ сна, парезов/параличей и др.) <i>Респираторная поддержка при наличии показаний.</i>

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
		<ul style="list-style-type: none"> нарушение функции глотания (парезы, нервно-мышечные заболевания, другие), трахеостома, искусственная вентиляция легких в домашних условиях (микроаспирации, аспирации, нарушение самоочищения дыхательных путей) <p style="text-align: center;"><i>Наблюдение врача-невролога, специалиста по респираторной поддержке, при наличии показаний — применение специальных методов очистки дыхательных путей (кинезитерапия, постуральный дренаж, вибрационно-компрессионные жилеты, откашливатели, механическая санация дыхательных путей).</i></p> хроническая почечная недостаточность (выделение продуктов азотистого метаболизма слизистой бронхов и ее повреждение, вторичные инфекции дыхательных путей) <p style="text-align: center;"><i>Контроль скорости клубочковой фильтрации, наблюдение врача-нефролога.</i></p> плохой контроль сердечно-сосудистых заболеваний (например, появление СН с застоем по малому кругу кровообращения у пациентов с плохо контролируемой артериальной гипертензией¹⁰ могут спровоцировать или имитировать обострение ХБ) <p style="text-align: center;"><i>Достигать целевых уровней контролируемых показателей здоровья (клинического и амбулаторного артериального давления (АД), частота сердечных сокращений, компенсации СН [4, 6]); определять индивидуальный сердечно-сосудистый риск (Приложение 5).</i></p> климатические факторы (сезонность, регионы с низкими температурами, повышенной влажностью и загрязнением воздуха, преобладанием ветреной погоды) <p style="text-align: center;"><i>Избегать переохлаждения, ограничить пребывание на улице при сильном ветре, особенно при загрязненном воздухе (пыльные бури, активность вулканов, др.), при необходимости рекомендуется смена места жительства.</i></p> <p>Инструментальные обследования (сравнение показателей с нормой и/или целевым уровнем, анализ динамики):</p> <ul style="list-style-type: none"> измерение роста, веса, расчет индекса массы тела; измерение АД [6]; термометрия; пульсоксиметрия. <p style="text-align: center;"><i>Развитие дыхательной недостаточности для ХБ не характерно; снижение $SpO_2 < 95\%$ требует поиска причин — тяжелое обострение ХБ, другие болезни органов дыхания, анемии, СН и др.</i></p> <p><i>При наличии показаний:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> спирометрия с тестом на обратимость бронхиальной обструкции (сальбутамол 400 мкг)¹¹; крупнокадровая или цифровая флюорография; рентгенография; компьютерная томография органов грудной клетки; бронхоскопия (по показаниям дополняется забором биологического материала для проведения цитологических, микробиологических, гистологических исследований).

¹⁰ Клинические рекомендации. Артериальная гипертензия у взрослых. 2020. СПС Консультант Плюс.¹¹ 2023. Методические рекомендации "Спирометрия", утверждены Российским Респираторным Обществом, Российской ассоциацией специалистов функциональной диагностики, Российским научным медицинским обществом терапевтов, 2023. https://spulmo.ru/upload/kr/Spirometria_2023.pdf?t=1 (13.08.2024).

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
		<p>Функциональные пробы (сравнение показателей с данными предыдущего теста):</p> <ul style="list-style-type: none"> тест с шестиминутной ходьбой (ТШХ, Приложение 6) <p>Первым признаком появления дыхательной недостаточности может быть десатурация — снижение SpO_2 при ходьбе на 4-5% по сравнению с исходным значением в покое до начала ходьбы; в таких случаях, а также при ухудшении других показателей ТШХ следует провести дифференциальную диагностику с анемиями, СН, другими болезнями (например, интерстициальными заболеваниями легких, нервно-мышечными заболеваниями, тяжелым тиреотоксикозом и др.), важно также учитывать вероятность трансформации ХБ в ХОБЛ.</p> <p>Лабораторные исследования (сравнение показателей с нормой и/или целевым уровнем, анализ динамики)</p> <p>При наличии показаний:</p> <ul style="list-style-type: none"> общий (клинический) анализ крови развернутый (с лейкоцитарной формулой); С-реактивный белок; микроскопическое исследование нативного и окрашенного препарата мокроты; микробиологическое (культуральное) исследование мокроты на аэробные, факультативно-анаэробные бактерии и грибы. <p>Консультации врачей-специалистов (в том числе с применением телемедицинских технологий¹²):</p> <p>При наличии показаний:</p> <ul style="list-style-type: none"> врач-пульмонолог; врач — аллерголог-иммунолог; врач-фтизиатр; врач-оториноларинголог; врач-стоматолог; врач-гастроэнтеролог (профилактика/лечение ГЭРБ, других заболеваний); врач-психиатр, врач-психотерапевт (тяжелое течение ХБ, др. причины); врач-диетолог (ожирение, нарушения нутритивного статуса) и другие врачи-специалисты. <p>Оценка достижения целевых показателей здоровья:</p> <ul style="list-style-type: none"> отсутствие обострений ХБ в течение года или уменьшение частоты; уменьшение тяжести обострений; $SpO_2 = 95\text{--}99\%$, в том числе при ТШХ; уменьшение выраженности симптомов ХБ в соответствии с оценочными шкалами, опросниками, улучшение параметров ТШХ (Приложения 1, 2, 6) или сохранение их удовлетворительных значений; сохранение нормальных показателей функции внешнего дыхания по данным спирометрии с бронходилатационным тестом; стойкий отказ от курения и употребления никотинсодержащей продукции.

¹² Приказ Минздрава России от 30 ноября 2017 г. № 965н "Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 09 января 2018 г., регистрационный № 49577). 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
		<p>Краткое профилактическое консультирование (при наличии 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 заболеваний¹³ [3-5].</p> <p>Назначение или корректировка немедикаментозной и медикаментозной терапии:</p> <ul style="list-style-type: none"> назначение/коррекция терапии ХБ при наличии показаний (обострение ХБ, выраженные симптомы ХБ вне обострения); лечение сопутствующих заболеваний, особенно относящихся к ФР обострений ХБ; учет совместимости препаратов; оформление и выдача рецептов. <p>Определение наличия показаний для направления на госпитализацию (Приложение 7)</p> <p>Определение наличия показаний для направления в отделение (кабинет) медицинской реабилитации/на консультацию к врачу по физической и реабилитационной медицине (врачу по медицинской реабилитации)</p> <p>Определение наличия показаний и отсутствия противопоказаний для направления на санаторно-курортное лечение (Приложение 8)</p> <p>Направление на вакцинацию (Приложение 4):</p> <ul style="list-style-type: none"> против гриппа ежегодно в августе-сентябре; против пневмококковой инфекции в соответствии с иммунным статусом пациента; против других инфекционных заболеваний; составление/коррекция индивидуального плана вакцинопрофилактики. <p>Информирование пациента о результатах проведенного диспансерного приема (осмотра, консультации):</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 ежегодно профилактического медицинского осмотра¹⁴; информирование о дате следующей явки.

¹³ Обучающий видеофильм "Краткое консультирование курящего пациента 5С". <https://ropniz.ru/doctor-pm/doctor/instruction/education> (05.11.2024).¹⁴ Приказ Минздрава России от 27 апреля 2021 г. № 404н "Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 30 июня 2021 г., регистрационный № 64042). 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
		<p>Оформление медицинской документации, в том числе:</p> <ul style="list-style-type: none"> • формы №025/у "Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях"; • формы №030/у "Контрольная карта диспансерного наблюдения"¹⁵; • формы №057/у-04 "Направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию"¹⁶ (при необходимости).

Сокращения: АД — артериальное давление, ГЭРБ — гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, ДН — диспансерное наблюдение, МКБ — международная классификация болезней, СН — сердечная недостаточность, ТШХ — тест с шестиминутной ходьбой, ФР — фактор риска, ХБ — хронический бронхит, ХОБЛ — хроническая обструктивная болезнь легких.

¹⁵ Приказ Минздрава России от 15 декабря 2014 г. № 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 февраля 2015 г., регистрационный № 36160). СПС Консультант Плюс.

¹⁶ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22 ноября 2004 г. № 255 "О Порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 декабря 2004 г., регистрационный № 6188). СПС Консультант Плюс.

Приложение 1

Инструменты для оценки кашля

Оценка хронического кашля важна для определения ответа на терапию. Наиболее распространенным и простым вопросником для оценки кашля является Chronic cough due to chronic bronchitis ("Хронический кашель из-за хронического бронхита"; **таблица 1**). При установлении диагноза положительные ответы на все вопросы свидетельствуют о ХБ¹⁷ [7]. Валидация данного вопросника для использования в динамическом наблюдении пациентов с ХБ не проведена, однако можно полагать, что уменьшение числа положительных ответов на вопросы 1-3 свидетельствует об улучшении течения ХБ при отсутствии частых и тяжелых обострений.

Таблица 1

Вопросник для оценки кашля "Хронический кашель из-за хронического бронхита"
(Chronic cough due to chronic bronchitis)

Nº п/п	Вопросы	Ответы
1*	Вы кашляете, когда у вас нет простуды?	да/нет
2*	Бывают ли месяцы в течение года, когда вы кашляете большинство дней?	да/нет
3*	Вы кашляете в течение большинства дней на протяжении 3 мес. в году?	да/нет
4	Сколько лет у вас длится кашель?	≥2 года

Основные количественные методики оценки кашля включают визуальную аналоговую шкалу (ВАШ) выраженности кашля (**рисунок 1**) и шкалу оценки дневного и ночного кашля (шкалу симптомов кашля, или Балльную оценку кашля (БОК); Cough Symptoms Score — CSS; **таблица 2**). Дополнительно можно оценивать динамику симптомов ХБ 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) [8-11].

ВАШ выраженности кашля — это рисунок с 10-балльной шкалой, в которой отсутствие кашля соответствует 0 баллов, а наличие мучительного, изнуряющего кашля — 10 баллам [8]. Пациент самостоятельно должен отметить балл, наиболее точно отражающий выраженность симптомов кашля.

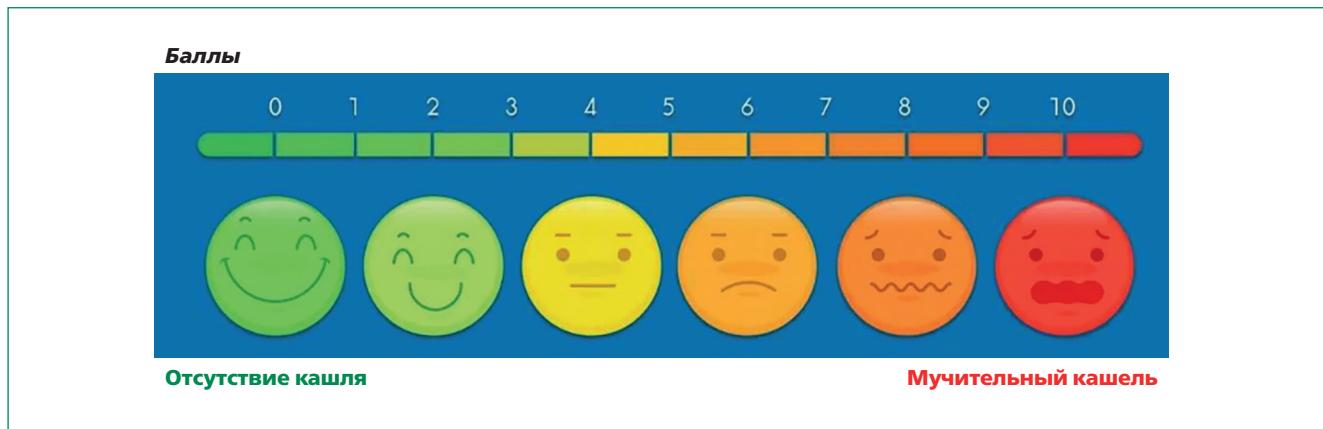


Рис. 1. ВАШ оценки кашля.

¹⁷ Алгоритм диагностики и лечения пациентов с хроническим бронхитом врачом-терапевтом участковым и врачом общей практики (семейным врачом). Под ред. академика РАН, проф. О. М. Драпкиной. М.: РОПНИЗ.

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 активность и сон ([таблица 2](#)). БОК демонстрирует большую, по сравнению с ВАШ, коррелятивную связь с объективными характеристиками кашля [8, 11]. По этой шкале оценивают сумму баллов, характеризующих дневной и ночной кашель. Если при ДН пациента сумма баллов уменьшается от визита к визиту, это свидетельствует об уменьшении симптомов ХБ. БОК является более точным инструментом для анализа кашля при динамическом наблюдении больного.

Таблица 2**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

При ДН для оценки симптомов ХБ в динамике у одного и того же пациента рекомендуется пользоваться одним и тем же вопросником/шкалой для характеристики кашля на каждом приеме.

Приложение 2

Оценка одышки по шкале mMRC

Шкала mMRC — модифицированный опросник Британского медицинского исследовательского совета для оценки тяжести одышки [8, 12].

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: следует учитывать возможный вклад в одышку других заболеваний, ассоциированных с ней (ожирение, сердечно-сосудистое заболевание, анемия и др.), и достигать их контроля.

При ДН для оценки симптомов ХБ у одного и того же пациента рекомендуется пользоваться одним и тем же вопросником/шкалой для оценки одышки на каждом приеме.

Приложение 3

Справочная информация о лечении пациентов с хроническим бронхитом¹⁸

Главный подход в лечении ХБ — устранение факторов риска, например, исключение/лечение курения, профилактика воздействия профессионально-производственных факторов, респираторных инфекций, лечение иммунодефицита.

Медикаментозная терапия ХБ назначается при наличии показаний:

- 1) при продуктивном кашле рекомендуют муколитический препарат (амброксол, бромгексин, N-ацетилцистеин, карбоцистеин, эрдостеин; [таблица 1](#)) в стандартной дозе для уменьшения симптомов, а также частоты и длительности обострений;
- 2) следует избегать гиперсекреции мокроты; если гиперсекреция индуцируется муколитическим препаратом, то рекомендуется уменьшение дозы или замена на другой препарат;
- 3) при продуктивном кашле возможно применение разрешенных растительных препаратов с доказанной эффективностью;
- 4) следует избегать одновременного назначения двух и более муколитических препаратов;
- 5) для снижения выраженности и частоты чрезмерных, тяжелых кашлевых пароксизмов у пациентов с ХБ рекомендуют прием противокашлевых препаратов центрального действия (декстрометорфан);
- 6) следует учитывать, что прием противокашлевых препаратов у пациентов с повышенным образованием мокроты может ухудшать ее экспекторацию;
- 7) для облегчения кашля вне обострения ХБ могут быть рекомендованы короткие курсы (например, 10-30 сут.) или разовые ингаляции бронходилататора — β_2 -агониста короткого (сальбутамол, фенотерол) или длительного действия (формотерол, индакатерол), м-холинолитика (ипратропия бромид) или комбинации β_2 -агониста короткого действия и м-холинолитика (фенотерол + ипратропия бромид);
- 8) не рекомендуется рутинное применение препаратов теофиллина, системных глюкокортикоидов;
- 9) не рекомендуется использование антибиотиков вне обострения.

При наличии показаний и отсутствии противопоказаний используют медицинскую реабилитацию и санаторно-курортное лечение, подобранные индивидуально ([Приложение 8](#)) [13, 14].

Курсы легочной реабилитации рекомендуют физически неактивным пациентам с частыми обострениями ХБ. Реабилитация приводит к уменьшению ощущения одышки, уровня тревоги и депрессии, количества и длительности госпитализаций, улучшению качества жизни, переносимости физической нагрузки, результатов госпитализации из-за обострения ХБ.

В программу реабилитации включают психологическую поддержку и борьбу с депрессией, обучение, нутритивную поддержку и физическую тренировку, в том числе с применением дыхательных тренажеров, для всестороннего улучшения состояния. Программу реабилитации составляют исходя из медицинских и других характеристик каждого больного. Для улучшения мукоцилиарного клиренса и облегчения отхождения мокроты у пациентов с ХБ вне обострения не рекомендуется положительное давление на выдохе.

¹⁸ Клинические рекомендации. Хронический бронхит. РРО. 2021. СПС Консультант Плюс.

Таблица 1**Сравнительные характеристики муколитиков^{19,20} [15-20]**

Характеристики	Амброксол	N-ацетилцистеин	Карбоцистеин	Эрдостеин
Прямое муколитическое действие	Нет	Разрывает внутри- и межмолекулярные дисульфидные связи кислых мукополисахаридов мокроты	Нет	Тиоловые группы метаболитов, образующихся в печени, разрывают дисульфидные связи мукополисахаридов мокроты
Непрямое муколитическое действие	Стимулирует серозные клетки желез слизистой оболочки бронхов, увеличивает содержание слизистого секрета пониженной вязкости, синтез, секрецию сурфактанта в альвеолах и бронхах, блокирует его распад; нормализует соотношение серозного и слизистого компонентов мокроты. Снижает вязкость мокроты активируя гидролизующие ферменты и усиливая высвобождение лизосом из клеток Кларка	Увеличивает секрецию менее вязких сиаломуцинов бокаловидными клетками эпителия дыхательных путей	Активирует фермент бокаловидных клеток сиаловую трансферазу, нормализует соотношение кислых и нейтральных сиаломуцинов бронхиального секрета, стимулирует секрецию ионов хлора в эпителии дыхательных путей, что увеличивает транспорт воды и приводит к разжижению респираторного секрета	Улучшает секреторную функцию эпителия, увеличивает эффективность мукоцилиарного транспорта за счет снижения вязкости мокроты
Прямое мукокинетическое действие	Да	Нет	Нет	Нет
Антиоксидантное, противовоспалительное действие	Да	Да	Да	Да
Снижает адгезию бактерий на эпителиальных клетках слизистой оболочки бронхов	Нет	Да	Да (<i>M. catarrhalis</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>S. pneumoniae</i>)	Да
Снижение образования и разрушение микробных биопленок	Да	Да	Нет	Нет
Снижение нейрогенного воспаления	Нет	Да	Нет	Нет
Бактериостатический эффект	Да	Да	Нет	Нет
Повышение активности нейтрофилов	Нет	Да	Нет	Нет
Ингибирование репликации вирусов	Нет	Да	Да	Нет
Повышение эффекта бронхолитиков	Нет	Да	Нет	Да
Показания: бронхит, трахеит, бронхэктазы, пневмония (облегчение отхождения секрета)	Да	Да	Да	Да
Показания: отит, гайморит, синусит (облегчение отхождения секрета)	Нет	Да	Да	Да

¹⁹ Регистр лекарственных средств России. <https://www.rlsnet.ru/products/rls-spravocnik-lekarstv-21?ysclid=m23ee1nplp408103445> (10.10.2024).²⁰ Государственный реестр лекарственных средств. <https://grls.minsdrav.gov.ru/Default.aspx> (20.10.2024).

Таблица 1. Продолжение

Характеристики	Амброксол	N-ацетилцистеин	Карбоцистеин	Эрдостеин
Показание: муковисцидоз	Нет	Да	Нет	Нет
Противопоказания	<ul style="list-style-type: none"> — беременность I триместр; — наследственная непереносимость фруктозы; — фенилкетонурия; — индивидуальная непереносимость 	<ul style="list-style-type: none"> — язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки в стадии обострения; — период грудного вскармливания; — индивидуальная непереносимость 	<ul style="list-style-type: none"> — язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки в стадии обострения; — беременность; — период грудного вскармливания; — индивидуальная непереносимость 	<ul style="list-style-type: none"> — язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки в стадии обострения; — нарушение функции печени, — почечная недостаточность; — беременность I триместр; — период грудного вскармливания; — индивидуальная непереносимость
Форма выпуска	<ul style="list-style-type: none"> — таблетки, капсулы с пролонгированным высвобождением для приема внутрь; — таблетки, диспергируемые для приготовления раствора для приема внутрь; — раствор, сироп для приема внутрь; — раствор для внутривенного введения; — раствор для ингаляций 	<ul style="list-style-type: none"> — таблетки шипучие /диспергируемые, порошок, гранулы для приготовления раствора, сиропа для приема внутрь; — раствор для приема внутрь; — раствор для внутримышечного и внутривенного введения; — раствор для ингаляций и эндобронхиального введения 	<ul style="list-style-type: none"> — капсулы для приема внутрь; — гранулы для приготовления супензии для приема внутрь; — раствор, сироп для приема внутрь 	<ul style="list-style-type: none"> — капсулы для приема внутрь; — гранулы для приготовления супензии, раствора для приема внутрь
Суточные дозы (могут зависеть от формы выпуска, путей введения, характеристик пациента)	60-90 мг	<ul style="list-style-type: none"> — при приеме внутрь — 400-600 мг, реже — 1 200 мг; — для инъекций и ингаляций — 300-600 мг, для эндобронхиального введения — 300-600 мг или более 	2 250 мг	600-900 мг
Длительность приема (пролонгирование приема только при динамической оценке пациента и наличии показаний)	4-5 дней	5-10 дней (до 3 мес.)	8-10 дней	5 дней (до 1-3 мес.)

Приложение 4

Рекомендации по проведению вакцинации пациентов с хроническим бронхитом

Иммунодефициты, а также рецидивирующие инфекции дыхательных путей, увеличение возраста снижают возможности врожденного и адаптивного иммунитета, что формирует когорту лиц, восприимчивых к инфекционным заболеваниям, включая представляющие существенную угрозу для больного с ХБ, но контролируемые средствами специфической профилактики [20]. Наличие хронических болезней, их сочетания сопряжены с более тяжелым течением любого инфекционного заболевания и летальным исходом.

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

Вакцинация осуществляется в соответствии с календарем профилактических прививок²¹, другими нормативными правовыми актами, а также соответствующими клиническими и методическими рекомендациями, с учетом иммунного статуса пациента и иных индивидуальных характеристик пациента [20-23]. Основные рекомендации по проведению вакцинации пациентов с ХБ в рамках ДН представлены в таблице 1.

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

Таблица 1

Основные рекомендации по проведению вакцинации пациентов с ХБ 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.	Вакцинация против пневмококковой инфекции	Рекомендована всем пациентам однократная вакцинация ПКВ13 (пневмококковая конъюгированная вакцина), вакцинация ППВ23 (пневмококковая полисахаридная вакцина) 1 раз в 5 лет. Для иммунокомпрометированных рекомендована схема: ПКВ13, затем ППВ23 через 8 нед. [21, 22]
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) [22, 23]
5.	Вакцинация 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, 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

²¹ 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" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 декабря 2021 г., регистрационный № 66435). СПС Консультант Плюс.

Приложение 5

Оценка индивидуального сердечно-сосудистого риска²² [1, 4]

У каждого пациента с ХБ целесообразно оценивать индивидуальный сердечно-сосудистый риск (**таблица 1**).

В случае отсутствия у пациента установленных атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета 2 типа, хронической болезни почек, семейной гиперхолестеринемии и тяжелой сопутствующей патологии рекомендовано оценить сердечно-сосудистый риск по шкале SCORE (**рисунок 1**).

Таблица 1

Категории сердечно-сосудистого риска²³

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 (остановления) 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 эzetимибом) и/или достигнутый уровень холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛНП) $\leq 1,5$ ммоль/л
Очень высокий	<ul style="list-style-type: none"> 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; СД в сочетании с поражением органов-мишеней, ≥ 3 ФР, а также раннее начало СД 1 типа с длительностью >20 лет; выраженная ХБП со скоростью клубочковой фильтрации (СКФ) <30 мл/мин/1,73 м²; SCORE $\geq 10\%$; СГХС в сочетании с атеросклеротическим ССЗ или с ФР
Высокий	<ul style="list-style-type: none"> Значимо выраженный ФР (общий холестерин (ОХС) >8 ммоль/л и (или) ХС ЛНП $>4,9$ ммоль/л и (или) АД $\geq 180/110$ мм рт.ст.); СГХС без ФР; СД без поражения органов-мишеней, СД ≥ 10 лет или с ФР; умеренная ХБП с СКФ 30-59 мл/мин/1,73 м²; SCORE $\geq 5\%$ и $<10\%$; гемодинамически незначимый атеросклероз некоронарных артерий (стеноз(-ы) $>25\text{-}49\%$)
Умеренный	<ul style="list-style-type: none"> 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 $\geq 1\%$ и $<5\%$
Низкий	<ul style="list-style-type: none"> SCORE $<1\%$

Сокращения: АД — артериальное давление, ЛНП — липопротеины низкой плотности, ОХС — общий холестерин, СГХС — семейная гиперхолестеринемия СД — сахарный диабет, СКФ — скорость клубочковой фильтрации, ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания, ФР — фактор(ы) риска, ХБП — хроническая болезнь почек, ХС — холестерин, SCORE — Systematic Coronary Risk Evaluation.

Для оценки риска по шкале SCORE следует выбрать квадрат в зависимости от пола, возраста и статуса курения пациента. В найденном квадрате следует отыскать ячейку, наиболее соответствующую уровню систолического артериального давления и общего холестерина пациента. Если пациент находится между возрастными категориями, следует отнести его к более высокой категории риска. Исходный уровень риска оценивается по уровням общего холестерина и систолического артериального давления до начала лечения, если эти данные известны.

²² Приказ Минздрава России от 27 апреля 2021 г. № 404н "Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения" (зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации 30 июня 2021 г., регистрационный № 64042). СПС Консультант Плюс.

²³ Клинические рекомендации. Артериальная гипертензия у взрослых. РКО. РММОТ. 2024. https://cr.minsdrav.gov.ru/preview-cr/62_3 (21.01.2025).

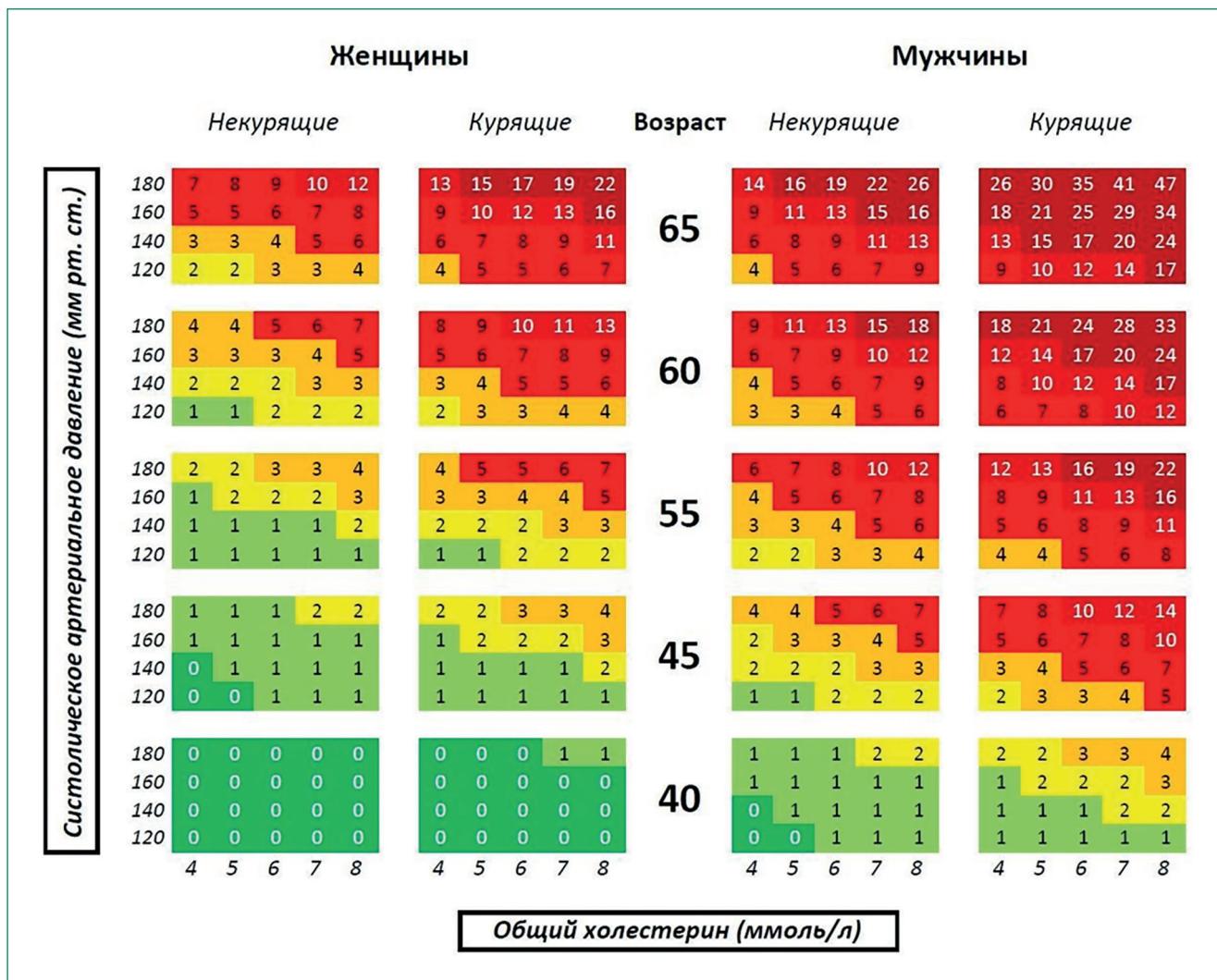


Рис. 1. Шкала SCORE: 10-летний риск развития фатальных сердечно-сосудистых заболеваний.

В Европейских рекомендациях по кардиоваскулярной профилактике (2022) для оценки 10-летнего риска фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых заболеваний предлагается использовать обновленную шкалу SCORE-2 (включая модификацию SCORE-2-OP), однако не проводилась валидация на российской популяции, за исключением мужчин [4, 25].

Приложение 6

Инструкция по проведению теста с шестиминутной ходьбой

Протокол проведения теста с шестиминутной ходьбой (ТШХ) подробно описан в рекомендациях Американского Торакального общества [26]. 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 мин. В течение этого времени следует документировать уровень артериального давления (АД), частота сердечных сокращений, SpO_2 , а также исходную одышку и утомляемость по шкале Борга с целью исключения относительных противопоказаний для проведения теста ТШХ [27].

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 воспроизведимости 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: "Страйтесь 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 мин или >120 в мин;
- 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 SpO₂ <80%.

Таблица 1

Протокол ТШХ

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) _____		

Сокращения: АД — артериальное давление, ЧДД — частота сердечных сокращений, ЧСС — частота сердечных сокращений, SpO₂ — насыщение крови кислородом.

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 7

Медицинские показания для направления пациентов с хроническим бронхитом на госпитализацию

1. Тяжелое обострение ХБ.
2. Наличие тяжелых сопутствующих заболеваний, к ухудшению контроля которых привело обострение ХБ (сердечная недостаточность, сахарный диабет и др.).
3. Наличие медико-социальных показаний.

Приложение 8

Медицинские показания и противопоказания для направления пациентов с хроническим бронхитом на санаторно-курортное лечение²⁴ [13]

Медицинские показания для направления пациентов с ХБ на санаторно-курортное лечение (с учетом формы, стадии, фазы и степени тяжести заболевания), а также используемые природные лечебные ресурсы представлены в **таблице 1**.

Таблица 1

Медицинские показания для направления пациентов на санаторно-курортное лечение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)	Наименование заболевания	Форма, стадия, фаза, степень тяжести заболевания	Природные лечебные ресурсы
J41.0	Простой хронический бронхит		
J41.1	Слизисто-гнойный хронический бронхит		
J41.8	Смешанный, простой и слизисто-гнойный хронический бронхит	Хронический бронхит, трахеобронхит простой, слизисто-гнойный, смешанный, в фазе полной ремиссии	Лечебный климат, минеральные воды (для наружного бальнеотерапевтического применения)

Медицинские противопоказания:

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 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 исследований природных лечебных ресурсов, в том числе с учетом результатов соответствующей многолетней практики.

²⁴ 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 характеристика и перечня медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации с применением таких природных лечебных ресурсов" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 1 апреля 2024 г., регистрационный № 77708). СПС Консультант Плюс.

Литература/References

1. Drapkina OM, Koncevaya AV, Kalinina AM, et al. Prevention of chronic non-communicable diseases in the Russian Federation. National Guide 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.
2. Outpatient monitoring of patients with chronic non-infectious diseases and patients with a high risk of their development. Methodological recommendations. Edited by S.A. Boytsov, A.G. Chuchalin. M. 2014, 112 p. (In Russ.) Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекциоными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. Методические рекомендации. Под ред. С.А. Бойцова и А.Г. Чучалина. М.: 2014, 112 с. <http://www.gnicpm.ru, http://www.ropniz.ru> (07.08.2024).
3. Astanina SYu, Kalinina AM, Shepel RN, Drapkina OM. The teaching aid "Methodological recommendations for training doctors to conduct brief preventive consultations" — a teaching aid. M.: FGBU "NMICz TPM", 2023. 60 p. (In Russ.) Астанина С.Ю., Калинина А.М., Шепель Р.Н., Драпкина О.М. Учебное пособие "Методические рекомендации по подготовке врачей к проведению краткого профилактического консультирования" — учебное пособие. М.: ФГБУ "НМИЦ ТПМ", 2023. 60 с.
4. Boytsov SA, Pogosova NV, Ansheles AA, et al. Cardiovascular prevention 2022. Russian national recommendations. 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.
5. Drapkina OM, Drozdova LYu, Kalinina AM, et al. Organization of preventive medical examination and medical check-up of certain groups of the adult population. Methodological recommendations. Bulgakova. Izdanie 2-e. M.: FGBU "NMICz TPM" Minzdrava Rossii, 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.
6. Gorbunov VM, Smirnova MI, Kurexyan AS, Drapkina OM. Assessment of clinical and outpatient arterial 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., 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 YRHRI.
7. Braman SS. Chronic cough due to chronic bronchitis. ACCP evidence-based clinical practice guidelines. Chest 2006;129(Suppl 1):104S-115S.
8. Respiratory medicine: a manual: in 4 volumes. Ed. A.G. Chuchalin. 3-e izd., dop. i pererab. Moskva: Pul'moMedia. 2024;1. 668 p. (In Russ.) Респираторная медицина: руководство: в 4 т. Под ред. А.Г. Чучалина. — 3-е изд., доп. и перераб. Москва: ПульмоМедиа. 2024;1. 668 с. doi:10.18093/987-5-6048754-9-0.
9. Ovsjanikov ES, Avdeev SN, Budnevskij AV, Drobysheva ES. Cough diagnostics: present and future. Tuberkulez i bolezni legkih. 2021;99(11):56-64. (In Russ.) Овсянников Е.С., Авдеев С.Н., Будневский А.В., Дробышева Е.С. Диагностика кашля: настоящее и будущее. Туберкулез и болезни легких. 2021;99(11):56-64. doi:10.21292/2075-1230-2021-99-11-56-64.
10. 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.
11. Pashkova TL. An integrated approach to the diagnosis of chronic cough. Prakticheskaja pul'monologija. 2003;(2). (In Russ.) Пашкова Т.Л. Комплексный подход к диагностике хронического кашля. Практическая пульмонология. 2003;(2).
12. 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).
13. Bitter NV, Prudnikova NG, Prazdnikova NN, Metelev AV. Sanatorium and resort service: a textbook for students of the direction — 43.04.01 Service, profile "Management of sanatorium and resort business". Ed. N.V. Bitter, N.G. Prudnikova; Ministerstvo nauki i vysshego obrazovaniya RF, Altajskij gosudarstvennyj universitet. Barnaul: Izd-vo Alt. un-ta, 2024. 174 p. (In Russ.) Биттер Н.В., Прудникова Н.Г., Праздникова Н.Н., Метелев А.В. Санаторно-курортный сервис: учебник для студентов направления — 43.04.01 Сервис, профиль "Менеджмент санаторно-курортного дела". Под ред. Н. В. Биттер, Н.Г. Прудниковой; Министерство науки и высшего образования РФ, Алтайский государственный университет. Барнаул : Изд-во Алт. ун-та, 2024. 174 с. ISBN: 978-5-7904-2825-8.
14. Olenskaja TL, Nikolaeva AG, Soboleva LV. Rehabilitation in Pulmonology: A Teaching Aid. Vitebsk: VGMU, 2016. 142 p. (In Russ.) Оланская Т.Л., Николаева А.Г., Соболева Л. В. Реабилитация в пульмонологии: учебно-методическое пособие. Витебск: ВГМУ, 2016. 142 с. ISBN: 978-985-466-870-3.
15. Pace E, Cerveri I, Lacedonia D, et al. Clinical efficacy of carbocysteine in COPD: beyond the mucolytic action. Pharmaceutics. 2022;14(6):1261. doi:10.3390/pharmaceutics14061261.
16. Geppé NA, Velikoreckaja MD, Ozerskaja IV, et al. The effect of carbocysteine on the severity of cough and components of local immunity of mucous membranes against the background of acute respiratory viral infections in children. Doktor.Ru. 2023;22(3):32-9. (In Russ.) Геппе Н.А., Великорецкая М.Д., Озерская И.В. и др. Влияние карбоцистеина на выраженную кашель и компоненты местного иммунитета слизистых оболочек на фоне ОРВИ у детей. Доктор.Ру. 2023;22(3):32-9. doi:10.31550/1727-2378-2023-22-3-32-39.
17. Saluhov VV, Nikolaev AV, Ivanov VV, et al. The multifaceted properties of erdosteine and its place in the treatment of respiratory diseases. Medicinskij sovet. 2022;16(18):82-9. (In Russ.) Салухов В.В., Николаев А.В., Иванов В.В. и др. Многогранные свойства эрдостеина и его место в лечении заболеваний респираторного тракта. Медицинский совет. 2022;16(18):82-9. doi:10.21518/2079-701X-2022-16-18-82-89.
18. Kljachkina IL, Sinopal'nikov AI. Ambroxol in the treatment program for chronic bronchopulmonary diseases. Prakticheskaja pul'monologija. 2018;(2). (In Russ.) Клячкина И.Л., Синопальников А.И. Амброксол в программе лечения хронических бронхолегочных заболеваний. Практическая пульмонология. 2018;(2).
19. Leshchenko IV, Jesaulova NA. The Importance of N-Acetylcysteine in Clinical Practice. Pul'monologija. 2023;33(5):679-88. (In Russ.) Лещенко И.В., Эсайлова Н.А. Значение Н-ацетилцистеина в клинической практике. Пульмонология. 2023;33(5):679-88. doi:10.18093/0869-0189-2023-33-5-679-688.
20. Cazzola M, Calzetta L, Page C, Rogliani P, Matera MG. Thiol-Based Drugs in Pulmonary Medicine: Much More than Mucolytics. Trends Pharmacol Sci. 2019;40(7):452-63. doi:10.1016/j.tips.2019.04.015.
21. Drapkina OM, Briko NI, Kostinov MP, et al. Immunization of adults. Methodological recommendations. M., FGBU "NMIC TPM" Minzdrava Rossii: 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.
22. Avdeev SN, Alyeva MH, Baranov AA, et al. Vaccination against pneumococcal infection in children and adults. Methodological recommendations. Profilakticheskaja medicina. 2023;26(9-2):3-23. (In Russ.) Авдеев С.Н., Альяева М.Х., Баранов А.А. и др. Вакцинопрофилактика пневмококковой инфекции у детей и взрослых. Методические рекомендации. Профилактическая медицина. 2023;26(9-2):3-23.
23. Vaccination of adults — from strategy to tactics. Guide for doctors. M.P. Kostinov. M.: Gruppa MDV, 2020. 248 p. (In Russ.) Вакцинация взрослых — от стратегии к тактике. Руководство для врачей. М.П. Костинов. М.: Группа МДВ, 2020. 248 с.
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.
25. 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.
26. 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.
27. Borg GAV. Psycho-physical bases of perceived exertion. Med Sci Sports Exerc. 1982;14:377-81.

Драпкина О.М. — д.м.н., профессор, академик РАН, директор ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава России, зав. кафедрой терапии и профилактической медицины ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России;

Авдеев С.Н. — д.м.н., профессор, академик РАН, директор клиники пульмонологии и респираторной медицины, зав. кафедрой пульмонологии лечебного факультета ФГАОУ ВО "Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова" Минздрава России (Сеченовский Университет), главный внештатный специалист пульмонолог Минздрава России;

Смирнова М.И. — к.м.н., руководитель лаборатории профилактики хронических болезней органов дыхания отдела первичной профилактики ХНИЗ в системе здравоохранения, эксперт группы по организации медицинской помощи отдела организационно-методического управления и анализа качества медицинской помощи ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России;

Крякова М.Ю. — врач-методист группы по анализу научных исследований и разработок отдела организационно-методического управления и анализа качества медицинской помощи ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России;

Шепель Р.Н. — к.м.н., зам. директора по перспективному развитию медицинской деятельности ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, главный внештатный специалист по терапии Минздрава России в Центральном федеральном округе, доцент кафедры терапии и профилактической медицины ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России;

Никитина Л.Ю. — д.м.н., врач-методист отдела анализа кадровой политики и мониторинга организации медицинской помощи Национального медицинского исследовательского центра по профилю "пульмонология" ФГАОУ ВО "Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова" Минздрава России (Сеченовский Университет);

Дроздова Л.Ю. — к.м.н., руководитель лаборатории поликлинической терапии ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, главный внештатный специалист по медицинской профилактике Минздрава России;

Ипатов П.В. — д.м.н., профессор, главный научный сотрудник ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России;

Калинина А.М. — д.м.н., профессор, главный научный сотрудник, руководитель отдела первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний в системе здравоохранения ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, заслуженный деятель науки Российской Федерации;

Антипушина Д.Н. — к.м.н., старший научный сотрудник лаборатории профилактики хронических болезней органов дыхания отдела первичной профилактики ХНИЗ в системе здравоохранения ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России.



ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НАЖБП И АССОЦИИРОВАННЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Подобно диете* способствует избавлению печени от лишнего жира¹⁻³

- ✓ Активирует аутофагию^{1,4}
- ✓ Способствует уменьшению воспаления, профилактике фиброза и рака печени^{1,2}
- ✓ Способствует нормализации липидного и углеводного обмена, снижению кардиометаболических рисков НАЖБП¹⁻³



ЛП-№(003655)-(РГ-RU) от 10.11.2023 г.



* Эффективной признана средиземноморская диета, а также гипокалорийная диета (дефицит 500 ккал\день от физиологического)⁵
** Пример приема. 1. Полная информация по лекарственным препаратам содержится в инструкциях по медицинскому применению № ЛП-№(003033)-(РГ-RU) от 17.08.2023 (Урсосан®), ЛП-№(003655)-(РГ-RU) от 10.11.2023 (Урсосан® Форте). 2. Маевская М.В., Надинская М.Ю. и др. Влияние урсодезоксихолевой кислоты на воспаление, стеатоз и фиброз печени и факторы атерогенеза у больных неалкогольной жировой болезнью печени: результаты исследования УСПЕХ. Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 2019; 29 (6): 22-9. 3. Sánchez-García A et al., Effect of ursodeoxycholic acid on glycemic markers: A systematic review and meta-analysis of clinical trials. Pharmacol Res. 2018 Sep;135:144-149. 4. Wu, Pengbo, и др. «Ursodeoxycholic Acid Alleviates Nonalcoholic Fatty Liver Disease by Inhibiting Apoptosis and Improving Autophagy via Activating AMPK». Biochemical and Biophysical Research Communications, т. 529, вып. 3, август 2020 г, с. 834–38. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.1016/j.bbrc.2020.05.128. 5. Консенсус для врачей по ведению взрослых пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени и ее основными коморбидными состояниями. М.В. Маевская, Ю.В. Котовская, В.Т. Ивашкин, О.Н. Ткачева, Е.А. Трошина, М.В. Шестакова, В.В. Бредер, Н.И. Гейвандова, В.Л. Доцицин, Е.Н. Дудинская, Е.В. Ершова, Х.Б. Кодзоева, К.А. Комшилова, Н.В. Корочанская, А.Ю. Майоров, Е.Е. Мишина, М.Ю. Надинская, И.Г. Никитин, Н.В. Погосова, А.И. Тарзиманова, М.Ш. Шамхалова. ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ АРХИВ. 2022; 94 (2).

Уполномоченный представитель держателя РУ в РФ: АО «ПРО.МЕД.ЦС», 115193, г. Москва, ул. 7-я Кожуховская, д. 15, стр. 1, эт. 4, пом. 4.
Тел.: +7 (495) 664-44-11, +7 (929) 546-90-29; info@promedcs.ru

www.ursosan.ru

 PRO.MED.CS
Praha a.s.

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ