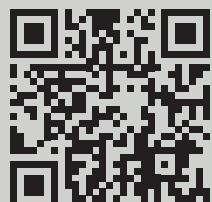




ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

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



НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

№ 1(2) 2024

XIV

Международный

ИНТЕРНЕТ КОНГРЕСС

специалистов по внутренним болезням

10–13 февраля 2025 г.



- ТЕРАПИЯ
- ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ
- ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ
- КАРДИОЛОГИЯ
- ПУЛЬМОНОЛОГИЯ
- ГЕПАТОЛОГИЯ
- ГЕНЕТИКА
- РЕВМАТОЛОГИЯ
- ОНКОЛОГИЯ
- ЭПИДЕМИОЛОГИЯ
- НЕВРОЛОГИЯ
- ПЕДИАТРИЯ
- ЭНДОКРИНОЛОГИЯ
- ФТИЗИАТРИЯ
- РЕНТГЕНОЛОГИЯ
- ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ
- ПРОФИЛАКТИКА
- ДЕРМАТОЛОГИЯ
- ЖЕНСКОЕ ЗДОРОВЬЕ
- ГЕМАТОЛОГИЯ

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.rosocardio.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: 28.12.2024
Цена свободная

ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ

Том 1, № 2' 2024

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
Каракулина Е. В. (Москва, Россия) — к.м.н., ORCID: 0000-0001-5222-1620
Концевая А. В. (Москва, Россия) — д.м.н., доцент, ORCID: 0000-0002-4453-8430
Купеева И. А. (Москва, Россия) — д.м.н., профессор, ORCID: 0000-0003-2422-6306
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. 1 № 2' 2024

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.ros cardio.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

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
Sergei 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

СОДЕРЖАНИЕ

НАЦИОНАЛЬНЫЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Драпкина О. М., Шепель Р. Н., Короткова А. В., Наумова Я. С., Ахвердиев Г. О., Щербинский А. А., Сачек М. М., Кулкаева Г. У., Бrimкулов Н. Н., Мухсинзода Г. М., Уразалиева И. Р., Огнева Е. Ю.
Обзор развития различных аспектов первичной медико-санитарной помощи в контексте национальных систем здравоохранения государств — участников Содружества Независимых Государств. Часть 2: принципы организации подсистем первичной медико-санитарной помощи, структурные элементы, процессы

6

СОВЕТ ЭКСПЕРТОВ

Драпкина О. М., Авдеев С. Н., Дроздова Л. Ю., Смирнова М. И., Никитина Л. Ю., Шепель Р. Н., Яфарова А. А.

28

Эффективное комплексное ведение пациентов с хроническим бронхитом: консенсус экспертов

НАУЧНАЯ НОВИЗНА

Склярова Т. В., Яхина Р. Р.

38

Избыточная масса тела: причины и последствия (по результатам социологического исследования студенческой молодежи)

АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ ДАННЫХ

Собко Е. А., Гордеева Н. В., Мамаева М. Г., Быханова Е. А., Демко И. В.

45

Лечение никотиновой зависимости с учетом нейробиологических аспектов патогенеза.

Обзор литературы

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Драпкина О. М., Авдеев С. Н., Смирнова М. И., Крякова М. Ю., Шепель Р. Н., Никитина Л. Ю.,

53

Дроздова Л. Ю., Ипатов П. В., Калинина А. М., Чикина С. Ю.

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

Драпкина О. М., Ивашкин В. Т., Маев И. В., Ливзан М. А., Абдулганиева Д. И., Бакулин И. Г.,

79

Бакулина Н. В., Гаус О. В., Дроздова Л. Ю., Ипатов П. В., Калинина А. М., Савченко Е. Д.,

Сененко А. Ш., Шептулина А. Ф., Шепель Р. Н.

Диспансерное наблюдение пациентов с болезнями пищевода врачом-терапевтом

в первичном звене здравоохранения: эзофагит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь,

пищевод Барретта, ахалазия кардии. Методические рекомендации

CONTENTS

NATIONAL HEALTHCARE SYSTEMS

Drapkina O. M., Shepel R. N., Korotkova A. V., Naumova Yu. S., Hagverdiyev G. O., Shcherbinsky A. A., Sacheck M. M., Kulkaeva G. U., Brimkulov N. N., Muhsinzoda G. M., Uralieva I. R., Ogneva E. Yu. **6**
Development of various aspects of primary health care in the context of national health systems of the Commonwealth of Independent States. Part 2: management of primary health care subsystems, structural elements, processes

EXPERT COUNCIL

Drapkina O. M., Avdeev S. N., Drozdova L. Yu., Smirnova M. I., Nikitina L. Yu., Shepel R. N., Yafarova A. A. **28**
Effective integrated management of patients with chronic bronchitis: expert consensus statement

SCIENTIFIC NOVELTY

Skliarova T. V., Yakhina R. R. **38**
Excess body weight: causes and consequences (data from the sociological study of students)

ANALYSIS OF MODERN DATA

Sobko E. A., Gordeeva N. V., Mamaeva M. G., Bykhanova E. A., Demko I. V. **45**
Approaches to nicotine addiction treatment taking into account the neurobiological aspects of pathogenesis. Literature review

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., Chikina S. Yu. **53**
Outpatient follow-up of patients with bronchiectasis by a primary care physician. Guidelines

Drapkina O. M., Ivashkin V. T., Maev I. V., Livzan M. A., Abdulganieva D. I., Bakulin I. G., Bakulina N. V., Gaus O. V., Drozdova L. Yu., Ipatov P. V., Kalinina A. M., Savchenko E. D., Senenko A. Sh., Sheptulina A. F., Shepel R. N. **79**
Outpatient follow-up of patients with esophageal diseases by a primary care practitioner: esophagitis, gastroesophageal reflux disease, Barrett's esophagus, achalasia cardia. Guidelines

Уважаемые коллеги!

Позвольте приветствовать вас и представить второй номер нашего журнала, который отражает ключевые направления и современные подходы к развитию первичной медико-санитарной помощи. Этот выпуск — значимый шаг на пути к осмыслению, развитию и внедрению новых идей и практик, столь необходимых в условиях современных вызовов здравоохранению.

Раздел "Национальные системы здравоохранения" включает обзор литературы, продолжающий тему организации первичной медико-санитарной помощи в странах Содружества Независимых Государств. В исследовании представлены структурные элементы и процессы, лежащие в основе системы помощи, а также введён новый концепт — "принцип перманентности", подчёркивающий важность постоянной медицинской поддержки в течение всей жизни.

Консолидированное мнение экспертов по организации диспансерного наблюдения пациентов с хроническим бронхитом представлено в рубрике "Совет экспертов". Эти материалы окажутся полезными как для организаторов здравоохранения, так и для практикующих врачей.

Важное место в номере занимают исследования, направленные на профилактику хронических неинфекционных заболеваний. В частности, работа Т. В. Скляровой и Р. Р. Яхиной посвящена изучению отношения молодежи к избыточной массе тела и ее влияния на качество жизни человека. Статья опубликована в разделе "Научная новизна". Полученные результаты показывают необходимость формирования осознанного восприятия здорового образа жизни, который становится неотъемлемой частью повседневной практики. Авторы предлагают новые тактики и пути воздействия на общественное мнение, что открывает перспективы для внедрения эффективных подходов к формированию культуры здоровья.

Часть журнала, посвященная анализу современных данных, содержит обзор современных подходов к лечению никотиновой зависимости, подготовленный Е. А. Собко и соавторами. Рассмотрены ключевые терапевтические методы, включая



никотин-заместительную терапию, фармакологические и перспективные нелекарственные методы, а также инновационный подход — неинвазивная стимуляция мозга.

В рубрике "Методические рекомендации" продолжена серия публикаций по диспансерному наблюдению. В этом номере представлены материалы по бронхэкстазической болезни и заболеваниям пищевода (эзофагит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, пищевод Барретта и ахалазия кардии).

Коллектив журнала "Первичная медико-санитарная помощь" поздравляет читателей и авторов с наступающим Новым Годом! Мы желаем здоровья, мира, благополучия и новых научных достижений!

Присоединяйтесь к нашему сообществу, делитесь своим опытом и решениями — каждая ваша идея ценна!

Приятного чтения,

Главный редактор,
академик РАН, профессор,
О. М. Драпкина

Обзор развития различных аспектов первичной медико-санитарной помощи в контексте национальных систем здравоохранения государств — участников Содружества Независимых Государств. Часть 2: принципы организации подсистем первичной медико-санитарной помощи, структурные элементы, процессы

В статье на основе аналитического обзора информационных источников о статусе и развитии различных аспектов первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в мире и выбранных странах, а также международных научно-обоснованных рекомендаций в серии обзорных статей оценивается использование международного опыта и рекомендаций для развития ПМСП в выбранных государствах — участниках Содружества Независимых Государств (СНГ), в частности, в отношении организационного аспекта, который рассматривается в настоящем обзоре.

Для составления обзора использовалась база данных научных публикаций, нормативных правовых документов и Интернет-ресурсов на основе отобранных ключевых слов и понятий, связанных с организационным аспектом ПМСП и его характеристиками. Приоритет в поиске был отдан материалам последнего десятилетия, касающимся государств — участников СНГ. Характеристики организационного аспекта национальных подсистем ПМСП были выделены, систематизированы и упорядочены в разделах: принципы организации подсистем ПМСП, структурные элементы, процессы.

Во второй части статьи приведены результаты анализа развития организационного аспекта ПМСП и его характеристик, включая реализацию определенных в процессе составления обзора рекомендаций с доказанной эффективностью в государствах — участниках СНГ. Анализ источников об опыте государств — участников СНГ по диспансеризации прикрепленного населения и диспансерному наблюдению (внедрению программ ведения) пациентов с хроническими заболеваниями дал основание предложить уточненное название принципу постоянной медицинской помощи в управлении своим здоровьем на протяжении всей жизни — принцип "перманентности".

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, организация первичной медико-санитарной помощи, организация здравоохранения, система здравоохранения, структурные элементы, процессы, диспансеризация, динамическое наблюдение, принцип перманентности, управление здоровьем, Содружество Независимых Государств.

Отношения и деятельность: нет.

Для цитирования: Драпкина О.М., Шепель Р.Н., Короткова А.В., Наумова Я.С., Ахвердиев Г.О., Щербинский А.А., Сачек М.М., Кулкаева Г.У., Бrimкулов Н.Н., Мухсинзода Г.М., Уразалиева И.Р., Огнева Е.Ю. Обзор развития различных аспектов первичной медико-санитарной помощи в контексте национальных систем здравоохранения государств — участников Содружества Независимых Государств. Часть 2: принципы организации подсистем первичной медико-санитарной помощи, структурные элементы, процессы. *Первичная медико-санитарная помощь*. 2024;1(2):6-26. doi: 10.15829/3034-4123-2024-17. EDN LCWZPW

Драпкина О. М.^{1,2},
Шепель Р. Н.^{1,2},
Короткова А. В.^{1*},
Наумова Я. С.¹,
Ахвердиев Г. О.³,
Щербинский А. А.⁴,
Сачек М. М.⁵,
Кулкаева Г. У.⁶,
Бrimкулов Н. Н.⁷,
Мухсинзода Г. М.⁸,
Уразалиева И. Р.⁹,
Огнева Е. Ю.¹⁰

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

²ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России, Москва, Российская Федерация

³Центр общественного здравоохранения и реформ Министерства здравоохранения Азербайджанской Республики, Баку, Азербайджан

⁴ГУ "Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения", Минск, Беларусь

⁵ОО "Белорусский государственный медицинский университет", Минск, Беларусь

⁶Национальный научный центр развития здравоохранения им. Салидат Каирбековой Министерства здравоохранения Республики Казахстан, Астана, Казахстан

⁷Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызстан

⁸Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, Душанбе, Таджикистан

⁹Школа общественного здравоохранения Ташкентской медицинской академии, Ташкент, Узбекистан

¹⁰ФГБУ "Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения" Минздрава России, Москва, Российская Федерация

*Corresponding author
(Автор, ответственный за переписку): korotkova9977@ya.ru

Поступила: 06.08.2024
Получена рецензия: 07.11.2024
Принята: 22.11.2024



Development of various aspects of primary health care in the context of national health systems of the Commonwealth of Independent States. Part 2: management of primary health care subsystems, structural elements, processes

Based on an analytical review of information sources on the status and development of various aspects of primary health care (PHC) in the world and in selected countries, as well as international evidence-based recommendations in a series of reviews, to assess international experience and guidelines for the development of PHC in selected members of the Commonwealth of Independent States (CIS), in particular, with respect to the management aspect. To prepare the review, a database of publications, regulatory legal documents and Internet resources was used based on selected keywords and concepts related to the management of PHC and its characteristics. Priority was given to last decade materials concerning the CIS member states. The characteristics of national PHC management were identified, systematized and arranged in following sections: principles of PHC subsystems, structural elements, processes.

The second part presents the analysis of the development of PHC management and its characteristics, including the implementation of recommendations with proven effectiveness in the CIS member states. The analysis of sources on the experience of the CIS member states in the medical examination and follow-up of patients with chronic diseases gave grounds to propose a more precise name for continuous health care in managing health throughout life — the principle of permanence.

Keywords: primary health care, management of primary health care, health care system, structural elements, processes, medical examination, medical follow-up, principle of permanence, health management, Commonwealth of Independent States.

Relationship and Activities: none.

For citation: Drapkina O. M., Shepel R. N., Korotkova A. V., Naumova Yu. S., Hagverdiyev G. O., Shcherbinsky A. A., Sacheck M. M., Kulkaeva G. U., Brimkulov N. N., Muhsinzoda G. M., Uralieva I. R., Ogneva E. Yu. Development of various aspects of primary health care in the context of national health systems of the Commonwealth of Independent States. Part 2: management of primary health care subsystems, structural elements, processes. *Primary Health Care (Russian Federation)*. 2024;1(2):6-26. doi: 10.15829/3034-4123-2024-17. EDN LCWZPW

Drapkina O. M.^{1,2},
Shepel R. N.^{1,2},
Korotkova A. V.^{1*},
Naumova Yu. S.¹,
Hagverdiyev G. O.³,
Shcherbinsky A. A.⁴,
Sacheck M. M.⁵,
Kulkaeva G. U.⁶,
Brimkulov N. N.⁷,
Muhsinzoda G. M.⁸,
Uralieva I. R.⁹,
Ogneva E. Yu.¹⁰

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

²Russian University of Medicine, Moscow, Russian Federation

³Public Health and Reforms Center, Baku, Azerbaijan

⁴Republican Scientific and Practical Center for Medical Technologies, Informatization, Management and Health Economics, Minsk, Republic of Belarus

⁵Institute for Advanced Training and Retraining of Healthcare Personnel of Belarusian State Medical University, Minsk, Republic of Belarus

⁶Salidat Kairbekova National Research Center for Health Development, Astana, Republic of Kazakhstan

⁷I. K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, Republic of Kyrgyzstan

⁸Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan, Dushanbe, Republic of Tajikistan

⁹School of Public Health of the Tashkent Medical Academy, Tashkent, Republic of Uzbekistan

¹⁰Russian Research Institute of Health, Moscow, Russian Federation

*Corresponding author:
korotkova9977@ya.ru

Received: 06.08.2024
Revision received: 07.11.2024
Accepted: 22.11.2024



ВА — врачебные амбулатории, ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения, ВОП — врач общей практики, ГСВ — группа семейных врачей, ЕРБ — Европейское региональное бюро, ЗОЖ — здоровый образ жизни, ЛПУ — лечебно-профилактическое учреждение, МО — медицинская организация, НИЗ — неинфекционные заболевания, ПМСП — первичная медико-санитарная помощь, ПСВ — пункты семейного врача, СД — сахарный диабет, СМП — скорая медицинская помощь, СНГ — Содружество Независимых Государств, ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания, ФАП — фельдшерско-акушерские пункты, ЦРБ — центральные районные больницы.

Ключевые моменты

Что известно о предмете исследования?

- Государства — участники Содружества Независимых Государств (СНГ) — приоритетно развивают первичную медико-санитарную помощь, совершенствуют работающие и внедряют новые организационные решения.
- Большинство стран СНГ применяет территориально-участковый принцип, но в управлении по-прежнему используется "радарный" принцип, основанный на понятии "случай заболевания".

Что добавляют результаты исследования?

- Анализ характеристик организационного аспекта подсистем первичной медико-санитарной помощи в странах СНГ показал определенную и различающуюся степень их готовности к непрерывному и постоянному оказанию медицинской помощи прикрепленным жителям в управлении своим здоровьем на протяжении всей жизни — готовности применять принцип "перманентности" (как мы его предлагаем называть).

Key messages

What is already known about the subject?

- The member states of the Commonwealth of Independent States (CIS) develop primary health care as a priority, improving existing and implementing novel management solutions.
- Most CIS countries apply the territorial-district principle, but the "radar" principle based on the concept of "case of disease" is still used in management.

What might this study add?

- The analysis of the management characteristics of primary health care subsystems in the CIS countries showed a certain and varying degree of their readiness for continuous and constant healthcare provision throughout the life — the principle of permanence (as we propose to call it).

Введение

Статья состоит из двух частей и открывает серию обзорных статей по различным аспектам первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). В ней представлены общая постановка задачи по составлению серии обзорных статей и в основном результаты обзора по организационному аспекту. В последующих статьях серии будут рассмотрены остальные аспекты ПМСП. В **Части 1 статьи** был представлен обзор организационного аспекта в целом систем здравоохранения и подсистем ПМСП в государствах — участниках Содружества Независимых Государств (СНГ). **Часть 2 статьи** охватывает характеристики организационного аспекта ПМСП, относящиеся к принципам, структурным элементам и процессам в подсистемах ПМСП в выбранных государствах — участниках СНГ.

Методология исследования

За последнее десятилетие наблюдаются значительные изменения в подходах к охране здоровья населения и в статусе систем здравоохранения и подсистем ПМСП в особенности; поэтому основными временными рамками для

подбора источников были выбраны публикации, нормативно-правовые акты и другие материалы, изданные в последнем десятилетии, как содержащие наиболее актуальную, соответствующую происходящим переменам, информацию. Географически приоритет был отдан источникам о ПМСП в государствах — участниках СНГ. Кроме того, изучались обзорные публикации в области развития ПМСП в мире и в Европейском регионе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в т.ч. на платформах ВОЗ, содержащие научно-обоснованные рекомендации и обобщение передового опыта.

Первичный анализ источников информации по ключевому понятию ПМСП позволил выделить в качестве основных областей поиска ее аспекты: организационный, ресурсов, финансирования, управления, цифровизации и результатов, их характеристиками, дополнить ключевые поисковые термины, вспомогательным критерием определить наличие информации о результатах ПМСП (снижение различных составляющих показателей смертности, увеличение продолжительности и улучшение качества жизни).

Результаты

Результаты поиска и анализа информационных источников позволили структурировать характеристики организационного аспекта подсистемы ПМСП на основе системного подхода следующим образом: принципы построения, структурные элементы и процессы деятельности.

Принципы построения и организации подсистемы ПМСП:

- территориально-участковый принцип;
- принцип первого контакта;
- принцип вовлеченности пациентов и их семей в принятие решений и самопомощь;
- принцип справедливости (специальные контингенты).

Структурные элементы:

- поликлиники;
- офисы врачей общей практики (ВОП) и семейных врачей;
- дневные стационары;
- сельские медицинские пункты и фельдшерско-акушерские пункты (ФАП);
- выездные формы медицинской помощи, мобильные комплексы;
- подразделения неотложной, экстренной амбулаторной и скорой помощи;
- структуры телемедицины.

Процессы:

- диспансеризация, скрининги, осмотры;
- диспансерное наблюдение, помощь при хронических состояниях;
- медицинская первичная, вторичная и третичная профилактика.

Принципы организации подсистемы ПМСП

Территориально-участковый принцип

В операционном механизме ПМСП ВОЗ¹ отмечается, что "применение территориально-участкового принципа организации (empanelment или rostering) влечет за собой закрепление отдельных пациентов или групп населения за отдельными поставщиками, командами или учреждениями первичной помощи. Оно может быть обязательным или добровольным и может основываться на районном делении или индивидуальном выборе. Территориально-участковый принцип организации стимулирует поставщиков услуг/команды к принятию всеобъемлющего подхода к охране здоровья людей, находящихся под их опекой, что облегчает выполнение функций как государственного здравоохранения, так и первичной помощи". Рекомендация Европейского регионального бюро (ЕРБ) ВОЗ: "Стимулировать организации ПМСП к участию в управлении здоровьем населения, воз-

ложив на них формализованную ответственность за результаты оказания ПМСП постоянно проживающему, четко идентифицированному и зарегистрированному населению, обычно в пределах определенной зоны обслуживания"².

В советской системе этот принцип четко соблюдался, что позволяло планировать ресурсы здравоохранения в привязке к половозрастным характеристикам прикрепленного населения и к потребности в медицинской помощи, связанной с показателями заболеваемости в зоне обслуживания. На производствах работали медико-санитарные части (или пункты), в учебных заведениях — врачебные кабинеты с охватом по участковому принципу, соответственно, работающих и учащихся.

После образования независимых государств с наследием населения правом свободного выбора любой медицинской организации (МО) и, соответственно, нарушением участкового принципа, руководители здравоохранения столкнулись с непропорциональностью нагрузки на отдельные МО (особенно на высокуюровневые) и на врачей. В то же время пациенты, выбрав поликлинику вдали от дома, со временем начинали ощущать географические и временные трудности в доступности медицинской помощи, особенно амбулаторной. В странах СНГ в целом восстановился территориально-участковый принцип организации ПМСП, вместе с тем право выбора МО и врача имеется у жителей всех выбранных стран, но различаются обеспечивающие это право нормы.

Азербайджан. Пациент имеет право на выбор врача (по согласию самого врача) и лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ), за исключением случаев оказания неотложной медицинской помощи³. Однако прикрепляют к ЛПУ только в зоне проживания, а участки формируют, исходя из численности прикрепленных⁴.

Армения. 80% расходов на здравоохранение оплачивается из собственных средств жителей, поэтому нет требования прикрепления к МО по месту жительства — пациент выбирает МО, в т.ч. и по стоимости услуг. Территориально-участковый принцип не работает⁵.

Беларусь. Граждане Республики Беларусь закрепляются за государственными учреждениями

² WHO Regional Office for Europe. Population health management in primary health care: a proactive approach to improve health and well-being. Primary health care policy paper series. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 2022. <https://iris.who.int/handle/10665/368805> (10.07.2024).

³ Закон Азербайджанской Республики "Об охране здоровья населения" от 26 июня 1997 г. №360-IQ с поправками. https://base.spinform.ru/show_doc.fwx?rgn=5809 (10.07.2024).

⁴ Статья от 19.10.2023. Новостное агентство Sputnik Азербайджан. <https://az.sputniknews.ru/20231019/grazhdan-azerbaydzhana-prikrepyat-k-opredelennym-meduchrezhdeniyam-459749631.html> (10.07.2024).

⁵ Saro Tsaturyan and Giada Scarpetti. Health Systems in Action. Armenia. The European Observatory on Health Systems and Policies. 2022, p. 24. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/362322/9789289059107-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (10.07.2024).

¹ ВОЗ и ЮНИСЕФ. Операционный механизм первичной медико-санитарной помощи: воплощение концепции в жизнь. Женева: ВОЗ и ЮНИСЕФ. 2021г, веб-приложение, Технические спецификации. <https://iris.who.int/handle/10665/351738> (10.07.2024).

здравоохранения по их месту жительства (месту пребывания), а при наличии ведомственных организаций здравоохранения — также и по месту работы (учебы, службы)⁶.

Казахстан. Участки семейных врачей четко определены, включают жителей всех возрастов на участке. Для снижения нагрузки на семейного врача используют укомплектование врачебного участка медицинскими сестрами по принципу "1+3" и внедрение независимого приема медицинскими сестрами с послесредним и высшим образованием (прикладной и академический бакалавриат)⁷.

Кыргызстан. Пациенты могут быть приписаны к группе семейных врачей (ГСВ) по своему выбору, который, однако, ограничен местом проживания и количеством врачей⁸.

Молдова. Свободный выбор медицинского учреждения и врача, но в государственных учреждениях — по установленным правилам (участковость, но с учетом выбора пациента) [1].

Таджикистан. Право выбора врача и ЛПУ у пациента есть, но оно ограничено различными уровнями необходимой доплаты при обращении на специализированный уровень⁹.

Туркменистан. ПМСП организована по принципу семейной медицины с обслуживанием населения, проживающего на прикрепленных участках¹⁰.

Узбекистан. Законодательно территориально-участковый принцип не закреплен, но ЛПУ имеют четкие зоны обслуживания. Пациент имеет право на выбор врача и ЛПУ по месту жительства¹¹.

Принцип первого контакта

В Руководстве ВОЗ по внедрению подходов к укреплению ПМСП¹² представлены передовой опыт и знания, полученные странами в результате "естественных экспериментов" по укреплению ПМСП с использованием наилучших имеющихся на-

учных данных. В нем под "первым контактом" подразумевают первичную помощь как "первую точку контакта для подавляющего большинства мероприятий по профилактике заболеваний, а также для острых и хронических проблем со здоровьем". В этом определении подчеркивается роль ПМСП как основной точки входа и взаимодействия между населением и системой здравоохранения. Далее в руководстве отмечено, что некоторые сторонники первичной помощи подчеркивают, что пользователи должны в конечном итоге определить предпочтительное место контакта с системой здравоохранения. В некоторых случаях, например, в случае неотложной медицинской помощи, оптимальная помощь может потребовать первого доступа за пределами учреждения ПМСП для конкретного случая. Помимо оказания неотложной помощи и любой связанный с ней госпитализации, доступ к первому контакту для последующего наблюдения со стороны поставщика ПМСП или команды, вероятно, приведет к лучшим долгосрочным результатам. В некоторых случаях ПМСП может также служить первым контактом при неотложной помощи, например, обеспечивая помощь в нерабочее время. Требование о том, чтобы пользователи сначала прошли оценку у поставщика ПМСП, прежде чем их направят на исследования или специализированную помощь, называется контролем доступа (gatekeeper).

Данные о функции первого контакта в ПМСП позволяют предположить, что ее выполнение обеспечивает соответствующее направление к специалистам, а также сократить количество госпитализаций. Изменения в политике, направленные на усиление функции первого контакта в ПМСП, такие как регистрация случая (выявление), были связаны с повышением эффективности и улучшением качества обслуживания пациентов, снижением затрат и улучшением результатов в отношении здоровья. Соблюдение принципа первого контакта в выбранных государствах — участниках СНГ — имеет свои особенности.

Азербайджан. В функции участкового терапевта входят медицинская сортировка, оказание помощи терапевтическим больным при острых состояниях и направление пациентов с неинфекционными заболеваниями (НИЗ) к профильным специалистам; они не занимаются продвижением здорового образа жизни (ЗОЖ) и профилактикой болезней и не принимают активного участия в ведении хронических заболеваний, например, назначать выполнение электрокардиограммы и интерпретировать ее результаты может только кардиолог¹³. Жители для получения медицинских

⁶ Закон Республики Беларусь "О здравоохранении" от 18 июня 1993 г. № 2435-XII, с изменениями и дополнениями. <https://pravo.by/document/?guid=3871&pid=v19302435> (10.07.2024).

⁷ Концепция развития здравоохранения Республики Казахстан до 2026г, утверждена постановлением Правительства Республики Казахстан от 24 ноября 2022 г. № 945. <https://www.gov.kz/memlekет/entities/dsm/documents/details/adilet/P2200000945?lang=ru> (01.12.2024).

⁸ Молдоисаева С., Калиев М., Сыдыкова А. и др. Кыргызстан: обзор системы здравоохранения. Системы здравоохранения: время перемен. ЕРБ ВОЗ. 2022г. <https://iris.who.int/handle/10665/366705> (10.07.2024).

⁹ Ходжамуровод Г., Речел Б. Таджикистан: обзор системы здравоохранения. ЕРБ ВОЗ. 2010г. <https://iris.who.int/handle/10665/332405> (10.07.2024).

¹⁰ Закон Туркменистана "Об охране здоровья граждан". Ведомости Меджлиса Туркменистана от 23 мая 2015 г. № 223-V, с изменениями. <https://mejlis.gov.tm/single-law/134?lang=ru> (10.07.2024).

¹¹ ВОЗ. Задачи ЦУР, связанные со здоровьем, в Таджикистане: реализация политики и мер в области здравоохранения и повышения благополучия населения. Копенгаген: ЕРБ ВОЗ. 2020. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/353951/WHO-EURO-2022-5406-45171-64480-rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (10.07.2024).

¹² Rajan D, Rouleau K, Winkelmann J, et al. Implementing the Primary Health Care approach: a primer. Geneva: WHO. 2024 (Global report on primary health care). <https://iris.who.int/handle/10665/376777> (10.07.2024).

¹³ ВОЗ. Азербайджан. Преобразование системы первичной медико-санитарной помощи во время пандемии, ВОЗ. 2021. <https://www.who.int/europe/ru/publications/m/item/azerbaijan-applying-participatory-approaches-in-designing-a-stronger-service-delivery-model-in-remote-rural-areas-%282021%29> (10.07.2024).

услуг первоначально должны обращаться к семейным врачам, которые далее дают направления на прием к специалистам¹⁴.

Армения. Специализированная медицинская помощь — как вид медицинской помощи и обслуживания, основанный на специфических диагностических и медицинских методах, в т.ч. новейших и сложных медицинских технологиях, — в законодательстве этим определением отделена от первичной медицинской помощи¹⁵.

Беларусь. Лечащий врач (организует и оказывает медицинскую помощь пациенту в период его медицинского наблюдения и лечения) в случае необходимости направляет пациента для оказания ему медицинской помощи к другим врачам-специалистам, работающим в одной с ним организации здравоохранения⁶. Специалисты, работающие в поликлинике, принимают пациентов по талонам по самозаписи, т.е. участковый врач не выполняет контролирующую функцию¹⁶.

Казахстан. Интеграция услуг ПМСП со специализированным лечением осуществляется при помощи клинических протоколов, основанных на доказательной медицине, с тем чтобы пациенты могли в надлежащее время получить услуги от нужного специалиста в соответствии с индивидуальными клиническими потребностями. Однако профильные специалисты больше не являются точкой первичного контакта пациента для доступа в систему здравоохранения, как было ранее, что позволило избежать фрагментации медицинской помощи в эпоху мультиморбидности и оптимизировать использование ограниченных ресурсов здравоохранения¹⁷.

Кыргызстан. Врачи ГСВ выступают в роли диспетчера, или регулировщика доступа к медицинской помощи на более высоких уровнях, требующей направления семейного врача⁸. Кроме ГСВ, в штаты Центров семейной медицины также входят иные специалисты — гинекологи, хирурги, кардиологи и др. В стране продолжается дискуссия о роли врачей-специалистов (кардиологов, гастроэнтерологов и т.п.) в первичном звене.

¹⁴ Статья от 24.06.2021. Новостное агентство Sputnik Азербайджан. <https://az.sputniknews.ru/20210624/Sistema-medstrakhovaniya-doshla-i-do-chastnykh-klinik---spisok-427295387.html> (10.07.2024).

¹⁵ О внесении изменения в Закон Республики Армения "О медицинской помощи и обслуживании населения" от 06.05.2020. <https://beawire.com/ru/law-of-the-republic-of-armenia-on-amendments-to-the-law-of-the-republic-of-armenia-on-medical-care-and-public-services/> (10.07.2024).

¹⁶ "О порядке оказания медицинской помощи" Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь 16 августа 2023 г. № 117. https://minzdrav.gov.by/upload/lcfiles/постановление_M3_2023_117.pdf (10.07.2024).

¹⁷ Кацага А., Кульжанов М., Karanikolos M., et al. Казахстан: обзор системы здравоохранения. ЕРБ ВОЗ. 2012. <https://iris.who.int/handle/10665/332396> (10.07.2024).

Молдова. Семейные врачи выступают в роли "контролеров" специализированных и стационарных услуг для застрахованных пациентов¹⁸.

Таджикистан. Семейный врач назначает консультации специалистов, но, кроме того, используя право свободного выбора врача и ЛПУ, пациенты минуют своих участковых врачей для записи на прием⁹. Врачи и медсестры в ПМСП не всегда достаточно квалифицированы; им может не хватать уверенности, что они могут обеспечить качественное оказание основных услуг в области охраны секуального и репродуктивного здоровья, здоровья матери, новорожденного, ребенка и подростка, что приводит к многочисленным перенаправлениям и фрагментации услуг. Работники ПМСП играют важную роль в поддержке пациентов, недостаточно охваченных услугами, как в сельских, так и в городских населенных пунктах¹⁹.

Туркменистан. ПМСП подразделяется на первую помощь, доврачебную медико-санитарную помощь, врачебную медико-санитарную помощь, специализированную медико-санитарную помощь¹⁰.

Узбекистан. Специализированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами бесплатно в государственных ЛПУ; при направлении льготной категории лиц на лечение в специализированные учреждения оценивается степень тяжести заболевания и применяются прозрачные механизмы очередности. Специализированные услуги оказываются на уровне районного звена, в семейных поликлиниках и пунктах семейного врача (ПСВ)²⁰.

Принцип вовлеченности пациентов и семьи в оказание помощи и создание условий для самопомощи

Рекомендация на портале The Primary Health Care Performance Initiative (PHCPI)²¹, где представлены научно-обоснованные стратегии улучшения ПМСП, — вовлекать пациентов в оказание им медицинской помощи. Вовлечение (внедрение, расширение возможностей — empanelment) — это активное и постоянное направление отдельного человека или семьи к поставщику ПМСП для оказания медицинской помощи, является организационной основой управления здоровьем населения, обеспечения информированности пациентов о доступных видах медицинской помощи и вы-

¹⁸ Закон Республики Молдова "Об охране здоровья" от 28 марта 1995 г №411-XIII https://base.spinform.ru/show_doc.fwx?rgn=3461 (10.07.2024).

¹⁹ Отчет о проведенной оценке системы здравоохранения: укрепление первичной медико-санитарной помощи путем предупреждения необоснованной госпитализации в Таджикистане. Копенгаген: ЕРБ ВОЗ. 2022 г. <https://iris.who.int/handle/10665/355752> (10.07.2024).

²⁰ Постановление Президента Республики Узбекистан "О мерах по совершенствованию организации деятельности учреждений первичной медико-санитарной помощи Республики Узбекистан" от 29 августа 1996 г., № 265-л, с изменениями, <https://lex.uz/acts/41329> (10.07.2024).

²¹ The Primary Health Care Performance Initiative (PHCPI-2015-2022) portal, Evidence-informed strategies to improve primary health care. <https://www.improvingphc.org/improvement-strategies> (10.07.2024).

страивания долгосрочных отношений с медицинскими работниками. В государствах — участниках СНГ — этот принцип соблюдается в разных формах и степени.

Азербайджан. В законодательстве не закреплены возможность и условия оказания самопомощи и принцип вовлечения пациента в процесс выбора лечения; но законодательно требуется добровольное письменное или устное согласие пациента на медицинское вмешательство (кроме оказания медицинской помощи, включая стационарную, при заболеваниях, представляющих опасность для окружающих). Женщина имеет право на самостоятельное решение вопроса материнства (по желанию аборт возможен до 12 нед. беременности)³.

Армения. Пациент имеет право на информированность о своем заболевании и подтверждение согласия на оказание медицинской помощи и обслуживания в порядке, установленном законодательством. Необходимым условием медицинского вмешательства является письменное согласие, и пациент вправе в письменной форме отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращение, за исключением случаев заболеваний, представляющих опасность для окружающих¹⁵. Внедрение общенациональной электронной медицинской информационной системы под названием ARMED направлено на улучшение подотчетности, доступа и расширения прав и возможностей пациентов⁵.

Беларусь. Пациенты имеют право на участие в выборе методов оказания медицинской помощи⁶.

Казахстан. С целью укрепления потенциала реагирования системы ПМСП и обеспечения ее признания населением было решено преобразовать биомедицинскую модель ПМСП, ориентированную на врача, в модель ПМСП, ориентированную на пациента и основанную на личных взаимоотношениях в социальном контексте⁷.

Кыргызстан. Работают группы самопомощи⁸. Вовлечение населения осуществляется также в рамках программы сельских комитетов здоровья с поддержкой Ассоциации сельских комитетов здоровья Кыргызстана "Кыргызстан айылдык ден соолук комитеттери"²² и Программы "Действия сообществ по вопросам здоровья" в Кыргызстане²³.

Молдова. Все решает пациент (согласие), кроме установленных в законодательстве случаев. Вовлечение в принятие решения по выбору лечения в законодательстве не отражено¹⁸.

²² Ассоциация сельских комитетов здоровья Кыргызстана "Кыргызстан айылдык ден соолук комитеттери" (КАДК). <https://kadk.kg/> (10.07.2024).

²³ Программа "Действия сообществ по вопросам здоровья" (ДСВЗ) в Кыргызстане. <https://saksalamat.kg/istoriya-skz/> (10.07.2024).

Таджикистан. Граждане имеют право на получение необходимой информации о состоянии своего здоровья и здоровья своих детей²⁴.

Туркменистан. Граждане имеют право на получение полной и достоверной информации о состоянии своего здоровья, методах профилактики, диагностики, лечения, реабилитации, санитарно-эпидемиологическом благополучии места проживания, рациональном питании, безопасности и качестве пищевых продуктов, факторах, способствующих сохранению здоровья или оказывающих на него вредное влияние. Медицинская помощь должна предоставляться после получения устного или письменного согласия пациента¹⁰.

Узбекистан. Обеспечивается постоянная патронажная помощь женщинам fertильного возраста, беременным, детям, а также одиноким престарелым лицам, лицам с инвалидностью, имеющим хронические заболевания, и другим лицам, нуждающимся в постороннем уходе и социальной помощи. Гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями и заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, оказывается медико-социальная помощь и обеспечивается постоянное медицинское наблюдение в соответствующих ЛПУ государственной системы здравоохранения. Лица с инвалидностью имеют право на бесплатную медико-санитарную помощь в учреждениях государственных систем здравоохранения, уход на дому, а одинокие лица с инвалидностью, нуждающиеся в постороннем уходе, лица с инвалидностью с хроническими психическими расстройствами — на содержание в домах-интернатах²⁵.

Принцип справедливости (специальные контингенты)

ЕРБ ВОЗ для управления здоровьем населения в ПМСП рекомендует активный подход к улучшению здоровья и благополучия² со следующими шагами: 1) четко идентифицировать и зарегистрировать население, входящее в определенную зону обслуживания; 2) оценить состояние здоровья и условия жизни населения, выделить группы на основе стратификации риска, активно работать с пациентами и выявлять когорты населения, испытывающие неравенство в отношении здоровья; 3) использовать модели оказания помощи, в которых многопрофильные бригады ПМСП предоставляют скоординированную помощь, основанную на более широком спектре потребностей людей и определяющих их факторах, в т.ч. интегрируясь с другими секторами, такими как социальная помощь. Стратификация рисков и разделение на

²⁴ Закон Республики Таджикистан от 15 мая 1997 г. №419 "Об охране здоровья населения". <https://base.spinform.ru/index.fwx> (10.07.2024).

²⁵ Закон Республики Узбекистан "Об охране здоровья граждан" от 29 августа 1996 г. № 265-І, с изменениями. <https://lex.uz/acts/41329> (10.07.2024).

когорты по потребностям позволит адресно повысить качество медицинской помощи, улучшить процесс принятия клинических решений и адаптировать предоставление услуг.

Во всех странах СНГ действуют законодательные нормы, позволяющие перенаправить всегда ограниченные ресурсы (сколько бы их не было) на увеличение помощи, прежде всего — бесплатно и приоритетно, уязвимым группам, особо в ней нуждающимся. Поэтому более подходящий термин для наших стран — принцип справедливости, а не термин "неравенство в здоровье" (как переводят чаще всего "inequity" с английского языка). Покажем действие принципа справедливости в государствах — участниках СНГ.

Азербайджан. Адресная государственная социальная помощь (денежная) в основном предусмотрена для малообеспеченных семей. Дети, подростки, студенты, лица с инвалидностью и пенсионеры, вынужденные переселенцы и приравненные к ним лица, лица, занимающиеся спортом, имеют право на медицинское обследование за счет средств государственного бюджета (а если предусмотрено пакетом услуг в соответствии с Законом Азербайджанской Республики "О медицинском страховании"²⁶ — за счет средств обязательного медицинского страхования в государственных медицинских учреждениях). Бесплатно услуги обязательного медицинского страхования в Азербайджане предоставляются пенсионерам, безработным, несовершеннолетним, студентам, лицам с ограниченными возможностями здоровья, а также беременным.

Армения. Специализированная медицинская помощь (включая стоматологическую) предоставляется на платной основе, исключения — дети и социально незащищенные категории населения, которые имеют право на бесплатное или частично возмещаемое государством медицинское обслуживание, скидки на лекарственные средства. Стоимость амбулаторных лекарственных препаратов покрывается полностью или частично только для ограниченных категорий пациентов, принадлежащих либо к социально незащищенным группам, либо с определенными хроническими заболеваниями или состояниями, например, сахарным диабетом (СД)⁵.

Беларусь. Все население условно разделено на группы диспансерного наблюдения и получает соответствующую медицинскую и социальную помощь⁵. Полностью бесплатны или имеется скидка 50 или 90% на лекарственные средства и медицинские изделия для определенных категорий на-

селения, начиная с детей 3-летнего возраста (до 3 лет — бесплатно)²⁷.

Казахстан. В организациях ПМСП открывают гериатрические участки в целях улучшения оказания медицинской помощи лицам пожилого возраста для повышения качества и продолжительности жизни⁷.

Кыргызстан. Законодательно установлено страховое покрытие для медицинской помощи уязвимым группам населения²⁸.

Молдова. Минимум бесплатного медицинского обеспечения предоставляется лицам из уязвимых групп за счет средств соответствующих фондов организации медицинской помощи¹⁸.

Таджикистан. На уровне ПМСП всем больным оказывается бесплатная медицинская помощь за исключением отдельных методов исследований. Полностью освобождены от всех платежей две льготные группы, которые подразделены на 29 категорий (10 категорий по заболеванию и 19 — социально уязвимых категорий), которые в той или иной степени освобождены от сооплаты²⁴.

Туркменистан. ПМСП оказывается бесплатно всем, специализированные медицинские услуги также бесплатны (или с частичной оплатой) для населения из декретированных групп: дети, подростки, беременные женщины, инвалиды, участники Великой Отечественной войны, афганских и чернобыльских событий и отдельные категории больных¹⁰.

Узбекистан. Включение в категорию лиц из малообеспеченных семей определяется посредством информационной системы "Единый реестр социальной защиты". При заболевании, утрате трудоспособности и в иных случаях граждане имеют право на медико-социальную помощь, которая включает профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, санаторно-курортную, протезно-ортопедическую и другие виды помощи, а также меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и лицами с инвалидностью, в т.ч. выплату пособия по временной нетрудоспособности²⁰.

Структурные элементы

Амбулаторные учреждения, поликлиники

В обзоре моделей поликлиники [2] отмечены основные тренды организации: превентивность, цифровизация, оптимизация ресурсов, командная работа, а также передача функциональных обязанностей

²⁷ "О вопросах бесплатного и льготного обеспечения лекарственными средствами и перевязочными материалами" Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 30 ноября 2007 г. № 1650 с дополнениями и изменениями. <https://pravo.by/document/?guid=3961&p0=C20701650> (10.07.2024).

²⁸ Закон Кыргызской Республики от 12 января 2024 г. № 14 "Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике". <https://cbd.minjust.gov.kg/4-5260-edition/1939/ru> (10.07.2024).

²⁶ Закон Азербайджанской Республики "О медицинском страховании" от 28 октября 1999 г. №725-IQ [https://base.spinform.ru/show_doc.fwx?rgn=2725 \(10.07.2024\).](https://base.spinform.ru/show_doc.fwx?rgn=2725 (10.07.2024).)

специалистам с немедицинским образованием. В исследовании [3] на основе интервьюирования ключевых информаторов по интеграции ПМСП и профильных служб здравоохранения предлагаются пути преобразования имеющихся механизмов взаимодействия первичного звена со специалистами на основе развития семейной медицины.

В зависимости от потребностей населения в медицинских услугах каждая из стран определяет собственные модели, и многие из них доказали свою эффективность. Рассмотрим формы организации в странах СНГ структурных элементов подсистемы ПМСП — амбулаторных учреждений и поликлиник.

Азербайджан. Амбулаторные учреждения (поликлиники) оказывают как ПМСП, так и специализированную амбулаторную помощь (последняя, соответственно, формально не включена в ПМСП).

Армения. Условия оказания медицинской помощи: амбулаторно — в случаях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения (в т.ч. при вызове на дом).

Беларусь. Поликлиника — многопрофильное учреждение здравоохранения, в котором оказывается амбулаторная (внебольничная) медицинская помощь пациентам, пришедшим на прием или на дому; поликлиники подразделяются по территориальному принципу на городские, районные и межобластные, иногда находятся на базе больниц; по возрастному принципу подразделяются на взрослые и детские²⁹.

Казахстан. Продолжается работа по обеспечению прикрепленного населения шаговой доступностью к услугам ПМСП путем разукрупнения городских поликлиник и обновления инфраструктуры — строительства и открытия новых объектов ПМСП⁷.

Кыргызстан. Основной функциональной единицей для оказания услуг ПМСП приписанному населению являются ГСВ, часть функционирует независимо, но большинство входят в Центры семейной медицины или в Центры общей практики. Кроме врачей ГСВ, в штаты Центра семейной медицины также входят специалисты: кардиологи, офтальмологи и хирурги. В стране продолжается дискуссия о роли врачей-специалистов в первичном звене. В некоторых районах Иссык-Кульской области в опытном порядке были предприняты меры по укреплению профессиональных навыков и расширению возможностей семейных врачей, предполагавшие перевод узких специалистов в больничные учреждения⁸.

Молдова. Работают Центры семейного здоровья (бывшие поликлиники). Врачи-специалисты,

²⁹ Сайт Министерства здравоохранения Республики Беларусь. <https://minzdrav.gov.by/ru/> (10.07.2024).

ранее работавшие в поликлиниках, теперь являются сотрудниками больниц, даже если они по-прежнему работают в одном здании с семейными врачами [1].

Таджикистан. Сельские и городские центры здоровья (бывшие поликлиники и женские консультации)³⁰.

Туркменистан. ПМСП оказывается в амбулаторных условиях — в поликлиниках¹⁰.

Узбекистан. ПСВ, семейные поликлиники и районные (городские) многопрофильные центральные поликлиники¹¹.

Офисы ВОП и семейных врачей

Как отмечено в Руководстве ВОЗ по внедрению подходов к укреплению ПМСП¹², в системах здравоохранения, ориентированных на ПМСП, врачи общей практики и их команда, работающие в ПМСП, предоставляют гибкий и масштабируемый набор услуг, обеспечивая оперативное реагирование систем здравоохранения на нужды населения. Медицина общей практики, которую долгое время ошибочно ассоциировали с отсутствием "специальных навыков", все чаще признается как требующая целенаправленной подготовки. Во многих странах высококвалифицированных ВОП, отвечающих за высококачественную первичную помощь (а иногда и вторичную помощь) и обученных в соответствии с клиническим подходом, ориентированным на пациента, называют семейными врачами. ВОЗ рекомендует использовать потенциал врачей общей практики и, в частности, семейных врачей, в ПМСП и в бригадах ВОП при планировании организации деятельности и ресурсов и, соответственно, проводить их подготовку.

Как отмечают исследователи [4], повысить доступность ПМСП для населения можно как экстенсивным (наращивание численности медицинских кадров), так и интенсивным (внедрение новых организационных технологий при имеющихся кадровых ресурсах) путем. Второй путь представляется более перспективным, так как его реализация не требует временного лага, дополнительных финансовых затрат и позволяет в полной мере учесть все региональные особенности. При этом расширение подготовки семейных врачей — одно из таких направлений [5].

На основе обзора происходящих в мире и в России изменений в составе, функционале, взаимодействии участников ПМСП авторы [6] делают вывод о возможности формирования новых ее моделей — перспективными для России считают следующие: расширенная общая врачебная практика, интегрированная медико-социальная практи-

³⁰ Ходжамуродов Гафур, Речел Бернд. Таджикистан: обзор системы здравоохранения. ЕРБ ВОЗ, 2010г. <https://iris.who.int/handle/10665/332405> (10.07.2024).

ка, центр специализированной амбулаторной медицинской помощи, клиника на дому. Формы общеизвестной и семейной практики в странах СНГ.

Азербайджан. С 2021г Азербайджан нацелен на развитие института семейного врача и постепенную переквалификацию участковых терапевтов и педиатров в семейных врачей, реконструируются центры семейной медицины³¹.

Армения. С 2007г осуществляется практика свободного выбора врача первичной медицинской помощи (в Армении наряду с семейными врачами продолжают работать участковые терапевты и педиатры), поскольку на сегодняшний день институт семейного врача полностью еще не сформирован. Семейные врачи в основном работают в сельских амбулаториях, где население особо в них нуждается⁵.

Беларусь. Частные индивидуальные предприниматели могут открыть офис ВОП³².

Казахстан. Работают многопрофильные бригады на базе поликлиник⁷.

Кыргызстан. Основной функциональной единицей для оказания услуг ПМСП приписанному населению являются ГСВ, часть функционирует независимо, но большинство входят в Центры семейной медицины или Центры общей практики⁸.

Молдова. В государственных центрах семейного здоровья работают семейные врачи. Индивидуальный кабинет семейного врача и центр семейных врачей представляют собой формы организации профессиональной деятельности семейных врачей — обладателей практики, посредством которых они самостоятельно осуществляют профессиональную деятельность, и это не является предпринимательской деятельностью; финансирование профессиональной деятельности осуществляется на основании договоров, заключенных с Национальной медицинской страховой компанией и из других разрешенных законом источников [1].

Таджикистан. Происходит переход к семейной медицине³³.

Туркменистан. Семейные врачи работают в поликлиниках³⁴.

Узбекистан. Каждая семья имеет право на выбор семейного врача¹¹.

Дневные стационары

В Руководстве по ПМСП ВОЗ¹² практически не описаны дневные стационары, кроме упоминания отделений дневной хирургии. В то же время рекомендовано четко разделить функции на стыке первичной помощи и стационарной помощи, и другими институциональными видами помощи — реабилитацией, терапевтической помощью, паллиативной помощью, дневным уходом и уходом на дому. В наших странах дневные стационары открывали в 90-е годы прошлого века, чтобы поддержать бедное население, т.к. название "стационар" давало возможность предоставить пациентам лекарственные средства бесплатно. Как рекомендует ВОЗ, целесообразно в новых условиях пересмотреть функции дневных стационаров и соотнести их с ПМСП.

Российские исследователи утверждают, что дневные стационары должны являться формой профилактического лечения пациентов диспансерной группы с целью предотвращения обострений хронической патологии [7]. Ниже приведена организация дневных стационаров в государствах — участниках СНГ.

Азербайджан. Дневные стационары не созданы, койки, которые были при сельских врачебных амбулаториях (ВА) — закрыты, нуждающиеся в госпитализации направляются в центральные районные больницы (ЦРБ)³¹.

Армения. По законодательству дневной стационар отнесен к условиям оказания медицинской помощи: "В условиях, обеспечивающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения; ...организуются дневные стационары в целях оказания медицинской помощи и обслуживания пациентов с острыми и хроническими заболеваниями, не требующими неотложной медицинской помощи и обслуживания"¹⁵.

Беларусь. Медицинская помощь в условиях отделения дневного пребывания оказывается в случае, если пациент нуждается в постоянном медицинском наблюдении и (или) оказании медицинской помощи в дневное время¹⁶.

Казахстан. Дневные стационары имеются при различных медицинских учреждениях¹⁷.

Кыргызстан. Дневные стационары работают в различных медицинских учреждениях⁸.

Молдова. ПМСП на основе практики семейной медицины к 2003г стала единственной моделью оказания медицинской помощи населению на первичном уровне. Дневных стационаров нет³⁵.

³¹ Статья в рубрике ЗДОРОВЬЕ от 20 декабря 2022 г., информационное агентство REPORT. <https://report.az/ru/zdravookhranenie/v-azerbajdzhanegotovitsya-karta-centrov-semejnogo-meditsiny-selskih-medpunktov/> (10.07.2024).

³² "Об организации работы врача общей практики" Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь №177 от 27.02.2018. <https://minzdrav.gov.by/upload/dadvfiles/law/об%20организации%20врача%20общ.пр.177.pdf> (10.07.2024).

³³ Таджикистан реформирует систему первичной медико-санитарной помощи в целях обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения,ность от 17 октября 2023 г. на сайте ВОЗ. <https://www.who.int/ru/news-room/feature-stories/detail/tajikistan-is-reforming-primary-health-care-to-reach-universal-health-coverage> (10.07.2024).

³⁴ Сведения о Туркменистане Министерства иностранных дел Туркменистана, Интернет-ресурс. <https://mfa.gov.tm/ru/articles?type=turkmenistan> (10.07.2024).

³⁵ Turcanu G, Domentie S, Buga M, et al. Republic of Moldova: health system review. Health Systems in Transition. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 2012;14(7):1-151. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/330316/HIt-14-7-2012-eng.pdf?sequence=5&isAllowed=y> (10.07.2024).

Таджикистан. Дневных стационаров очень мало, в основном при больницах³⁶.

Туркменистан. ПМСП оказывается лечебно-профилактическими учреждениями в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара¹⁰.

Узбекистан. Дневные стационары работают при кабинетах семейных врачей семейных поликлиник и многопрофильных центральных поликлиник районов (городов)²⁰.

Сельские амбулатории и ФАП

Российские авторы [8] на основе исследований рекомендуют направить структурную реорганизацию здравоохранения села на развитие ПМСП, внедрение общих врачебных практик, усиление фельдшерской помощи на селе, внедрение стационар-замещающих и телекоммуникационных технологий и новых эффективных форм работы с учетом специфики сельских территорий. Низкая доступность медицинской помощи на селе усиливает значимость фельдшерской помощи, а снижение числа фельдшеров на селе можно считать негативным явлением. В странах СНГ в сельской местности работают нижеперечисленные учреждения здравоохранения.

Азербайджан. Сельские ФАП (обслуживают 500-1 500 человек). ВА деревень и поселков городского типа укомплектованы терапевтом (специалист по внутренним болезням, обслуживающий взрослое население), педиатром, акушеркой, медсестрой и/или фельдшером (обслуживают 2 500-4 000 человек), в профессиональную деятельность которых включены наиболее распространенные заболевания, оказывают дородовую помощь и основные профилактические услуги, в т.ч. иммунизацию. Стационарных больных направляют в ЦРБ (с 2020г койки в сельских амбулаториях закрыты)¹³.

Армения. Сельские муниципальные медицинские амбулатории¹⁵.

Беларусь. Сельские ВА, ФАП¹⁶.

Казахстан. Есть и активно строятся, особенно в сельских поселениях, ВА, медицинские пункты, ФАП⁷.

Кыргызстан. ФАП (их число растет) включены в состав ГСВ. Врач ГСВ, на территории которой расположен ФАП, организует и контролирует его деятельность, посещает его и принимает пациентов по заранее установленному графику³⁷.

Молдова. Сельские медицинские центры¹⁸.

Таджикистан. Сельские дома здоровья укомплектованы средним медицинским персоналом. Сельские

³⁶ Постановление Правительства Республики Молдова № 1387 от 10.12.2007 "Об утверждении Единой программы обязательного медицинского страхования". Опубликовано 21.12.2007 в Monitorul Oficial Nr. 198-202 статья № 1443. https://base.spinform.ru/show_doc.fwx?rgn=61499 (10.07.2024).

³⁷ Профессиональный стандарт "Семейный врач/Врач общей практики". Бишкек; 2023; р. 60. <https://mfsp.gov.kg/wp-content/uploads/2022/08/ps-semejnij-vrach.pdf> (10.07.2024).

центры здоровья имеют при себе прикрепленные доврачебные дома здоровья (бывшие ФАП)⁹.

Туркменистан. Сельские дома здоровья (бывшие ФАП) укомплектованы средним медицинским персоналом)¹⁰.

Узбекистан. ПСВ²⁵.

Выездные формы медицинской помощи, мобильные комплексы

Оценка авторами исследования [9] доступности ПМСП для жителей сельских территорий, необходимости и адекватности деятельности выездных форм оказания медицинской помощи позволила сделать вывод, что их использование может повысить доступность ПМСП для сельских жителей и помочь в решении кадровой проблемы в здравоохранении, но развитие выездных форм оказания медицинской помощи отстает от потребностей населения. Перечислим формы организации мобильной медицинской помощи государствах — участниках СНГ.

Азербайджан. В эксперименте (2021г) в Шемахинском районе для обслуживания населения труднодоступных районов с неразвитой инфраструктурой были организованы и приступили к работе 3 мобильные клиники, оснащенные как учреждения ПМСП¹³.

Армения. Более 160 жителей сельских общин Мартунинского района воспользовались услугами мобильной ПМСП. Будет задействована и вторая мобильная бригада. Количество мобильных бригад планируется расширить³⁸.

Беларусь. Выезд бригады специалистов ЦРБ в сельские амбулатории проводится по заранее составленному графику с оповещением населения и с учетом сезонности сельскохозяйственных работ³⁹.

Казахстан. Для повышения доступности медицинской помощи для жителей отдаленных сел в республике функционирует 149 передвижных медицинских комплексов, оснащенных необходимым медицинским оборудованием (аппаратами для рентгеновского, электрокардиографического и ультразвукового исследований и гинекологическим смотровым оборудованием)⁷.

Кыргызстан. Мобильные врачебные бригады выезжают в отдаленные населенные пункты. Министерство здравоохранения для проведения кампаний "наверстывающей иммунизации" использует выездные прививочные бригады и мобильные амбулатории⁸. С 2021г функционируют мобильные клиники⁴⁰.

³⁸ Статья от 15 июня 2023 г., агентство "Арапот — Новости Армении". <https://ru.arapot.am/2023/06/15/413040/> (10.07.2024).

³⁹ Официальный портал Президента Республики Беларусь <https://president.gov.by/ru/> (10.07.2024).

⁴⁰ Статья Минздрава о работе мобильной клиники в труднодоступных районах Кыргызстана. 06.02.24 <https://kabar.kg/news/v-minzdrave-rasskazali-o-rabote-mobil-noi-kliniki-v-trudnodostupnykh-raionakh-kyrgyzstana/> (10.07.2024).

Молдова. Начиная с 2018г мобильные бригады врачей-эндокринологов, офтальмологов, неврологов, кардиологов и других специалистов — посещают все сельские населенные пункты страны, чтобы предоставить гражданам бесплатные консультации⁴¹.

Таджикистан. На регулярной основе организованы "караваны здоровья" для приближения специализированной помощи к сельским жителям. Работает несколько мобильных бригад в рамках проектов, поддержанных партнерами по развитию³³.

Туркменистан. В поликлиниках Марыйского велаята организовано несколько мобильных групп, в которые вошли квалифицированные врачи. Эти группы выезжают в райцентры, далее в дехканские объединения, где посещают людей в возрасте 60 лет и старше⁴².

Узбекистан. Выездные специализированные услуги оказываются на уровне районного звена — в поликлиниках и сельских врачебных пунктах силами республиканских специализированных научно-практических медицинских центров, а также клиник медицинских образовательных учреждений²⁰.

Подразделения неотложной, экстренной амбулаторной и скорой помощи

Авторы исследования, проведенного в субъекте Российской Федерации [10], выделяют основные направления совершенствования скорой, в т.ч. скорой специализированной медицинской помощи, специализированной медицинской помощи в экстренной и неотложной формах и медицинской эвакуации: формирование 3-уровневой системы оказания экстренной медицинской помощи, объединение станций (отделений) скорой медицинской помощи (СМП) и территориальных центров медицины катастроф, организация единой центральной диспетчерской службы СМП, создание стационарных отделений СМП, модернизация медицинских информационных систем службы СМП. Подразделения неотложной, экстренной амбулаторной и скорой помощи в выбранных государствах — участниках СНГ имеют свою специфику.

Азербайджан. Круглосуточная экстренная медицинская помощь при угрожающих здоровью и жизни состояниях осуществляется станциями скорой и неотложной медицинской помощи (самостоятельные ЛПУ) или отделениями при больницах в городах и в районах Азербайджана. При поступлении в больницы происходит сортиров-

ка по тяжести и экстренности⁴³. Служба строится по единой схеме с учетом особенностей данного населенного пункта (географическое положение, плотность, возрастной состав и заболеваемость населения, мощность, уровень специализации и дислокации ЛПУ, состояние транспортных магистралей, средств и др.)³.

Армения. Бригады СМП, в т.ч. специализированной скорой помощи, работают на станциях скорой помощи¹⁵.

Беларусь. СМП делится на экстренную и неотложную с соответствующими порядками ее оказания. На районном уровне помочь оказывают посты СМП сельских участковых больниц и сельских ВА, на межрайонном и городском — отделения СМП ЦРБ, подстанции и станции СМП²⁹.

Казахстан. В рамках повышения эффективности неотложной помощи завершена централизация службы СМП на уровне каждого региона, внедрены новые стандарты оказания СМП, триаж-система в приемных отделениях стационаров, программа обучения по специальности "врач неотложной помощи", активно работает санитарная авиация⁷.

Кыргызстан. СМП оказывается всем гражданам бесплатно, включая предоставление лекарственных средств и медицинских изделий. Центры обработки телефонных звонков работают круглосуточно. Есть два крупных Центра семейной медицины и 128 филиалов, а Центры медицинской помощи общего профиля оказывают неотложную помощь⁸.

Молдова. В каждом районе развернута станция СМП¹⁸.

Таджикистан. Служба СМП работает в каждом районе²⁴. Идет процесс интеграции служб скорой и неотложной помощи в первичном звене здравоохранения⁴⁴.

Туркменистан. СМП оказывается гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и иных состояниях, требующих неотложной медицинской помощи; может оказываться в виде скорой специализированной медицинской помощи. Возглавляет службу Центр экстренной медицины при Министерстве здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана, есть областные центры и станции СМП³⁴.

Узбекистан. Граждане имеют право на получение неотложной медицинской помощи в любом ЛПУ системы здравоохранения. СМП оказывается

⁴³ Статья от 04.10.2022. Агентство IPN. <http://www.vedomosti.md/news/mobilne-brigady-vrachej-posetyat-vse-sela-strany> (10.07.2024).

⁴⁴ Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 августа 2023 г. № 125 "О порядке проведения диспансеризации взрослого и детского населения". Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 12.09.2023, 8/40377 (10.07.2024).

⁴¹ Статья от 02.08.2018. Агентство IPN. <http://www.vedomosti.md/news/mobilne-brigady-vrachej-posetyat-vse-sela-strany> (10.07.2024).

⁴² Статья от 30.11.2020. Новостной портал turkmen.news. <https://turkmen.news/medical-brigades-check-elderly-turkmen/> (10.07.2024).

специальной службой системы здравоохранения, поставлена задача сельские районы также обеспечить круглосуточными мобильными, хорошо оснащенными подстанциями СМП¹¹.

Помощь на дому

В доказательном обзоре [11] представлены данные о том, что посещения на дому значительно повышают социальную связанность пожилых людей (социальную поддержку и социальную вовлеченность) и уменьшают их одиночество и симптомы депрессии. Анализ подгрупп показал, что наблюдение, которое длилось >3-х мес. и проводилось с использованием смешанных платформ, было более эффективным. Как профессиональные, так и волонтерские визиты показали положительные результаты.

Страны СНГ обладают большим опытом организации помощи на дому в различных формах.

Азербайджан. Участковые терапевты и семейные врачи выполняют вызовы на дом³.

Армения. Участковые терапевты и семейные врачи выполняют вызовы на дом¹⁵.

Беларусь. Можно вызывать врача-терапевта на дом. При необходимости осмотра (консультации) врачом-специалистом (хирургом, невропатологом, офтальмологом и др.), лабораторных исследований, лечебных назначений и манипуляций на дому, предварительно следует обратиться к своему участковому врачу-терапевту (педиатру)⁵.

Казахстан. Предусмотрены посещения на дому семейным врачом или участковым терапевтом⁷.

Кыргызстан. Амбулаторные услуги включают посещения на дому²⁸.

Молдова. Понятие "помощь в домашних условиях" в Законе "Об охране здоровья" есть, но понятия "вызов на дом" и обязанности участкового врача посещать прикрепленных жителей — в законе нет¹⁸.

Таджикистан. Вызовы участкового врача на дом²⁴.

Туркменистан. Посещения на дому семейным врачом¹⁰.

Узбекистан. Отменяются вызовы участкового врача на дом, начиная с крупных городов. Создаются call-центры службы СМП с возможностью специальных медицинских консультаций врачами. Вызов могут отправить в поликлинику, тогда на вызов приедет врач из поликлиники⁴⁵.

Структуры телемедицины

Телемедицина более подробно будет рассмотрена при обзоре цифровых технологий в ПМСП, но в данной статье представлены отдельные структуры телемедицины в государствах — участниках СНГ.

⁴⁵ Статья от 17 июня 2022 г., Новостной портал uznews.uz. <https://uznews.uz/posts/56470> (10.07.2024).

Азербайджан. Был выполнен pilotный проект "Телемедицина" для проведения дистанционной диагностики новой коронавирусной инфекции (COronaVlrus Disease 2019, COVID-19) и других острых респираторных заболеваний в онлайн-режиме посредством специального мобильного приложения⁴⁶. Выполняются отдельные местные проекты с удаленным врачебным консультированием.

Армения. Оказание медицинской помощи, осуществленное организацией, предоставляющей консультацию посредством телемедицины, которая проводится между лечащим врачом, пациентом и врачом, предоставляющим консультацию посредством телемедицины, носит консультативный характер, и ответственность за состояние здоровья пациента несет его лечащий врач, а в случае проведенной посредством телемедицины консультации врача и пациента ответственность за состояние здоровья пациента несет врач, предоставляющий консультацию¹⁵.

Беларусь. Создана единая республиканская система телемедицинского консультирования, которая позволяет всем организациям здравоохранения, нуждающимся в консультировании сложных случаев пациентов, получить консультацию от специалистов вышестоящих организаций, областных или республиканских³⁹. Обмен информацией происходит с помощью телемедицинских историй болезни⁴⁷.

Казахстан. Внедряются дистанционные медицинские услуги — проведен процесс законодательного урегулирования их применения, началось техническое оснащение отделенных населенных пунктов⁷.

Кыргызстан. В 2023г принят первый нормативный акт, регулирующий применение телемедицины в системе здравоохранения, которая применяется для профилактики, диагностики, лечения заболеваний и мониторинга состояния пациентов. Кроме того, установлены требования к информационным системам и документированию данных телемедицинских консультаций⁴⁸.

Молдова. Разрешены медицинские услуги на основе телемедицины³⁶.

Таджикистан. Вся служба ПМСП подключена к телемедицинской системе и ежедневно находится на связи с управлением ПМСП Министерства здравоохранения²⁴.

⁴⁶ Статья от 27.07.2020, Новостное агентство VESTI.AZ, <https://vesti.az/xeber/eto-interesno/minzdrav-azerbajdzhana-zapustil-novyj-proekt-telemedicina-video-412204> (10.07.2024).

⁴⁷ Об утверждении Положения об особенностях оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь 28 мая 2021 г. № 65 (10.07.2024).

⁴⁸ Постановление Кабинета Министров Кыргызской Республики "Об утверждении Положения об оказании медико-санитарной помощи с применением телемедицинских технологий" от 31 октября 2023 г. № 578. <https://mz.gov.kg/postanovleniya> (10.07.2024).

воохранения и социальной помощи населению. Служба санитарной авиации при Национальном медицинском центре "Шифобахш" связана со всеми регионами через систему телемедицины. Телемедицинская связь активно использовалась во время пандемии для надзора за эпидемиологической ситуацией. Телемедицина используется в пилотных проектах, например, проект Охраны здоровья матери и ребенка и Неотложной помощи, фаза II-IV⁴⁹.

Туркменистан. Используется телемедицина — комплекс организационных, технологических и финансовых мероприятий, проводимых с применением современных компьютерных и телекоммуникационных технологий для обмена медицинской информацией между специалистами в целях повышения качества и оперативности консультирования пациентов, диагностики, лечения¹⁰.

Узбекистан. Основным назначением аппаратно-программного комплекса "Телемедицина" является предоставление возможности получения медицинской помощи (консультации, консилиумы, трансляция хирургических операций) с применением дистанционных средств связи, а также автоматизация процессов учета сведений о дистанционных консультациях и консилиумах врачей, о дистанционных трансляциях операций и лекций для врачей и ординаторов⁵⁰.

Процессы

Диспансеризация, скрининги, осмотры

Впервые в 2010г ВОЗ представила Пакет основных мероприятий для ПМСП в отношении НИЗ (PEN)⁵¹ в качестве первоочередного набора экономически эффективных вмешательств, способных обеспечить приемлемое качество помощи даже в условиях очень ограниченных ресурсов. В работе [12] показана эффективность применения этого пакета в Молдавии, в т.ч. для организации регулярных научно-обоснованных обследований населения, включая скрининги.

В экспертом обзоре российских авторов [13] проанализированы современные подходы к организации скринингов и диспансеризации в системе ПМСП в мегаполисах мира и определены современные тренды управления здоровьем городского населения, ориентированные на предикцию и коррекцию детерминантов здоровья, включая социально-экономические и экологические аспекты

ты жизни людей, их повседневные привычки и поведение. Опыт организации диспансеризации, скринингов и осмотров в государствах — участниках СНГ:

Азербайджан. Обязательная ежегодная диспансеризация населения проводится с 2015г, но массовый охват начался с 2019г. Прием специалистами и выполнение исследований по показаниям³. Диспансеризация детей также обязательна для постоянно проживающих в Азербайджанской Республике лиц без гражданства и иностранцев⁵². Принят Закон Азербайджанской Республики "Об обязательной диспансеризации детей"⁵³. Он устанавливает организационно-правовые основы защиты и укрепления здоровья детей, а именно ежегодную диспансеризацию — ежегодный профилактический осмотр детей — активное медицинское обследование детей специалистами одной или нескольких квалификаций.

Армения. Обязательная периодическая диспансеризация не проводится¹⁵.

Беларусь. С 1 января 2024г система диспансеризации взрослого населения обновлена и ее цели — медицинская профилактика; пропаганда ЗОЖ; воспитание ответственности граждан за свое здоровье; выявление хронических НИЗ на ранних стадиях⁴⁴. Диспансеризация проводится среди детей до 18 лет, а с 18 лет — в двух группах диспансерного наблюдения: с 18 до 39 лет (1 раз/3 года) и с ≥ 40 лет (ежегодно), и независимо от наличия и/или отсутствия заболеваний, в т.ч. хронических или затяжных психических расстройств (заболеваний) с тяжелыми, стойкими или частично обостряющимися болезненными проявлениями [14].

Казахстан. Для взрослого населения реализуется скрининговая программа на раннее выявление 8 заболеваний (артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца, СД, глаукома, рак молочной железы, рак шейки матки, колоректальный рак, вирусные гепатиты). Охват скрининговыми осмотрами в 2023г увеличился по сравнению с 2022г на 19,7% и составил 8,5 млн человек. Для сельского населения расширен скрининг на раннее выявление заболеваний почек, желудочно-кишечного тракта, органов дыхания и рака предстательной железы. В целом профилактическими осмотрами охвачено ~2,6 млн сельских жителей. Также услугами медицинских поездов охвачено >50 тыс. жителей отдаленных сел, что на 58% больше охвата 2022г⁵³.

⁴⁹ Внедрение телемедицины в медицинских учреждениях, новость от 18.12.2020 на сайте Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан. <https://moh.tj/ru/vnedrenie-telemeditsiny-v-meditsiskih/> (10.07.2024).

⁵⁰ Проект АПК Телемедицина. <https://uzinfocom.uz/uz/projects/telemeditsina> (10.07.2024).

⁵¹ Пакет предлагаемых ВОЗ основных мероприятий в отношении неинфекционных заболеваний (PEN) для первичной медико-санитарной помощи. Концепт: ЕРБ ВОЗ. 2022г (10.07.2024).

⁵² Закон Азербайджанской Республики от 5 марта 2013 г. №591-IVQ "Об обязательной диспансеризации детей". https://base.spinform.ru/show_doc.fw?rgn=64453#B69R0QXJ1 (10.07.2024).

⁵³ Итоги года: повышение качества здравоохранения и строительство новых медучреждений. Официальный информационный ресурс Премьер-Министра Республики Казахстан. 20.12.2023. <https://primeminister.kz/ru/news/itogi-goda-povyshenie-kachestva-zdravookhraneniya-i-stroitelstvo-novykh-meduchrezhdeniy-26732> (10.07.2024).

Кыргызстан. Организации здравоохранения, оказывающие медико-санитарную помощь, обязаны проводить флюорографическое обследование населения в соответствующие сроки и цитологическое обследование⁵⁴.

Молдова. Среди оцениваемых показателей работы семейного врача 10 относятся к предупреждению, раннему выявлению и наблюдению за сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) и СД, остальные отражают раннее выявление рака молочной железы, шейки матки и толстой кишки, ведение больных туберкулезом, антенатальный уход, уход и наблюдение за детьми [1].

Таджикистан. Бесплатно оказывается вся антенатальная помощь, наблюдение за здоровьем детей до 5 лет; иммунизация детей в соответствии с расширенной программой иммунизации и национальным графиком вакцинации; диагностика и лечение ВИЧ-инфицированных и больных туберкулезом, экстренная помощь и помощь при неотложных состояниях, периодические профилактические осмотры школьников. В стране с 2020г повсеместно внедрен визуальный скрининг рака шейки матки с последующим цитологическим и гистологическим подтверждением. Повсеместно проводится диспансеризация для выявления и лечения основных НИЗ³⁰.

Туркменистан. Периодический медицинский осмотр проводится по плану в установленные сроки в целях:

- а) динамического наблюдения за состоянием здоровья работников, учащихся;
- б) своевременного выявления начальных форм профессиональных заболеваний;
- в) своевременного выявления ранних признаков воздействия вредных или опасных производственных факторов рабочей среды, трудового, учебного процесса на состояние здоровья работников, учащихся;
- г) выявления групп риска развития профессиональных заболеваний;
- д) выявления медицинских противопоказаний к осуществлению отдельных видов работ, продолжению учебы.

В целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных патологических состояний, их профилактики и осуществления реабилитации пациентов, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, государственными медицинскими учреждениями проводится диспансеризация. Под диспансеризацией понимается комплекс мероприятий и применение необходимых методов обследования, осуществляемых

⁵⁴ Закон Кыргызской Республики от 12 января 2024 г. № 14 "Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике". <https://cbd.minjust.gov.kg/4-5260/editition/1939/ru> (10.07.2024).

врачами различного профиля в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Туркменистана. В установленных случаях прохождение и проведение медицинских осмотров, диспансеризации являются обязательными¹⁰.

Узбекистан. Узбекистан намерен довести уровень раннего выявления заболеваний до 70%. Ежегодно планируется проводить медицинское обследование 9 млн воспитанников дошкольных учреждений и учащихся средних школ⁵⁵.

Диспансерное наблюдение

Рекомендации по применению принципов непрерывности и координации медицинской помощи представлены на онлайн-платформе ВОЗ в Компендиуме рекомендованных решений с доказанной эффективностью по достижению всеобщего охвата услугами здравоохранения⁵⁶ в следующем перечне подходов:

Планирование долгосрочного ухода:

- оценка социальных детерминант здоровья;
- разработка и поддержание индивидуальных планов помощи (профилактические визиты);
- установление и поддержание долгосрочных взаимоотношений с основными поставщиками медицинских услуг;
- анализ и документирование данных анамнеза и медосмотров, а также событий в периоды между медосмотрами;
- планы скрининга на протяжении жизни;
- планирование специализированной помощи;
- управление уходом за хроническими больными для координации услуг (виртуальные консультации);
- контроль медикаментозного лечения по долгосрочным терапевтическим схемам на предмет осложнений и соблюдения режима лечения.

Планирование направлений:

- планирование продолжительности госпитализаций;
- координация направлений к другим врачам или на стационарное лечение;
- обратные направления к направившему врачу;
- изоляция при необходимости.

Своевременное выявление симптомов и активация системы помощи при неотложных состояниях:

- согласование перевода пациента, в т.ч. с принимающим учреждением;
- процесс обеспечения доступа в круглосуточное отделение неотложной помощи;

⁵⁵ Статья от 09.01.2024, онлайн-издание Kun.uz. <https://kun.uz/ru-news/2024/01/09/uzbekistan-nameren-dovesti-uroven-rannego-vyyavleniya-zabolevaniy-do-70> (10.07.2024).

⁵⁶ Платформа ВОЗ для предоставления и внедрения пакета услуг в целях всеобщего охвата услугами здравоохранения (ПВПУ ВОЗ). Интернет-платформа. <https://uhcc.who.int/uhcpackages/> (10.07.2024).

- диспетчеризация основных услуг СМП;
- использование информации о случае заболевания для раннего выявления состояний, представляющих опасность для общественного здоровья;
- протокол сортировки пациентов по остроте состояния в отделениях неотложной помощи;
- протокол распознавания опасных симптомов при оказании амбулаторной помощи;
- удаленная поддержка по оказанию медицинской помощи на месте происшествия;
- обеспечение транспортных услуг для медицинского обслуживания;
- пользовательский вызов служб неотложной медицинской помощи;
- планирование переводов пациента;
- распространение информации о случае заболевания;
- ведение отчетности по выявленным случаям заболевания.
- поощрение практики ответственного самолечения;
- планирование изменений в поведении;
- создание условий для осуществления помощи;
- планирование самопомощи;
- консультирование по настораживающим признакам и тому, когда следует обращаться за дополнительной помощью;
- поддержка опекунов.

В 2002г ВОЗ опубликовала глобальный доклад "Новаторские методы оказания помощи при хронических состояниях: основные элементы для действий"⁵⁷. В нем предлагался новаторский подход, когда система здравоохранения переходит от "радарного" принципа оказания медицинской помощи пациентам при хронических состояниях (система "видит" пациента только тогда, когда он обращается за помощью, а в остальное время пациент "не находится на экране радара") к принципу постоянного его ведения и взаимодействия с ним — всегда находится "в поле зрения" системы здравоохранения. Этот доклад прошел почти незамеченным (мало цитируемым), возможно, по трем причинам: 1) в это время в мире больше внимания начало уделяться общественному здравоохранению и вовлечению всего общества в охрану здоровья, а организации оказания собственно медицинской помощи, соответственно, меньше; 2) в то время принципу не было присвоено свое уникальное название — он был "спрятан" за термином "новаторские методы" и 3) отчетность в здравоохранении строилась на статистической единице "случай", и потребовалось бы многое изменить

⁵⁷ WHO. Innovative care for chronic conditions: building blocks for actions: global report. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42500/WHO_NMC_CCH_02.01_rus.pdf?sequence=3&isAllowed=y (10.07.2024).

в учете, планировании, отчетности, оплате и т.д. Именно поэтому в самом докладе предлагались меры по кардинальной перестройке систем здравоохранения на новый принцип построения, учета и работы.

Еще одной причиной "малозаметности" новаторского подхода можно было бы назвать технические сложности того времени для информационного обеспечения непрерывности контакта с пациентом, но эта причина сейчас устраняется в ходе цифровизации здравоохранения, сопряжения цифровых информационных систем государственных секторов и развития межсекторального цифрового профиля человека. ВОЗ, продолжая развивать описанные в 2002г новаторские подходы, с опорой на полученные доказательства их эффективности рекомендует строить ПМСП на основе принципов непрерывности, преемственности и координации.

ЕРБ ВОЗ продвигает подход на основе интеграции специалистов с различными навыками в команду, оказывающую помощь пациентам с хроническими заболеваниями и мультиморбидностью, и с точки зрения улучшения ухода рекомендует 6 инноваций: 1) изменить задачи и роли работников здравоохранения, оказывающих помощь; 2) перевести пациента в другие учреждения, например, в клиники медсестринского ухода; 3) ввести функцию координатора ухода; 4) расширить возможности пациентов и лиц, осуществляющих уход, за счет их новых ролей; 5) ввести специальные профилактические функции в ПМСП; 6) наладить командную работу в многопрофильных командах⁵⁸.

Российские исследователи [15] сравнили международный и отечественный опыт ведения хронических больных в первичном звене здравоохранения для использования при разработке и внедрении национальных программ проактивного диспансерного наблюдения, направленных на повышение уровня здоровья различных групп населения. Опишем ниже организацию диспансерного наблюдения в странах СНГ.

Азербайджан. Каждый гражданин имеет право на получение консультаций, прохождение обследования и нахождение под диспансерным наблюдением в государственных и муниципальных медицинских учреждениях по месту жительства по вопросам планирования семьи, наличия болезней, представляющих опасность для окружающих, медико-биологическим аспектам взаимоотношений семьи и брака, а также с целью предотвращения возможных наследственных болезней³.

⁵⁸ How can skill-mix innovations support the implementation of integrated care for people with chronic conditions and multimorbidity? POLICY BRIEF 46. WHO Regional Office for Europe. 2022. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/358467/Policy-brief-46-1997-8073-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (10.07.2024).

Армения. Понятий "диспансерное" или "динамическое наблюдение" в Законе Республики Армения "О медицинской помощи и обслуживании населения" нет¹⁵.

Беларусь. Медицинское (динамическое) наблюдение взрослого населения осуществляется согласно утвержденному перечню заболеваний (состояний), подлежащих медицинскому наблюдению в амбулаторных условиях (взрослое население), в соответствии с клиническими протоколами⁴⁴.

Казахстан. Непрерывно ведется работа по обучению специалистов ПМСП по Программе управления хроническими состояниями, основанной на активном ведении пациентов с хроническими НИЗ: СД, артериальной гипертензией, хронической сердечной недостаточностью, а также на привитии навыков самоменеджмента. Программа внедрена во всех организациях ПМСП и охватывает >1 млн пациентов, что составляет в среднем 55,3% общего количества пациентов, находящихся под динамическим наблюдением⁵³.

Кыргызстан. Организации здравоохранения, оказывающие ПМСП, обязаны проводить динамическое наблюдение за лицами из группы риска по инфекционным и неинфекционным заболеваниям, а при выявлении признаков заболеваний направлять их на дообследование к соответствующим специалистам²⁸.

Врачи-специалисты привлекаются к проведению диспансеризации и профилактических медицинских осмотров⁸.

Молдова. Среди оцениваемых показателей работы семейного врача 10 относятся к предупреждению, раннему выявлению и наблюдению за ССЗ и СД [1].

Таджикистан. Бесплатно проводится диспансерное наблюдение без дополнительных диагностических и лабораторных услуг, системно проводятся меры по снижению рисков, приводящих к развитию НИЗ. Население, освобожденное от выплат, имеет право также и на дополнительные диагностические и лабораторные услуги²⁴.

Туркменистан. Диспансерное наблюдение — динамическое медицинское наблюдение, в т.ч. дистанционное, лиц, больных основными видами НИЗ или имеющих высокий риск их развития, в целях систематического проведения необходимых профилактических и лечебно-диагностических мероприятий, предупреждения и своевременного выявления обострений и (или) осложнений, проведение медицинской реабилитации⁵⁹. Граждане, страдающие заболеваниями, представляющими опасность для общества, имеют право на оказание

⁵⁹ Закон Туркменистана о профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, 18 декабря 2021 г. <https://turkmenistan.gov.tm/ru/post/59645/zakon-turkmenistana-o-profilaktike-neinfekcionnyh-zabolevanij-i-borbe-s-nimi> (10.07.2024).

медицинской помощи, медицинской услуги и диспансерное наблюдение в соответствующих медицинских учреждениях¹⁰.

Узбекистан. Работает система патронажа за состоянием здоровья населения, особенно в сельской местности. Идет процесс восстановления классической формы диспансерного наблюдения не только больных, но и здоровых лиц, с вниманием к НИЗ⁵⁵.

Медицинская первичная, вторичная, третичная профилактика, школы здоровья

Рекомендация ЕРБ ВОЗ:

*"Использовать в ПМСП инструменты выделения групп населения по стратификации риска, чтобы улучшить качество медицинской помощи, улучшить процесс принятия клинических решений, адаптировать предоставление услуг, активно работать с пациентами и выявлять когорты населения, испытывающие неравенство в отношении здоровья. Постепенно переходить к моделям оказания помощи, стратифицированным по риску, в которых многопрофильные бригады ПМСП предоставляют скоординированную помощь, основанную на более широком спектре потребностей людей и определяющих их факторах"*².

Ниже следуют результаты доказательных систематических обзоров по эффективным подходам к медицинской профилактике, выполненные Сотрудничающим центром ВОЗ по методам и инструментам Health Evidence.

"Работники ПМСП играют важную роль в содействии принятию пациентом решения о проведении скрининга по выявлению рака. Мероприятия, оказавшие положительное влияние на участие в скрининге, были преимущественно многокомпонентными и в большинстве своем включали комбинации аудита и обратной связи, напоминания, оценку результатов и улучшение с учетом оценки, а также обучение пациентов по всем программам скрининга" [16].

"Результаты обзора свидетельствуют о том, что некоторые кратковременные вмешательства для повышения физической активности (ФА), проводимые в медицинском учреждении, эффективны для повышения ФА в среднесрочной перспективе. Имеются ограниченные доказательства долгосрочной эффективности таких вмешательств" [17].

"Получены доказательства того, что кратковременные консультации, охватывающие различные вопросы укрепления здоровья, уже после одного сеанса длительностью всего 5 мин могут положительно влиять на многие показатели здоровья" [18].

"Данные с высокой степенью достоверности свидетельствуют о том, что обучение само-контролю наиболее эффективно в снижении систолического и диастолического артериального давления (АД) у пожилых пациентов с артериальной гипертензией, за которыми следуют аэробные упражнения средней интенсивности. Силовые тренировки средней интенсивности являются наиболее эффективным упражнением для снижения систолического АД" [19].

"В данном систематическом обзоре и мета-анализе распространение информации о риске ССЗ, независимо от метода, снизило общие факторы риска и повысило самооценку риска пациентами. Информирование пациентов о риске ССЗ следует проводить на обычных консультациях" [20].

"Групповые мероприятия по прекращению курения удваивают частоту отказа от курения при 6-месячном наблюдении. Для эффективной помощи при отказе от курения рекомендуется внедрение групповых программ по отказу от курения, которые включают несколько мероприятий" [21].

Покажем опыт стран СНГ по организации медицинской профилактики.

Азербайджан. Каждый гражданин имеет право на получение бесплатных консультаций, прохождение обследования и нахождение под диспансерным наблюдением по месту жительства по вопросам планирования семьи, наличия болезней, представляющих опасность для окружающих, медико-биологическим аспектам взаимоотношений семьи и брака, а также с целью предотвращения возможных наследственных болезней в роду³.

Армения. Охват пропаганды ЗОЖ — все население⁵.

Беларусь. Организации здравоохранения в пределах своей компетенции осуществляют медицинскую профилактику путем проведения медицинских осмотров, диспансеризации населения, мероприятий по раннему выявлению и реагированию, формированию ЗОЖ, обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения, в т.ч. по проведению профилактических прививок, других мероприятий по медицинской профилактике. Обязательные и внеочередные медицинские осмотры работающих проводятся государственными организациями здравоохранения⁵.

Казахстан. Используются профилактика и управление заболеваниями на ранних стадиях. Для фокусного воздействия на подростков и молодежь функционирует 166 молодежных центров здоровья, которые оказывают медико-социальную

помощь в области охраны репродуктивного и психического здоровья⁷.

Кыргызстан. Организации здравоохранения, оказывающие ПМСП, обязаны вести пропаганду ЗОЖ и мероприятия по санитарно-гигиеническому воспитанию населения с методической поддержкой и при координации Республиканского центра укрепления здоровья и массовой коммуникации²⁸.

Молдова. Профилактические услуги, оказываемые семейным врачом: а) пропаганда ЗОЖ, привитие навыков по предупреждению и борьбе с факторами риска, а также консалтинг по борьбе с наркотиками: обучение родителей основным правилам воспитания ребенка; выявление, мониторинг и устранение факторов риска; б) наблюдение за физическим и психомоторным развитием ребенка; в) вакцинация согласно Национальной программе по иммунизации [1].

Таджикистан. В первичном звене здравоохранения широко продвигается грудное вскармливание, принимаются меры по предотвращению недостаточности питания среди беременных и новорожденных, контролируется здоровье и питание школьников. Иммунизация детей выполняется в соответствии с расширенной программой иммунизации и национальным графиком вакцинации⁹. ПМСП задействована в выполнении национальных программ по ЗОЖ, физической активности, борьбе с ожирением, улучшением программ питания (Таджикистан присоединился ко Всемирному движению за улучшение питания — Scaling Up Nutrition (SUN)).

Туркменистан. Принят в 2021г отдельный закон о профилактике НИЗ⁵⁹. Основными направлениями государственной политики в сфере профилактики НИЗ и борьбы с ними являются поддержание необходимого социального уровня жизнедеятельности больных НИЗ в любом возрасте; осуществление мер по укреплению здоровья, профилактике, раннему выявлению, лечению и непрерывному ведению лиц с высоким риском или вероятностью возникновения НИЗ для профилактики осложнений состояния здоровья, сокращения потребности в стационарном лечении и дорогостоящих высокотехнологичных вмешательствах, а также снижения преждевременной смертности; оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи, в т.ч. медицинской помощи на бесплатной или льготной основе, путем установления и соблюдения государственных стандартов медико-социального обслуживания больных НИЗ.

Узбекистан. Работает система патронажа за состоянием здоровья населения, особенно в сельской местности. Указом Президента о стратификации риска на уровне ПМСП установлено 4 группы

риска на основе диагнозов и поведенческих факторов риска, связанных с НИЗ⁶⁰.

Заключение

Многие элементы из рекомендованных в операционном механизме ПМСП ВОЗ¹ в отношении развития ПМСП реализованы или стоят в повестке дня развития рассмотренных в данной обзорной статье государств — членов СНГ. В то же время понятие ПМСП в законодательстве всех рассмотренных стран отличается от понятия ПМСП в трактовке ВОЗ (но близко соответствует понятию ВОЗ "первичная помощь") и имеет межстрановые различия в том, что именно включается в это понятие и, соответственно, какие структуры и ресурсы образуют подсистему ПМСП. Между странами СНГ наблюдается значимое различие во включении или невключении в ПМСП оказания специализированной помощи в амбулаторных учреждениях. Например, по российскому законодательству ПМСП оказывается врачами-специалистами, включая врачей-специалистов МО, оказывающих специализированную, в т.ч. высокотехнологичную медицинскую помощь. Объединяет все страны СНГ понимание на государственном уровне приоритетной значимости ПМСП и важности усилий правительства по укреплению первичного звена здравоохранения и его профилактической направленности, а также то, что врачи ПМСП рассматриваются в качестве точки первого контакта населения с системой здравоохранения. Почти во всех рассмотренных странах работает территориально-участковый принцип оказания ПМСП; все страны вновь развивают сельские медицинские пункты (в основном ФАП) в различных форматах; СМП и неотложная помощь сохранены (но в различающихся организационных формах) и укрепляются.

Понимание диспансеризации и диспансерного наблюдения различается по странам СНГ, но во всех рассмотренных подсистемах ПМСП проводятся профилактические осмотры (с разной периодичностью и различными долями охвата населения) и ведется динамическое наблюдение больных с хроническими состояниями.

Отталкиваясь от указанного выше доклада ВОЗ 2002г⁵⁷ и проанализировав последующее развитие идеи перехода от "радарного", связанного с понятием "случай оказания медицинской помощи", к непрерывному ее оказанию и подходу ведения командой специалистов больных хроническими заболеваниями, а также проанализировав опыт государств — участников СНГ — по диспансеризации и диспансерному наблюдению прикрепленного к участку населения, предлагаем дать название этому принципу организации ПМСП — принцип "перманентности" и применять его не только при ведении хронических состояний у пациентов, но и по отношению к каждому прикрепленному жителю участка — оказывать ему постоянную помощь в управлении своим здоровьем на протяжении всей жизни. В значительной степени в диспансерном наблюдении этот принцип используется, но диспансерное наблюдение относится лишь к одному из множества организационных процессов ПМСП, а в организации систем здравоохранения всех стран СНГ по-прежнему применяется "радарный" принцип, основанный на понятии "случай" (в управлении, разработке порядков оказания помощи, в учете и отчетности и т.д.). Кроме того, диспансерное наблюдение осуществляется и контролирует врач, а пациент выступает пассивным звеном в этом процессе. Однако при условии применения принципа "перманентности" помощи обе стороны должны стать активными участниками процесса. Страны СНГ частично уже применяют принцип "перманентности" в ПМСП — участковые врачи проводят в зоне обслуживания регулярные профилактические осмотры населения, включая активные приглашения, ведут диспансерное наблюдение больных с хроническими состояниями, выполняют для населения функцию первого контакта с системой здравоохранения и координируют его маршрут к специалистам и при необходимости госпитализации и т.д.

При анализе источников в отношении организационного аспекта ПМСП было отмечено, что многие рекомендованные и реализованные в странах СНГ организационные решения были основаны на применении цифровых технологий, которые также будут играть ключевую роль в применении на практике принципа "перманентности" — без цифровой интегрированной информационной системы здравоохранения его невозможно будет полностью реализовать. Аспект финансирования с характеристиками его принципов, структуры и организации финансирования ПМСП при условии применения принципа "перманентности" должны претерпеть существенные изменения и с большой долей вероятности будет доказана экономическая эффективность таких изменений, как и изменений в структуре, распределении и использовании ресурсов и системы управления ПМСП. Поэтому в следующих обзорных статьях по аспектам ПМСП авторами запланировано изучение воздействия реализации эффективных рекомендаций и лучшего опыта стран (и потенциальные эффекты применения предложенного принципа "перманентности") на улучшение результатов работы подсистемы ПМСП.

⁶⁰ ВОЗ. Профилактика неинфекционных заболеваний и борьба с ними в Узбекистане: Аргументы в пользу инвестирования. ЕРБ ВОЗ. 2018. <https://iris.who.int/handle/10665/362355> (10.07.2024).

Литература/References

- Zarbaïlova NC. Professional standard of general practitioner/family physician in the increasing burden of diseases. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2017;5:29-35. (In Russ.) Зарбаилова Н.К. Профессиональный стандарт врача общей практики/семейного врача в контексте возросшего бремени заболеваний. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2017;5:29-35. EDN: ZUCHZP.
- Starshinin AV, Timofeeva AA. Modern models of polyclinic management: literature review. *Zdorove megapolisa*. 2023;4(2):101-11. (In Russ.) Старшинин А.В., Тимофеева А.С. Современные модели управления поликлиникой: литературный обзор. Здоровье мегаполиса. 2023;4(2):101-11. doi:10.47619/2713-2617.zm.2023.v.4i2:101-111. EDN: CGOSYY.
- Brimkulov NN, Sydykova SZh, Zhailoobaeva AT, et al. Family doctors are leaders on the path to better health (for World Family Doctor Day — May 19). *Vestnik Kyrgyzskoj gosudarstvennoj medicinskoj akademii imeni IK Ahunbaeva*. 2018;1:31-6. (In Russ.) Бrimkulov Н.Н., Сыдыкова С.Ж., Жайлобаева А.Т. и др. Семейные врачи — лидеры на пути к лучшему здоровью (к Всемирному Дню семейного врача — 19 мая). Вестник Кыргызской государственной медицинской академии имени И.К. Ахунбаева. 2018;1:31-6. doi:10.54890/v1i1.242. EDN: XZNZED.
- Son IM, Men'shikova LI, Krjakova MJu, et al. Brigade form of a labor organization in the medical site as a perspective direction for primary health care improving. *Profilakticheskaya medicina*. 2023;26(11):7-13. (In Russ.) Сон И.М., Меньшикова Л.И., Крякова М.Ю. и др. Бригадная форма организации труда на врачебном участке как перспективное направление совершенствования первичной медико-санитарной помощи. Профилактическая медицина. 2023;26(11):7-13. doi:10.17116/profmed2023261117. EDN: FVLCZO.
- Brimkulov NN. Family medicine: the past, the present and the future (on the materials of the 1st Congress of general practitioners and family doctors, Bishkek, Kyrgyzstan, 29-30 October 2015). *Rossijskij semejnij vrach*. 2015;19(3):33-6. (In Russ.) Бrimkulov Н.Н. Семейная медицина: прошлое, настоящее и будущее (по материалам 1-го съезда врачей общей практики и семейных врачей Кыргызстана, Бишкек, 29-30 октября 2015 года). Российский семейный врач. 2015;19(3):33-6. EDN: VPMKGZ.
- Shevsky VI, Sheiman IM, Shishkin SV. New models of primary health care: international experience and Russian perspectives. *Socialnye aspekty zdorovya naseleniya*. 2022;68(2):2. (In Russ.) Шевский В.И., Шейман И.М., Шишкин С.В. Новые модели первичной медико-санитарной помощи: зарубежный опыт и российские перспективы. Социальные аспекты здоровья населения. 2022;68(2):2. doi:10.21045/2071-5021-2021-68-2-2. EDN: QCRAMF.
- Merekina MD, Kalininskaya AA, Lazarev AV, et al. Stationary-substituting forms of work as a health preservation reserve. *Menedzher zdravoохранения*. 2021;7:57-65. (In Russ.) Мерекина М.Д., Калининская А.А., Лазарев А.В. и др. Стационарнозамещающие формы работы как резерв здравоохранения. Менеджер здравоохранения. 2021;7:57-65. doi:10.21045/1811-0185-2021-7-57-65. EDN: YBGKFA.
- Kalininskaya AA, Bakirova EA, Kizeev MV, et al. Scientific substantiation of proposals for improving medical care for villagers. *Manager Zdravoохранения*. 2023;3:13-24. (In Russ.) Калининская А.А., Бакирова Э.А., Кизеев М.В. и др. Научное обоснование предложений по совершенствованию медицинской помощи жителям села. Менеджер здравоохранения. 2023;3:13-24. doi:10.21045/1811-0185-2023-3-13-24. EDN: NQEJLR.
- Rugol LV, Son IM, Kirillov VI, et al. Organizational technologies that increase the availability of health care for the population. *Russian Journal of Preventive Medicine*. 2020;23(2):26-34. (In Russ.) Руголь Л.В., Сон И.М., Кириллов В.И. и др. Организационные технологии, повышающие доступность медицинской помощи для населения. Профилактическая медицина. 2020;23(2):26-34. doi:10.17116/profmed20202302126. EDN: KBCBYR.
- Bagnenko SF, Minnulin IP, Miroshnichenko AG, et al. Directions for improving the organization of emergency medical services, specialized medical care and medical evacuation in subject of Russian Federation. *Vestnik Roszdravnadzora*. 2019;3:70-4. (In Russ.) Багненко С.Ф., Миннуллин И.П., Мирошниченко А.Г. и др. Направления совершенствования организации скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, специализированной медицинской помощи в экстренной и неотложной формах и медицинской эвакуации в субъекте Российской Федерации. Вестник Росздравнадзора. 2019;3:70-4. doi:10.35576/article_5d135f4a728e49.79827942. EDN: EHDKHN.
- Chua CMS, Chua JYX, Shorey S. Effectiveness of home-based interventions in improving loneliness and social connectedness among older adults: A systematic review and meta-analysis. *Aging Ment Health*. 2024;28(1):1-10. doi:10.1080/13607863.2023.2237919. EDN: GMSMOU.
- Collins D, Ciobanu A, Curocchin G, et al. Protocol for the evaluation of a pilot implementation of essential interventions for the prevention of cardiovascular diseases in primary healthcare in the Republic of Moldova. *BMJ Open*. 2019;9(7):e025705. doi:10.1136/bmjopen-2018-025705. EDN: ZEJLDZ.
- Gazheva AV, Gorbatov SYu, Kravchuk AA, et al. Review of modern approaches to the organization of medical examinations, screenings in the primary health care system: Expert review. *GBU g. Moskvy "NIIOZMM DZM"*, 2023. p. 168. (In Russ.) Гажева А.В., Горбатов С.Ю., Кравчук А.А. и др. Обзор современных подходов к организации диспансеризации, скринингов в системе первичной медико-санитарной помощи: Экспертный обзор. М.: ГБУ "НИИОЗММ ДЗМ" организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы", 2023. с. 168. ISBN: 978-5-907547-97-1. EDN: GDZGWJ.
- Sachek MM, Shchaveleva MV, Boldyrevina IN. Tools that increase the quality of life of the population. The evolution of medical examination in the healthcare system of the Republic of Belarus. *O'zbekiston harbiy tibbiyoti*. 2024;3:26-32. (In Russ.) Сачек М.М., Шавелева М.В., Болдырева И.Н. Инструменты, повышающие качество жизни населения. Эволюция диспансеризации в системе здравоохранения Республики Беларусь. *O'zbekiston harbiy tibbiyoti*. 2024;3:26-32.
- Starshinin AV, Aksanova El, Gavrilenko OF, et al. Monitoring of patients with chronic diseases. *World experience*. М: GBU g. Moskvy "NIIOZMM DZM". 2023. p. 340. (In Russ.) Старшинин А.В., Аксенова Е.И., Гавриленко О.Ф. и др. Наблюдение пациентов с хроническими заболеваниями. Мировой опыт. М.: ГБУ "НИИОЗММ ДЗМ". 2023. p. 340. ISBN: 978-5-907547-39-1.
- Verbunt EJ, Newman G, Creagh NS, et al. Primary care practice-based interventions and their effect on participation in population-based cancer screening programs: A systematic narrative review. *Prim Health Care Res Dev*. 2024;25:e12. doi:10.1017/s1463423623000713. EDN: BADECV.
- Green ET, Cox NS, Arden CM, et al. What is the effect of a brief intervention to promote physical activity when delivered in a health care setting? A systematic review. *Health Promot J Austr*. 2023;34(4):809-24. doi:10.1002/hpj.697. EDN: FZGDFM.
- Howarth A, Smith JaG, Perkins-Porras L, et al. Effects of Brief Mindfulness-Based Interventions on Health-Related Outcomes: a Systematic Review. *Mindfulness*. 2019;10(10): 1957-68. doi:10.1007/s12671-019-01163-1. EDN: DPNVNY.
- Li Y, Cao Y, Ding M, et al. Non-pharmacological interventions for older patients with hypertension: A systematic review and network meta-analysis. *Geriatr Nurs*. 2022;47:71-80. doi:10.1016/j.gerinurse.2022.06.015. EDN: NQTPBK.
- Bakhit M, Fien S, Abukmail E, et al. Cardiovascular disease risk communication and prevention: A meta-analysis. *Eur Heart J*. 2024;45(12):998-1013. doi:10.1093/eurheartj/ehae002. EDN: EFAHOJ.
- Martínez Vispo C, López-Durán A, Suárez-Castro D, et al. Remote vs in-person group-based smoking cessation interventions: smokers characteristics and intervention outcomes. *Tob Prev Cessation*. 2023;9:Suppl2. doi:10.18332/tpc/172702. EDN: CVJDOZ.

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

Драпкина О.М. — д.м.н., профессор, академик РАН, директор, зав. кафедрой терапии и профилактической медицины, ORCID: 0000-0002-4453-8430;

Шепель Р.Н. — к.м.н., зам. директора по перспективному развитию медицинской деятельности, в.н.с., руководитель отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, доцент кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения, доцент кафедры терапии и профилактической медицины, ORCID: 0000-0002-8984-9056;

Короткова А.В. — к.м.н., эксперт группы по организации медицинской помощи отдела организационно-методического управления и анализа оказания медицинской помощи, ORCID: 0000-0002-93685357;

Наумова Я.С. — руководитель отдела международных связей и сотрудничества, эксперт группы по организации медицинской помощи отдела организационно-методического управления и анализа оказания медицинской помощи, ORCID: 0009-0001-2704-6581;

Ахвердиев Г.О. — директор, ORCID: 0009-0007-7587-5679;

Щербинский А.А. — директор, ORCID: 0009-0008-2387-5666;

Сачек М.М. — д.м.н., профессор кафедры организации здравоохранения, ORCID: 0009-0004-9110-0185;

Кулкаева Г.У. — к.м.н., председатель Правления Национального научного центра развития здравоохранения им. Салидат Каирбековой Министерства здравоохранения Республики Казахстан, ORCID: 0000-0003-2737-2069;

Бrimкулов Н.Н. — д.м.н., профессор кафедры семейной медицины последипломного образования, ORCID: 0000-0002-7821-7133;

Мухсинзода Г.М. — д.м.н., первый зам. Министра здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан; ORCID: 0000-0002-7095-792X;

Уразалиева И.Р. — к.м.н., доцент Школы общественного здравоохранения, ORCID: 0000-0003-1281-0935;

Огнева Е.Ю. — к.м.н., зам. руководителя координационного центра, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом медико-социальной экспертизы, доцент кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья, ORCID: 0000-0002-9780-2442.

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 моторики**⁵



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. Ивашкин В. Т., Маев И. В., Шептулин А. А., Лапина Т. Л., Трухманов А. С., Карташевко 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, Talley 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., Бордян 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. Касьяняенко 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., Кукес И. 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

Совет экспертов

Редакционная статья

Эффективное комплексное ведение пациентов с хроническим бронхитом: консенсус экспертов

Статья представляет консенсус экспертов по современным подходам к ведению пациентов с хроническим бронхитом. В документе акцентируется внимание на междисциплинарной тактике ведения пациентов, включающей модификацию факторов риска, диспансерное наблюдение и профилактику. Эксперты подчеркивают важность прекращения курения, вакцинации и индивидуализированной фармакотерапии, включая муколитики и бронходилататоры. Обсуждается роль антибактериальной терапии во время обострений и необходимость стандартизации подходов к диспансерному наблюдению. Итогом работы стали рекомендации, направленные на улучшение качества жизни пациентов с хроническим бронхитом и предотвращение прогрессирования заболевания.

Ключевые слова: хронический бронхит, междисциплинарный подход, диспансерное наблюдение, профилактика, муколитики.

Отношения и деятельность: нет.

Для цитирования: Драпкина О.М., Авдеев С.Н., Дроздова Л.Ю., Смирнова М.И., Никитина Л.Ю., Шепель Р.Н., Яфарова А.А. Эффективное комплексное ведение пациентов с хроническим бронхитом: консенсус экспертов. *Первичная медико-санитарная помощь*. 2024;1(2):28-36. doi: 10.15829/3034-4123-2024-28. EDN JAYCDI

Драпкина О. М.¹,
Авдеев С. Н.²,
Дроздова Л. Ю.¹,
Смирнова М. И.^{1*},
Никитина Л. Ю.²,
Шепель Р. Н.¹,
Яфарова А. А.¹

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

²ФГАОУ ВО "Первый МГМУ им. И. М. Сеченова" Минздрава России, Москва, Российская Федерация

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

Поступила: 11.11.2024
Принята: 22.11.2024



Effective integrated management of patients with chronic bronchitis: expert consensus statement

The article presents an expert consensus statement on modern approaches to the management of patients with chronic bronchitis. The document emphasizes an interdisciplinary strategy for patient management, including risk factor modification, follow-up care, and prevention. Experts highlighted the importance of smoking cessation, vaccination, and individualized pharmacotherapy, including mucolytics and bronchodilators. The role of antibacterial therapy during exacerbations and the need for standardized follow-up approaches are also discussed. The consensus resulted in guidelines aimed at improving the quality of life of patients with chronic bronchitis and preventing disease progression.

Keywords: chronic bronchitis, interdisciplinary approach, follow-up monitoring, prevention, mucolytics.

Relationships and Activities: none.

For citation: Drapkina O. M., Avdeev S. N., Drozdova L. Yu., Smirnova M. I., Nikitina L. Yu., Shepel R. N., Yafarova A. A. Effective integrated management of patients with chronic bronchitis: expert consensus statement. Primary Health Care (Russian Federation). 2024;1(2):28-36. doi: 10.15829/3034-4123-2024-28. EDN JAYCDI

Drapkina O. M.¹,
Avdeev S. N.²,
Drozdova L. Yu.¹,
Smirnova M. I.^{1*},
Nikitina L. Yu.²,
Shepel R. N.¹,
Yafarova A. A.¹

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

²I. M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russian Federation

*Corresponding author:
MSmirnova@gnicpm.ru

Received: 11.11.2024

Accepted: 22.11.2024

БЗ — бронхоспазмы, ДН — диспансерное наблюдение, ПМСП — первичная медико-санитарная помощь, ФВД — функция внешнего дыхания, ФР — фактор(ы) риска, ХБ — хронический бронхит, ХОБЛ — хроническая обструктивная болезнь легких, Н-АЦ — N-ацетилцистеин.



Введение

Хронический бронхит (ХБ) является самостоятельным заболеванием, которое характеризуется персистирующим воспалением бронхов и хронической бронхиальной гиперсекрецией слизи. Диагноз ХБ устанавливается при наличии продуктивного кашля, продолжающегося не <3-х мес. подряд в течение ≥ 2 лет, если исключены другие заболевания [1]. Важный патофизиологический аспект ХБ — изменение структуры слизистой оболочки бронхов и подслизистого слоя, что приводит к гиперплазии бокаловидных клеток и бронхиальных желез [2]. Такие изменения обуславливают повышенную секрецию слизи, увеличение ее густоты и вязкости, а также потерю защитных свойств, включая нарушение мукоцилиарного транспорта. Это, в свою очередь, способствует застою секрета в дыхательных путях и создает условия для сохранения хронического воспаления, прогрессирующего при отсутствии адекватного лечения [1] и приводящего к трансформации ХБ в хроническую обструктивную болезнь легких (ХОБЛ) и/или формированию бронхэкстазов (БЭ).

Пациенты с ХБ чаще всего обращаются за медицинской помощью во время обострений, вызванных различными факторами. Обострение ХБ часто связано с развитием бактериальной суперинфекции на фоне вирусной респираторной инфекции. Среди инфекционных агентов наибольшее значение при обострении ХБ имеют вирусы гриппа, адено-вирусы, микоплазмы и бактерии, такие как *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* и *Moraxella catarrhalis* [2]. В рамках диспансерного наблюдения (ДН) за пациентами с ХБ врачи, оказывающие первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, проводят оценку факторов риска (ФР) обострений и прогрессирования заболевания. Важнейшими среди них являются курение, длительное воздействие профессиональных и экологических факторов (пыль, загазованность, химические вещества), а также респираторные инфекции, патология носоглотки, ожирение и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Для предотвращения обострений пациентам рекомендуются меры профилактики, включая отказ от курения, вакцинацию против респираторных инфекций, использование средств индивидуальной защиты, лечение и профилактику сопутствующих заболеваний, ассоциированных с ХБ, консультации в кабинетах медицинской профилактики [1]. Особенно важна коррекция модифицируемых ФР: курения и профессиональных вредностей, поскольку их устранение существенно снижает риск прогрессирования ХБ и развития его осложнений, таких как БЭ, пневмония и хроническая сердечная недостаточность. Курение

играет ключевую роль в патогенезе заболевания: отказ от этой вредной привычки сопровождается существенным улучшением состояния пациентов, снижением частоты кашля и нормализацией мукоцилиарного клиренса у большинства больных [1]. Кроме того, прекращение курения снижает риск развития ХОБЛ, сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний.

ХБ требует комплексного и междисциплинарного подхода к его лечению, с акцентом на устранение модифицируемых ФР и своевременную диагностику обострений. Особая роль в этом контексте принадлежит ДН и профилактическим мероприятиям, направленным на предотвращение прогрессирования заболевания, развитие обострений и тяжелых осложнений. Важным элементом в ведении больного является активное взаимодействие специалистов разных профилей — врачей-терапевтов, пульмонологов, врачей общей практики и медицинских профилактических служб — для обеспечения эффективного комплексного ведения пациентов. Это становится возможным только при слаженной работе всех участников системы здравоохранения, а также при активном использовании современных профилактических и терапевтических методов, включая отказ от курения и вакцинацию. В связи с этим Российским обществом профилактики неинфекционных заболеваний (РОПНИЗ) была инициирована разработка новых стратегий ведения пациентов с ХБ на всех уровнях оказания медицинской помощи. Междисциплинарное обсуждение ведущими специалистами в области терапии и общей врачебной практики, пульмонологии и медицинской профилактики в рамках прошедшего в 2024г "Консенсуса экспертов" позволило сформулировать основные направления комплексного подхода к оказанию медицинской помощи пациентам с ХБ на амбулаторном этапе, представленные далее в статье.

ХБ: современные сведения о распространенности, ФР и критериях диагностики

Эксперты обсудили вопрос вариабельности распространенности ХБ, которая зависит от климатических и социально-демографических характеристик региона проживания, распространенности курения и профессиональных ФР ХБ. Были подробно рассмотрены результаты исследований, подтверждающие эти различия. Так, в исследовании Miravitlles M, et al. (2006), проведенном в Испании среди лиц >40 лет ($n=7658$), показано, что хронический кашель наблюдается у 5% никогда не куривших людей и у 11% курильщиков и бывших курильщиков, экспекторация мо-

кроты встречается у 4 и 11%, соответственно [3]. В исследовании Pelkonen M, et al. (2006), проведенном среди мужчин Финляндии в возрасте 40-59 лет (n=1 711), выявлено, что хронический продуктивный кашель регистрируется у 42% курильщиков, в то время как среди бывших курильщиков этот показатель составляет почти в 2 раза меньше, что свидетельствует о значительном снижении симптомов после отказа от курения [4]. В то же время экспекторация мокроты была у 22% никогда некуривших респондентов, что может быть связано с другими факторами, такими как профессионально-производственные вредности, экологическая обстановка, иммунодефициты и др. [4]. Многонациональное исследование De Marco R, et al. (2007), которое охватило 5 002 человека из 12 стран Европы в возрасте 20-44 лет с нормальной функцией легких, показало, что хронический кашель наблюдается у 3% респондентов, а экспекторация мокроты — у 9% [5]. Этот результат демонстрирует, что ХБ может развиваться даже у людей молодого трудоспособного возраста и присутствовать у пациентов без жалоб на кашель, что подтверждает важность ранней диагностики заболевания. В последующих исследованиях Miravitlles M, et al. (2009), проведенных в Испании среди популяции в возрасте 40-80 лет (n=4 274), было установлено, что хронический кашель встречается у 3,4% участников, а экспекторация мокроты — у 11,7%. [6]. В США аналогичные данные были получены в исследовании Martinez C, et al. (2012), где среди взрослого населения (n=5858) без серьезных заболеваний легких хронический кашель был зарегистрирован у 3,6%, а экспекторация мокроты — у 7% [7].

ХБ классифицируется по некоторым важным критериям, что позволяет более точно описать клиническую картину заболевания и выбрать наиболее оптимальную тактику лечения [1, 2]. С точки зрения функциональных характеристик ХБ является необструктивным заболеванием, но может сопровождаться обструктивным синдромом в период обострения, что влияет на прогноз и выбор терапевтических стратегий. Сохранение бронхиальной обструкции вне обострения обычно свидетельствует о трансформации ХБ в ХОБЛ, реже — в другое заболевание. ХБ можно классифицировать по характеру воспаления, степени тяжести и фазам течения заболевания. Такой многоуровневый подход к классификации ХБ обеспечивает более точную постановку диагноза и выбор персонализированных схем ведения и лечения больного, что особенно важно в условиях амбулаторного наблюдения.

Диагностические критерии ХБ основываются на длительности кашля, который должен сохранять-

ся не <3-х мес. в году на протяжении 2-х лет подряд. Для подтверждения диагноза бывает важно учитывать воспалительные изменения в бронхах, выявляемые при анализе мокроты, бронхоскопии с оценкой слизистой оболочки и содержимого бронхов или исследования гистологического материала. Функциональные методы диагностики, такие как спирометрия с бронходилатационным тестом, помогают оценить функцию внешнего дыхания (ФВД) и определить наличие бронхиальной обструкции. Оценка насыщения крови кислородом, общего анализа крови с лейкоцитарной формулой, уровня С-реактивного белка и других маркеров позволяют дополнить дифференциальную диагностику, определить выраженность воспаления. Рентгенографию и компьютерную томографию органов грудной клетки, электрокардиографию, эхокардиографию используют для исключения очаговых и диффузных поражений легких, бронхэкстазий, сердечной недостаточности и других заболеваний [2].

В рамках дифференциальной диагностики ХБ необходимо исключить другие болезни бронхолегочной системы, такие как ХОБЛ, туберкулез, бронхэкстазии, инфекционные заболевания легких, бронхиальная астма, рак легкого и другие патологии со схожими симптомами [1]. Хроническая сердечная недостаточность обычно проявляется такими симптомами, как одышка, ортопноэ и периферические отеки. Их наличие требует исключения кардиальной патологии. При этом следует учесть, что одышка у больного с ХБ, при отсутствии для нее других причин, обычно характеризует обострение ХБ или трансформацию ХБ в ХОБЛ. Интерстициальные заболевания легких, которые характеризуются нарушением газообмена и наличием инспираторной крепитации при аусcultации легких, также должны быть исключены при диагностике ХБ [2].

О лечении ХБ

Эксперты подробно рассмотрели основные стратегии лечения ХБ. Наиболее важным аспектом в лечении ХБ, направленным на достижение контроля над кашлем и продукцией мокроты, является устранение воздействия известных аэроирритантов, к которым относятся табачный дым, промышленные загрязняющие вещества и другие экзогенные факторы, негативно влияющие на дыхательные пути [1]. Курение считается одним из главных ФР развития и прогрессирования ХБ, поэтому отказ от курения становится ключевым элементом терапии, приводящим к уменьшению выраженности кашля и продукции мокроты у большинства пациентов, снижению активности воспаления [1].

В стабильный период ХБ терапевтические мероприятия направлены на контроль симптомов и снижение частоты обострений. Одним из наиболее эффективных подходов к лечению пациентов с продуктивным кашлем является применение муколитических препаратов, которые уменьшают вязкость мокроты и облегчают ее отхождение [1]. Такие препараты назначаются в стандартных дозах и имеют эффективность в улучшении состояния пациентов с ХБ, способствуя снижению выраженности кашля, облегчению отхождения мокроты, уменьшению частоты и длительности обострений [8-11].

Кроме того, пациентам со стабильным течением ХБ могут быть рекомендованы короткодействующие бронходилататоры, такие как β_2 -агонисты (сальбутамол) и антихолинергические препараты (ипратропий), которые способствуют расслаблению гладкой мускулатуры бронхов, улучшению мукоцилиарного транспорта и облегчению дыхания [1]. Рутинное использование системных глюкокортикоидов у пациентов с ХБ не рекомендуется из-за риска развития побочных эффектов и отсутствия значимого положительного эффекта при их длительном применении [1].

Использование антибактериальных препаратов вне периода обострения у пациентов с ХБ не показано, т.к. это может способствовать развитию резистентности возбудителей к антибиотикам и повышению риска побочных эффектов данных препаратов. Применение антибактериальных препаратов должно быть строго ограничено периодами обострения заболевания, особенно если имеется подозрение на бактериальную инфекцию [1, 2].

Одним из наиболее широко применяемых мукоактивных препаратов при ХБ является N-ацетилцистеин (N-АЦ), который демонстрирует многообразные терапевтические эффекты благодаря своему муколитическому и противовоспалительному действию. Основной механизм действия N-АЦ заключается в разрыве дисульфидных связей между сульфидильными группами, что разрушает полимерные структуры слизи, снижая ее вязкость и улучшая отхождение мокроты. Кроме того, N-АЦ обладает выраженными противовоспалительными свойствами, уменьшая окислительный стресс и воспаление в дыхательных путях. Это приводит к снижению гиперпродукции слизи, улучшению ФВД, уменьшению как выраженности симптомов, так и уменьшение частоты обострений у пациентов с ХБ [12]. В исследованиях показано значительное улучшение клинических симптомов и частоты обострений у пациентов с ХБ и ХОБЛ, получавших N-АЦ [13-18]. Данные метаанализа рандомизированных контролируемых исследований подтверждают эффективность N-АЦ в умень-

шении симптомов и частоты обострений у пациентов с ХБ и ХОБЛ [13].

Обострение ХБ характеризуется усилением симптомов, включая увеличение объема мокроты, усиление ее гнойного характера и появление или нарастание одышки. Эти симптомы являются кардинальными признаками обострения и служат основанием для назначения антибактериальной терапии. Эмпирическая антибактериальная терапия включает применение амоксициллина, цефалоспоринов 2-го или 3-го поколения либо фторхинолонов при осложненных обострениях. В случаях подозрения на инфекцию, вызванную *Pseudomonas aeruginosa*, рекомендуется назначение антисинегнойных β -лактамов в сочетании с фторхинолонами [1, 2, 19].

Компонентом терапии обострения является назначение мукоактивного препарата (бромгексин, амброксол, N-АЦ, карбоцистеин или эрдостеин). Исследования эффективности N-АЦ при обострении ХБ демонстрируют его преимущество в уменьшении вязкости мокроты и облегчении ее отхождения по сравнению с другими муколитиками, такими как амброксол. Отдельные муколитики, в частности N-АЦ, улучшают проникновение антимикробных препаратов в легочную ткань, обладают антиоксидантной и противовоспалительной активностью. Таким образом, муколитик является важным компонентом комплексной терапии ХБ, способствующим улучшению клинических исходов и снижению риска повторных обострений [2].

Недостатки нормативной базы и практические трудности в ДН пациентов с ХБ

В центре внимания экспертов были проблемы ДН пациентов с ХБ, с которыми чаще всего сталкиваются врачи, оказывающие первичную медико-санитарную помощь (ПМСП) в амбулаторных условиях. Приказ Минздрава России от 15.03.2022 № 168н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми"¹ содержит краткие и общие сведения о подходах к ДН при различных нозологиях, однако не предоставляет врачам подробных инструкций и алгоритмов действий, необходимых для полноценного сопровождения пациентов с ХБ. В результате возникает множество вопросов, касающихся оптимального содержания и частоты визитов, а также перечня необходимых диагностических, лечебных и профилактических процедур, что создает значительные трудности для специалистов, особенно в условиях амбулаторного ведения больных.

¹ Приказ Минздрава России от 15.03.2022 N 168н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми" (Зарегистрировано в Минюсте РФ 21.04.2022 N 68288) <https://base.garant.ru/404523658/> (22.11.2024).

ХБ нередко становится предвестником развития ХОБЛ, которая существенно ухудшает качество жизни и прогноз пациентов, приводит к тяжелым осложнениям, включая сердечно-легочную недостаточность. Важнейшую роль в борьбе с ХБ играет своевременная профилактика, ранняя диагностика и ДН за пациентами с ФР. Согласно приказу Минздрава России от 29.10.2020 № 1177н "Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях"² и от 27.04.2021 № 404н "Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения"³, медицинская профилактика ХБ осуществляется через регулярные профилактические осмотры и диспансеризацию. Эти мероприятия направлены на выявление ФР и ранних признаков заболевания на основе стандартных методов обследования, включая анкетирование пациентов, оценку индекса массы тела, а также обязательное проведение флюорографии и спирометрии. Спирометрия является основным методом диагностики нарушений ФВД и позволяет дифференцировать ХБ и другие болезни органов дыхания, поскольку для ХБ нарушение ФВД вне обострения нехарактерно. Выявление признаков необратимой бронхиальной обструкции по результатам ФВД позволяет диагностировать ХОБЛ у больного с симптомами ХБ, особенно курящего.

ДН за пациентами с ХБ также играет важную роль в предотвращении обострений и развитии осложнений. Согласно приказу Минздрава России от 15.03.2022 № 168н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми"¹, диспансеризация включает в себя регулярное наблюдение за состоянием здоровья пациента, периодическое проведение контрольных исследований и корректировку лечения в зависимости от динамики заболевания. В 2023г охват населения профилактическими осмотрами и диспансеризацией в Российской Федерации составил 63,7%, что свидетельствует о высокой активности медицинской профилактики и эффективности реализации государственных программ. При этом количество диагностированных случаев хронических болезней органов дыхания составило значитель-

ную долю среди всех выявленных заболеваний, что подчеркивает важность регулярного проведения спирометрии и других методов диагностики у пациентов с ФР. Профилактическая работа включает также индивидуальные консультации пациентов по отказу от курения, снижению воздействия производственных факторов, вредных факторов окружающей среды и повышению физической активности, что является важной составляющей профилактики ХБ. Таким образом, регулярные профилактические осмотры и ДН пациентов с ХБ становятся ключевыми элементами борьбы с этим заболеванием, позволяющими своевременно выявлять ранние стадии патологии и предупреждать ее прогрессирование.

Одной из ключевых проблем, с которой сталкиваются врачи, является определение индивидуальных интервалов между визитами пациента для ДН. При отсутствии четких критериев, таких как степень тяжести заболевания, наличие сопутствующих патологий или риск развития обострений, врачам трудно планировать и оптимизировать частоту наблюдения. Важно учитывать, что пациенты с разной степенью тяжести и контролем над обострениями ХБ нуждаются в индивидуализированном подходе: для кого-то достаточно посещения врача раз в полгода, в то время как другие, особенно те, кто подвержен частым или тяжелым обострениям, требуют более частого наблюдения и корректировки терапии. Однако в настоящее время конкретные рекомендации по индивидуальной частоте визитов отсутствуют.

Кроме этого, у специалистов, оказывающих ПМСП в амбулаторных условиях, возникают вопросы по поводу выбора видов лабораторных и инструментальных исследований, которые необходимо проводить пациентам с ХБ в рамках каждого визита, и частоты этих обследований. В приказах Минздрава и клинических рекомендациях нет четких указаний, какие диагностические процедуры необходимы при каждом визите в зависимости от клинического состояния пациента. Например, остается неясным, как часто проводить тест 6-минутной ходьбы для оценки толерантности к физическим нагрузкам или когда и с какой периодичностью следует проводить спирометрию для мониторинга ФВД. Эти диагностические мероприятия играют важную роль в оценке состояния пациента и динамики заболевания, но для реальной практики четкие алгоритмы их использования отсутствуют.

Помимо этого, при ведении пациентов с ХБ перед врачами ПМСП возникает вопрос о выборе оптимальной фармакотерапии. Однозначных рекомендаций, какие препараты предпочтительнее использовать на том или ином этапе тече-

² Приказ Минздрава России от 29 октября 2020 г. № 1177н "Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях" (Зарегистрировано в Министерстве РФ 03.12.2020. № 61245) <https://base.garant.ru/74998637/> (22.11.2024).

³ 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/40144440/> (22.11.2024).

ния заболевания, в каких дозировках и на какой срок, в настоящее время нет. Это особенно актуально для пациентов с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями и/или заболеваниями желудочно-кишечного тракта, когда стандартные схемы лечения требуют корректировки с учетом нозологии, полипрагмазии и потенциальных лекарственных взаимодействий. Вопросы возникают относительно назначения муколитических препаратов, бронходилататоров и глюкокортикоидов, особенно у пациентов с нестабильным течением заболевания. Например, рекомендации по предпочтительному выбору препаратов различных групп (β_2 -агонисты, антихолинергические средства, муколитики) или необходимости назначения антибиотиков при обострении часто остаются неоднозначными.

Отдельная проблема связана с профилактикой обострений ХБ. Врачи, оказывающие ПМСП в амбулаторных условиях, часто не имеют четких рекомендаций относительно того, какие профилактические мероприятия и консультации необходимо проводить пациентам с ХБ, чтобы снизить риск повторных обострений и прогрессирования заболевания. В приказах и рекомендациях недостаточно освещены вопросы обеспечения приверженности пациентов к лечению и профилактике, необходимости проведения вакцинации против респираторных инфекций (гриппа, пневмококка), а также консультирования по вопросам отказа от курения и уменьшения воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды. Это требует от специалистов самостоятельного поиска и внедрения оптимальных методов профилактики, что значительно усложняет работу врача и ведение пациентов.

Таким образом, врачи различных специальностей, оказывающие ПМСП на амбулаторном этапе, сталкиваются с недостатком практических рекомендаций по разработке четкого индивидуального плана ДН пациента с ХБ. Необходимость решения таких вопросов, как определение частоты визитов, выбор диагностических и инструментальных обследований, а также оптимизация фармакотерапии и профилактических мер, требует создания более подробных алгоритмов и регламентов, которые учитывали бы клиническую картину каждого пациента. Это позволит значительно улучшить качество ведения больных ХБ, снизить частоту обострений, повысить приверженность к лечению и в конечном итоге оказать положительное влияние на дальнейший прогноз заболевания.

Заключение

Для эффективного решения выявленных проблем, связанных с ведением пациентов с ХБ, необходимо комплексное улучшение системы оказания

медицинской помощи. Это включает в себя пересмотр существующих нормативно-правовых актов, совершенствование клинической практики и создание эффективных образовательных программ для врачей. Проблемы, с которыми сталкиваются специалисты, в т.ч. недостаток подробных рекомендаций по ДН, выбору терапевтических подходов и диагностических процедур, требуют оперативного решения на всех уровнях медицинской системы.

Первым важным шагом на пути к улучшению качества оказания медицинской помощи пациентам с ХБ, предложенным Консенсусом экспертов, является разработка и внедрение проекта методических рекомендаций "Диспансерное наблюдение пациентов с хроническим бронхитом врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения". Эти рекомендации должны обеспечить комплексный и систематизированный подход к ведению пациентов с ХБ с охватом всех аспектов контроля заболевания.

Важной задачей рекомендаций будет создание четких, структурированных алгоритмов для врачей, осуществляющих ДН. Это позволит снизить вариабельность подходов к ведению пациентов и обеспечить стандартизацию медицинской помощи на всех уровнях. Алгоритмы должны содержать четкие инструкции по проведению диагностических и лечебно-профилактических мероприятий, таких как регулярные осмотры, применение валидированных опросников и тестов, назначение лабораторных и инструментальных исследований (пульсоксиметрия, спирометрия, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, анализы крови), а также рекомендации по частоте и интервалам проведения данных мероприятий в зависимости от степени тяжести заболевания и частоты его обострений.

Особое внимание должно быть уделено вопросам фармакотерапии, которые пока недостаточно освещены в существующих нормативных актах. По мнению экспертов, методические рекомендации должны содержать принципы назначения и выбора препаратов в зависимости от течения заболевания, сопутствующих патологий и индивидуальных клинических характеристик пациента. Это касается назначения муколитических препаратов, бронходилататоров, антибиотиков, в частности при обострениях, а также глюкокортикоидов. Четкое руководство по дозировкам, срокам назначения и условиям отмены лекарственных средств позволит минимизировать риск ошибок в лечении и повысить эффективность терапии.

Важным разделом методических рекомендаций должно быть описание профилактических мероприятий, направленных на снижение рис-

ка обострений и прогрессирования заболевания. Эти мероприятия включают подробное изучение анамнеза пациента в отношении ФР ХБ на каждом диспансерном приеме, консультирование пациентов по вопросам отказа от курения и минимизации воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды (загрязнение воздуха, профессиональные вредности). Необходимо учитывать лечение и профилактику сопутствующих заболеваний, ассоциированных с ХБ, и предоставлять рекомендации по вакцинации в соответствии с национальным календарем прививок, включая вакцинацию против респираторных инфекций, таких как грипп и пневмококковая инфекция. Профилактика должна занимать ключевое место в ДН пациентов с ХБ, т.к. исключение ФР приводит к регрессу симптомов, предотвращению обострений, позволяет значительно улуч-

шить прогноз заболевания и повысить качество жизни пациентов.

Эксперты пришли к мнению, что разработка методических рекомендаций по ХБ будет весьма полезна, поскольку действующие стандарты и клинические рекомендации недостаточно детализированы или сложны для рутинного применения специалистами, оказывающими ПМСП в амбулаторных условиях. Таким образом, с целью повышения качества ДН пациентов с ХБ необходимо разработать детальные и пошаговые инструкции в методических рекомендациях. Эти рекомендации должны стать удобным инструментом для принятия решений врачами ПМСП, способствующим эффективному ведению пациентов с ХБ. Это поможет снизить заболеваемость, а также улучшить качество и продолжительность жизни населения, включая лиц трудоспособного возраста.

Литература/References

1. Avdeev SN, Demko IV, Zaytsev AA, et al. Federal guidelines on diagnosis and treatment of chronic bronchitis. *Pulmonologiya*. 2022;32(3):448-72. (In Russ.) Авдеев С.Н., Демко И.В., Зайцев А.А. и др. Хронический бронхит: федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению. Пульмонология. 2022;32(3):448-72. doi:10.18093/0869-0189-2022-32-3-448-472.
2. Demko IV, Zaytsev AA, Ignatova GL, et al. Chronic bronchitis. Moscow: GEOTAR-Media, 2021. p. 80. (In Russ.) Демко И.В., Зайцев А.А., Игнатова Г.Л. и др. Хронический бронхит. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. с. 80. doi:10.33029/9704-6503-5-XRB-2021-1-80. ISBN: 978-5-9704-6503-5.
3. Miravittles M, de la Roza C, Morera J, et al. Chronic respiratory symptoms, spirometry and knowledge of COPD among general population. *Respir Med*. 2006;100(11):1973-80. doi:10.1016/j.rmed.2006.02.024.
4. Pelkonen M, Notkola IL, Nissinen A, et al. Thirty-year cumulative incidence of chronic bronchitis and COPD in relation to 30-year pulmonary function and 40-year mortality: a follow-up in middle-aged rural men. *Chest*. 2006;130(4):1129-37. doi:10.1378/chest.130.4.1129.
5. de Marco R, Accordini S, Cerveri I, et al. Incidence of chronic obstructive pulmonary disease in a cohort of young adults according to the presence of chronic cough and phlegm. *Am J Respir Crit Care Med*. 2007;175(1):32-9. doi:10.1164/rccm.200603-381OC.
6. Miravittles M, Soriano JB, García-Río F, et al. Prevalence of COPD in Spain: impact of undiagnosed COPD on quality of life and daily life activities. *Thorax*. 2009;64(10):863-8. doi:10.1136/thx.2009.115725.
7. Martinez C, Chen Y, Kazerooni E, et al. Non-obstructive chronic bronchitis in the COPDGene cohort [abstract]. *Am J Respir Crit Care Med*. 2012;185:A6622. doi:10.1164/ajrccm-conference.2012.185.1.
8. Poole P, Sathananthan K, Fortescue R. Mucolytic agents versus placebo for chronic bronchitis or chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;5(5):CD001287. doi:10.1002/14651858.CD001287.pub6.
9. Rogliani P, Matera MG, Page C, et al. Efficacy and safety profile of mucolytic/antioxidant agents in chronic obstructive pulmonary disease: a comparative analysis across erdosteine, carbocysteine, and N-acetylcysteine. *Respir Res*. 2019;20:104. doi:10.1186/s12931-019-1078-y.
10. Balsamo R, Lanata L, Egan CG. Mucoactive drugs. *Eur Respir Rev*. 2010;19(116):127-33. doi:10.1183/09059180.00003510.
11. Decramer M, Janssens W. Mucoactive therapy in COPD. *Eur Respir Rev*. 2010;19(116):134-40. doi:10.1183/09059180.00003610.
12. Santus P, Santus P, Corsico A, Solidoro P, et al. Oxidative stress and respiratory system: pharmacological and clinical reappraisal of N-acetylcysteine. *COPD*. 2014;11(6):705-17. doi:10.3109/15412555.2014.898040.
13. Papi A, Alfano F, Bigoni T, et al. N-acetylcysteine Treatment in Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) and Chronic Bronchitis/Pre-COPD: Distinct Meta-analyses. *Arch Bronconeumol*. 2024;60(5):269-78. doi:10.1016/j.arbres.2024.03.010.
14. British Thoracic Society Research Committee. Exacerbation rates in patients with chronic bronchitis and severe airway obstruction treated with oral N-acetylcysteine. *Thorax*. 1985;40(11):832-5. doi:10.1136/thx.40.11.832.
15. Pela R, Calcagni AM, Subiaco S, et al. N-acetylcysteine reduces the exacerbation rate in patients with moderate to severe COPD. *Respiration*. 1999;66(6):495-500. doi:10.1159/000029447.
16. Grassi C, Morandini GC. A controlled trial of intermittent oral acetylcysteine in the long-term treatment of chronic bronchitis. *Eur J Clin Pharmacol*. 1976;9:393-6.
17. Borgia M, Sepe N, Ori-Belometti M, et al. Comparison between acetylcysteine and placebo in the long-term treatment of chronic bronchitis [Confronto tra acetilcisteina e placebo nel trattamento a lungo termine della bronchite cronica]. *Gazz Med Ital*. 1981;140:467-72.
18. Tang W, Zhu D, Wu F, et al. Intravenous N-acetylcysteine in respiratory disease with abnormal mucus secretion. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2023;27(11):5119-27. doi:10.26355/eurrev_202306_32628.
19. Anthonisen NR, Manfreda J, Warren CP, et al. Antibiotic therapy in exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Ann Intern Med*. 1987;106(2):196-204. doi:10.7326/0003-4819-106-2-196.

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

Драпкина О. М. — академик РАН, профессор, директор, ORCID: 0000-0002-4453-8430;

Авдеев С. Н. — академик РАН, профессор, зав. кафедрой пульмонологии лечебного факультета, ORCID: 0000-0002-5999-2150;

Дроздова Л. Ю. — к.м.н., руководитель лаборатории поликлинической терапии, ORCID: 0000-0002-4529-3308;

Смирнова М. И. — к.м.н., руководитель лаборатории профилактики хронических болезней органов дыхания, ORCID: 0000-0002-6208-3038;

Никитина Л. Ю. — д.м.н., врач-методист отдела анализа кадровой политики и мониторинга организации медицинской помощи НМИЦ пульмонологии, ORCID: 0000-0002-7722-5457;

Шепель Р. Н. — к.м.н., зам. директора по перспективному развитию медицинской деятельности, руководитель отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, ORCID: 0000-0002-8984-9056;

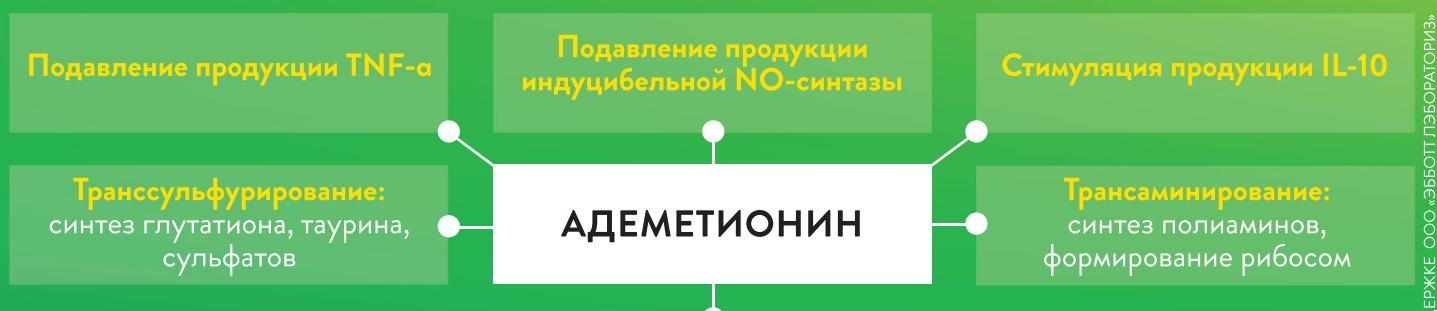
Яфарова А. А. — м.н.с. лаборатории профилактической и экспериментальной гастроэнтерологии отдела фундаментальных и прикладных аспектов ожирения, ORCID: 0000-0003-3002-1067.

СХЕМА ДИАГНОСТИКИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ¹

Пациент с предполагаемой НАЖБП



Плейотропное действие молекулы адеметионина при НАЖБП²



Рекомендуемая дозировка адеметионина при пероральном приеме составляет 800-1600 мг в сутки

Научная новизна

Оригинальная статья

Избыточная масса тела: причины и последствия (по результатам социологического исследования студенческой молодежи)

Цель. Изучить отношение молодежи к проблеме избыточной массы тела (ИзбМТ), причины ее появления и медико-социальные последствия, а также уровень осознанной готовности к поддержанию массы тела в норме.

Материал и методы. В статье проведен анализ публикаций и исследований в аспекте понимания "избыточной массы тела" как комплексной медико-социальной и психологической проблемы. Источниками поиска интеллектуальных данных послужили англоязычная база научного цитирования Scopus, российская научная электронная библиотека "КиберЛенинка". В ходе исследования применялись социологический (онлайн-анкетирование) и аналитический (интерпретация результатов исследований) методы. Эмпирической базой стало оригинальное социологическое исследование студенческой молодежи в возрасте от 18 до 35 лет, проведенное в ноябре 2023г в 7 вузах и 8 колледжах Саратовского региона; совокупный объем выборки по всем этапам исследования составил 4 852 человека.

Результаты. Подтверждено, что молодежь хорошо осведомлена о существовании проблемы ИзбМТ (81,6%), которая детерминирована неправильным образом жизни (81,1%), нежеланием следить за своим весом (66,5%), большим количеством предлагаемого и доступного фаст-фуда и напитков (55,5%). К ИзбМТ приводят переедание (80,6%), наличие стрессов и сильных психологических нагрузок (75,8%), пивной алкоголизм (67,7%) и эндокринные заболевания (53,1%). Причинами, заставляющими человека следить за массой тела, стали возможные проблемы со здоровьем (83,1%) и потеря внешней привлекательности (63,8%).

Заключение. Наличие у современной студенческой молодежи теоретических знаний о потенциальных медико-социальных проблемах и рисках, возникающих в результате ИзбМТ и/или ожирения, не являются гарантией здорового образа жизни как ежедневной практики. Это, вероятнее всего, связано с осознанным выбором.

Ключевые слова: здоровый образ жизни, избыточная масса тела, ожирение, студенческая молодежь, поведенческие факторы риска, социальные и профессиональные барьеры.

Отношения и деятельность: нет.

Для цитирования: Склярова Т.В., Яхина Р.Р. Избыточная масса тела: причины и последствия (по результатам социологического исследования студенческой молодежи). *Первичная медико-санитарная помощь*. 2024;1(2):38-44. doi: 10.15829/3034-4123-2024-21. EDN OWOOBG

Склярова Т. В.^{1,2*},
Яхина Р. Р.²

¹ФГБОУ ВО "Саратовский государственный технический университет им. Гагарина Ю. А.", Саратов, Российская Федерация

²ГУЗ "Саратовский областной центр общественного здоровья и медицинской профилактики", Саратов, Российская Федерация

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

Поступила: 20.09.2024
Получена рецензия: 01.11.2024
Принята: 22.11.2024



Scientific novelty

Original article

Excess body weight: causes and consequences (data from the sociological study of students)

Aim. To study the attitude of young people to excess body weight (EBW), its causes and consequences, as well as the level of readiness to maintain normal body weight.

Material and methods. The article analyzes publications and studies on excess body weight as a complex medical, social and psychological problem. The following databases were used: Scopus, CyberLeninka. The study used sociological (online questionnaire) and analytical (interpretation of research data) methods. The empirical basis was an original sociological study of students aged 18 to 35 years, conducted in November 2023 in 7 universities and 8 colleges of the Saratov region. The total sample size for all study stages was 4852 people.

Results. Young people are well aware of the problem of excess weight (81,6%), which is determined by an unhealthy lifestyle (81,1%), unwillingness to monitor weight (66,5%), a large amount of offered and available fast food and drinks (55,5%). Excess weight is caused by overeating (80,6%), stress (75,8%), beer alcoholism (67,7%) and endocrine diseases (53,1%). The reasons forcing a person to monitor body weight were possible health problems (83,1%) and loss of physical attractiveness (63,8%).

Conclusion. The theoretical knowledge of modern students about potential medical and social problems and risks of EBW and/or obesity does not guarantee a healthy lifestyle as a daily practice. This is most likely due to a conscious choice.

Keywords: healthy lifestyle, overweight, obesity, student youth, behavioral risk factors, social and professional barriers.

Relationship and Activities: none.

For citation: Skliarova T. V., Yakhina R. R. Excess body weight: causes and consequences (data from the sociological study of students). *Primary Health Care (Russian Federation)*. 2024;1(2):38-44. doi: 10.15829/3034-4123-2024-21. EDN OWOOBG

Skliarova T. V.^{1,2*},
Yakhina R. R.²

¹Gagarin State Technical University,
Saratov, Russian Federation

²Saratov Regional Center for Public
Health and Medical Prevention,
Saratov, Russian Federation

*Corresponding author:
skliarovatv@gmail.com

Received: 20.09.2024

Revision received: 01.11.2024

Accepted: 22.11.2024



ЗОЖ — здоровый образ жизни, ИзБМТ — избыточная масса тела, ИМТ — индекс массы тела, МТ — масса тела.

Ключевые моменты

Что известно о предмете исследования?

- Распространение избыточной массы тела и ожирения является глобальной проблемой, касающейся как взрослого населения, так и детей и подростков в возрасте от 5 до 19 лет.
- Поиск механизмов решения проблемы нуждается в комплексном подходе, затрагивающем медицинские, экономические и социально-психологические аспекты.

Что добавляют результаты исследования?

- Расширено представление об отношении молодежи к избыточной массе тела, определена степень влияния массы тела на индивидуальные, социальные и профессиональные качества человека.
- Результаты исследования свидетельствуют о необходимости поиска новых тактик влияния и форматов убеждения.

Key messages

What is already known about the subject?

- The spread of overweight and obesity is a global problem affecting both the adult population and children and adolescents aged 5 to 19 years.
- The search for problem solutions requires an integrated approach that covers medical, economic and socio-psychological aspects.

What might this study add?

- The understanding of the attitude of young people to overweight has been expanded, and the influence of body weight on individual, social and professional skills of a person has been determined.
- The study results indicate the need to search for new strategies of influence and persuasion.

Введение

Традиционно решение задач по укреплению и сохранению здоровья рассматривается через призму формирования практик самосохранительного поведения и генерации у населения установок здорового образа жизни (ЗОЖ). Их важнейшие компоненты — правильное питание и поддержание массы тела (МТ) в норме, предотвращающие ожирение. Являясь фактором риска развития многих хронических неинфекционных заболеваний, в т.ч. рака, сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета 2 типа, ожирение весомо снижает качество жизни населения. Существующие исследования демонстрируют не только закономерность развития медицинских последствий, но и постоянное увеличение расходов на здравоохранение и повышение нагрузки на социальную политику.

Вопросы распространенности избыточной массы тела (ИзбМТ) и ожирения официально поставлены в повестку дня международных и национальных систем здравоохранения, т.к. речь идет о сохранении человеческого потенциала¹ [1, 2]. К сожалению, прогнозы неутешительны: по данным Всемирной организации здравоохранения, в 2022г ожирение было зафиксировано у каждого восьмого человека в мире; ИзбМТ имели 2,5 млрд взрослых людей в возрасте ≥ 18 лет.

¹ Мировая статистика здравоохранения, 2020 г: мониторинг показателей здоровья в отношении ЦР, целей в области устойчивого развития. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2020. (30.08.2024).

Особую озабоченность ученых вызывает рост количества детей и подростков, страдающих от ожирения: в 2022г ИзбМТ имели >390 млн человек в возрасте от 5 до 19 лет; из них 160 млн страдали ожирением². Это свидетельствует о чрезмерной актуальности проблемы и необходимости поиска эффективного решения, касающегося комплекса стратегий.

Изучение данной проблемы не является сугубо медицинской прерогативой, поскольку затрагивает не только физические и антропометрические изменения [3-8]. В орбиту исследовательских интересов входят также социально-психологические и экономические аспекты: удовлетворенность качеством жизни [9, 10], самооценка [11-14].

В рамках настоящей статьи повышенный интерес авторов направлен на изучение вопроса сохранения и контроля МТ у студенческой молодежи. Данная когорта в структуре населения имеет особый статус, поскольку рассматривается не только как социально-активная группа, но и как агент социализации для будущих поколений, инкорпорирующая накопленный социальный капитал — здоровье [15]. Вот почему необходимо изучать имеющиеся у молодежи практики сохранения и поддержания веса в норме, выступающего дeterminантой здоровья, а также искать эффектив-

² ВОЗ: Ожирение и избыточная масса тела. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> (22.11.2024)

ные пути и механизмы формирования повседневных установок и стилей ЗОЖ.

Целью исследования стало изучение отношения молодежи к проблеме ИзбМТ, причинах ее появления и медико-социальных последствиях, а также уровня осознанной готовности к поддержанию МТ в норме.

В качестве рабочей гипотезы авторы предположили, что сохранение и поддержание МТ в норме для современного человека представляет собой диахотомический процесс "правильно — неправильно". Иными словами, с одной стороны, есть знания и установки на медицинскую и эстетическую нормативность тела, декларируемые в медиапространстве и профессиональной медицинской среде. С другой стороны, ежедневные выборы и действия, приводящие к ИзбМТ/ожирению и другим заболеваниям.

В задачи научной работы входили проведение социологического опроса (онлайн-анкетирование); анализ и интерпретация полученных данных; разработка рекомендаций и предложений. Социологический опрос включал изучение медико-социальных факторов, влияющих на ИзбМТ и способствующих развитию хронических заболеваний; выявление социальных и профессиональных барьеров, связанных с ИзбМТ; установку наиболее популярных стратегий поддержания МТ в норме.

Материал и методы

Проверка гипотезы и решение заявленных задач осуществлялись с помощью проведенного в ноябре 2023г ГУЗ "Саратовский областной центр общественного здоровья и медицинской профилактики" онлайн-анкетирования молодежи, в котором принимали участие 4 852 студента 7 вузов и 8 колледжей Саратовской области. Все образовательные учреждения входят в региональный сетевой медико-социальный проект "#ЗОЖМОЛОДЁЖЬ", в рамках которого проводятся регулярные масштабные социологические исследования студенческой молодежи, медицинские скрининговые обследования студентов, тиражируется информационный материал, касающийся сохранения и укрепления здоровья (статьи, информационные и графические материалы, результаты социологических исследований студенческой молодежи и пр.) [16].

При разработке авторского инструментария и проведении опроса не нарушались требования этики гуманитарных исследований, валидация анкеты не проводилась [17]. Опрос охватывал две группы студенческой молодежи — студентов 7 вузов ($n=2\ 277$) и студентов 8 колледжей >18 лет ($n=2\ 575$), всего 4 852 человек. Расхождение мнений при ответах на вопросы, как и в первом случае, варьировалось в пределах $\pm 5\%$ и не повлияло на принципиальные различия во мнениях.

Всего в онлайн-анкетировании приняли участие студенты технического, аграрного и классического университетов, академии управления, юридической академии, консерватории, профильных вузов, колледжей. Возрастные группы были разбиты на 4 категории: 18-20 лет ($n=4\ 173$), 21-25 лет ($n=541$), 26-30 лет ($n=115$), 31-35 лет ($n=23$). Средний возраст опрошенных студентов составил 19,6 года. Студенты вузов были представлены 66% девушек и 34% юношей; студенты колледжей — 57% девушек и 43% юношей. В данном опросе также принимали участие студенты-медицины ($n=547$), результаты ответов которых практически были идентичны мнениям остальных респондентов.

Структура анкеты: социально-демографическая информация (пол, возраст, образовательное учреждение) и 5 блоков вопросов, направленных на определение степени важности проблемы лишнего веса для современного общества, уровня самооценки, выявление причин нарушения веса и стратегиях его контроля, существование социальных барьеров. Аналогично опроснику по правильному питанию, в 20 предложенных вопросов входили 9 вопросов с выбором одного из альтернативных вариантов, 10 вопросов содержали множественный выбор альтернативных вариантов, вопрос № 20 подразумевал оценку по 5-балльной шкале регулярности различных действий в предложенных ситуациях (где 5 — "использую всегда", 1 — "никогда не использую").

Теоретическими основами работы стали классическая теория социального действия М. Вебера³ [18], в рамках которой объясняется социальное поведение молодежи, обусловленное (зачастую) привычками/обычаями; социальное пространство и формы капитала П. Бурдье [15], помогающие рассматривать понятие ЗОЖ через призму инкорпорированного состояния; взгляды Дж. С. Милля⁴ [19], позволяющие рассуждать о возможности и целесообразности ограничения свободы выбора индивида в вопросах здоровья, питания, поддержания МТ в норме.

Результаты

В ходе онлайн-опроса мы выяснили, что проблема ИзбМТ/ожирения существует (81,6%) и касается всех, независимо от пола и возраста (84%). Наиболее известный способ определения лишнего веса — индекс массы тела (ИМТ) (79,9%) и внешние признаки (52,2%). При этом свой ИМТ знают 50,9% опрошенных студентов. Появление ИзбМТ респонденты связывают с неправильным образом жизни (81,1%), нежеланием людей следить за собой

³ Вебер М. Основные социологические понятия. Пер. с нем. М. И. Левиной. Вебер М. Избранные произведения. М.: Прогресс, 1990. с. 808. ISBN: 5-01-001584-6.

⁴ О Свободе: Антология мировой либеральной мысли (I половины XX века). Пер. с англ. А. Н. Неведомского. М.: Прогресс-Традиция, 2000. сс. 288-392.

Таблица 1

Ежедневные привычки студенческой молодежи*

Варианты ситуации	Всегда (5) и очень часто (4)	Иногда (3)	Никогда (1) и почти никогда (2)
Для улучшения настроения я покупаю себе что-нибудь вкусное (пирожное/тортик/мороженое/шоколад)	39,7%	27,4%	32,9%
Для снятия стресса я занимаюсь физическими упражнениями (прогулки, фитнес, бег и др.)	39,0%	24,6%	36,4%
Я соблюдаю режим питания (принимаю пищу 3-5 раз в день)	38,6%	24,7%	36,7%
Я слежу за соотношением белки-жиры-углеводы и количеством калорий	20,7%	19,8%	59,5%

Примечание: * — процентные данные рассчитывались от общего количества участников опроса.

(66,5%) и большим количеством предлагаемого и доступного фаст-фуда (55,5%). Доминирующими ассоциациями стройного человека для студенческой молодежи выступили такие определения, как "здоровый" (52,8%) и "активный" (44%).

На вопрос № 6 "Какие нарушения здоровья, по Вашему мнению, приводят к избыточной массе тела? (можно выбрать несколько вариантов ответов)", где предлагались 10 альтернативных вариантов ответов с множественным выбором, максимальным количеством ответов респондентов были отмечены переедание (80,6%), наличие стрессов и сильных психологических нагрузок (75,8%), пивной алкоголизм (67,7%) и эндокринные заболевания (53,1%). Аналогичным способом оценивался вопрос № 7 "Какие привычки могут привести к увеличению массы тела? (можно выбрать несколько вариантов ответов)". Из 9 вариантов ответов самыми вредными привычками отмечены низкая физическая активность (79,0%), постоянное переедание (78,7%) и регулярное употребление фаст-фуда (70,6%), нарушение режима дня (68,4%) и регулярное употребление высококалорийной пищи (67,0%).

Преобладающим мотиватором поддержания МТ в норме для молодежи стали желание быть здоровым (80,3%) и довольным собой (75,5%). Весомым потенциальным риском, заставляющим человека следить за МТ, стали проблемы со здоровьем (83,1%) и потеря внешней привлекательности (63,8%). Именно эти риски рассматриваются студентами как создающие серьезные социальные барьеры в личной жизни (здравье, физическая активность, самооценка), но не в профессиональной сфере (трудоустройство и карьерный рост). Более половины наших респондентов (55,4%) считают, что МТ не зависит от финансового благополучия человека. В то же время оно позволяет чаще посещать фитнес-центр (80,3%), бассейн, спортивный зал (62,6%), пытаться более качественными и разнообразными продуктами (60,7%), а также дает возможность иметь личного диетолога (32,1%).

Поскольку в исследовании принимали участие будущие специалисты широкого спектра профессий, авторам стало интересно, для каких профессиональных групп величина ИМТ играет важную роль. Таким образом, мы смогли выявить существуют ли ожидания "потребителя услуг" от визуального образа специалиста? В результате было установлено, что контроль МТ как маркера профессиональной принадлежности применим, в первую очередь, к профессии фитнес-тренера (82,2%) и артиста (43,0%). Лишь 29,6% респондентов (в т.ч. 3,3% студентов-медиков) считают, что нормальная МТ важна для врача. Меньше всего ожидается наличие "стройной фигуры" от юристов (10,3%), педагогов (13,4%) и политиков (13,6%).

Опрос показал, что 28,9% наших респондентов не удовлетворены своим весом; из них 27,6% отместили, что имеют превышение веса; у 16,5% — недостаточный вес. Далее мы попросили респондентов уточнить критерии, по которым они решили, что есть отклонение от нормы. Так, из всех респондентов, отметивших наличие отклонений веса от нормы, 53,9% опирались на свои ощущения; 21,2% узнали об отклонении от близких или родственников; у 24,8% — есть заключение врача.

Студенты знают, что специалисты, к которым надо обратиться за помощью при нарушении МТ, — это диетолог (76,3%) и эндокринолог (80,7%). Самостоятельно проблемы с весом будут решать 12,1% респондентов; 5,7% респондентов не знают, к кому обращаться за помощью.

Лидирующими стратегиями поддержания веса в норме для современных студентов стали употребление контролируемого объема пищи (52,4%) и регулярное занятие спортом (42,3%). Вторая группа стратегий — ограничение употребления спиртных напитков (28,9%) и контроль калорийности пищи (26,3%).

Завершая опрос, мы попросили респондентов оценить свои стратегии поведения по 5-балльной шкале (5 — "использую всегда", 1 — "никогда не использую") в 4 предложенных ситуациях. Данный

вопрос выступал как проверочный, помогающий оценить соотношение реальных действий и теоретических установок, т.е. наличие цепочки "знаю — понимаю — делаю" (таблица 1). В итоге авторы выяснили, что 39,7% студентов "радуют и поддерживают" себя быстрыми углеводами; зная о пользе физической нагрузки, помогающей снимать стресс, лишь 39,0% студентов используют это на практике; 38,6% — соблюдают режим дня; 20,7% студентов следят за соотношением белков, жиров и углеводов и количеством калорий.

Обсуждение

Настоящее исследование показало, что нормальный вес для респондентов является синонимом здоровья и активности и выступает важной ценностью. Это вполне перекликается с пониманием здоровья в трактовке аксиологического подхода (здравье — это непреходящая ценность, имеющая безусловные индивидуальные и общественные приоритеты) [20]. Так, например, было продемонстрировано устойчивое понимание роли и значения поддержания веса в норме, необходимого для сохранения здоровья и самоудовлетворения [12]. Именно потеря здоровья и внешней привлекательности оценивались как серьезные социальные барьеры, касающиеся личной жизни [14]. В то же время для современного человека ИзбМТ не ассоциируется с препятствиями в профессиональной сфере (трудоустройство и карьерный рост), а финансовое благополучие не является гарантией решения проблем с ИзбМТ у человека. Вместе с тем оно дает человеку дополнительные ресурсы и возможности для поддержания МТ в норме: позволяет чаще посещать различные спортивные сооружения (бассейн, фитнес-центр, спортивный зал) и пытаться более качественными и разнообразными продуктами.

Появление ИзбМТ, по мнению респондентов, чаще зависит от субъективных обстоятельств и связано с низкой степенью ответственности человека за свое здоровье — неправильным поведением (нарушениями принципов ЗОЖ и нежеланием их соблюдать). Любопытным оказалось то, что одновременно с осуждением такого выбора в отношении других (позиция теоретических установок), респонденты допускают ряд отклонений в отношении себя (позиция конкретных действий). Ответы на последний вопрос о реальном повседневном укладе молодежи показали, что студенты активно употребляют быстрые углеводы, не соблюдают режим дня, не следят за соотношением белки-жиры-углеводы и количеством калорий. Иными словами, теоретические знания о "правильном" остаются лишь намерениями, не подтвержденными реальными действиями. Таким образом, была подтверждена гипотеза о дихотомичности отношений к ЗОЖ.

Дискуссионным становится вопрос о допустимости принуждения или манипулирования человеком, даже для его же собственного блага, т.е. о праве человека на свободу выбора в отношении своего здоровья, несмотря на негативные последствия.

По мнению авторов статьи, рассуждения о свободе выбора интересны в контексте профессиональной принадлежности (для каких профессий важно быть стройным/иметь нормальный вес). Выявленные в ходе исследования ожидания "потребителя услуг" от специалиста показали, что контроль МТ как маркера профессиональной принадлежности, как правило, применим к профессии фитнес-тренера и артиста. Низкий уровень требований к МТ предъявляется не только к юристам, политикам, но в т.ч. к педагогам и врачам. Это, по всей видимости, предполагает "свободу выбора" в вопросах внешнего облика в профессиях, которые должны формировать установки и воспитывать своим примером.

Заключение

Имеющийся образовательный потенциал молодежи, продемонстрировавшей уверенные знания в области поддержания МТ в норме, позволяет говорить о высокой эффективности социальной политики и информационно-просветительской работы медицинского сообщества (центров общественного здоровья, кабинетов профилактики и пр.). Однако теоретическое знание не является безусловной детерминантой для ежедневного выбора и образа жизни. Иными словами, активная патерналистская политика в вопросах сохранения здоровья сталкивается с самоопределением современного человека. Выбираемые стратегии образа жизни ориентированы на субъективное (личностное) представление о норме и, кроме того, не учитывают принадлежность к будущей профессии, в т.ч. социально-значимой (педагог, врач). Однако именно представители данных сфер профессиональной деятельности могут и должны выступать идеологами и духовными наставниками в вопросах сохранения и поддержания здоровья.

Решение данной ситуации нуждается в поиске новых тактик и форматов влияния и воздействия. Речь идет о коллaborации усилий медицинских организаций (например, центров общественного здоровья), профессиональных образовательных учреждений (вузов и колледжей) и "лидеров мнений" (медийных личностей, диетологов, нутрициологов) путем создания обязательного баннера на официальных сайтах и в официальных группах в социальных сетях вузов и колледжей.

В настоящее время уже создан подобный ресурс, являющийся профессиональной платформой по вопросам здоровья, — Интернет-портал

Минздрава России Takzdorovo.ru. На базе этого портала в оперативном режиме могут проводиться онлайн-консультации студенческой молодежи по вопросам ЗОЖ, учитывающие специфику будущей профессиональной деятельности студентов,

региональные особенности питания, традиции и индивидуальные потребности человека. Кроме того, это позволит значительно расширить охват аудитории и минимизировать влияние непрофессионального контента.

Литература/References

1. Zubkova TS, Zamiatnina ES, Khalturina DA. The system of indicators of behavioral risk factors in Russia at the national and regional levels. *Public Health*. 2021;1(4):56-67. (In Russ.) Зубкова Т.С., Замятнина Е.С., Халтурина Д.А. Система индикаторов поведенческих факторов риска России на национальном и региональном уровнях. *Общественное здоровье*. 2021;1(4):56-67. doi:10.21045/2782-1676-2021-1-4-56-67.
2. Drapkina OM, Samorodskaya IV, Starinskaya MA, et al. *Obesity: assessment and tactics of patient management*. Collective monograph. M.: FGCU "NMITS TPM" Minzdrava Rossii; OOO "Silitseya-Poligraf", 2021. p. 174. (In Russ.) Драпкина О.М., Самородская И.В., Старинская М.А. и др. *Ожирение: оценка и тактика ведения пациентов*. Коллективная монография. М.: ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России; ООО "Силицея-Полиграф", 2021. с. 174. ISBN: 978-5-9907556-0-4.
3. Aistov AV, Aleksandrova EA, Garipova FG. Dynamics of body mass index of Russian men and women: age-period-period-cohort. *Demograficheskoe Obozrenie*. 2021;8(1):44-80. (In Russ.) Аистов А.В., Александрова Е.А., Гарипова Ф.Г. Динамика индекса массы тела российских мужчин и женщин: возраст-период-когорта. *Демографическое обозрение*. 2021;8(1):44-80. doi:10.17323/demreview.v8i1.12393.
4. Devriishov RD, Skobliina NA. Body mass index in astrakhan schoolchildren. *Journal of New Medical Technologies*, e-edition. 2022;6:52-4. (In Russ.) Девришов Р.Д., Скоблина Н.А. Индекс массы тела у астраханских школьников. *Вестник новых медицинских технологий*. Электронное издание. 2022;6:52-4. doi:10.24412/2075-4094-2022-6-2-1.
5. Gureev SA, Mingazova EN. Features of the main anthropometric indicators of physical development of students. *Manager Zdravooхранения*. 2022;4:45-9. (In Russ.) Гуреев С.А., Мингазова Е.Н. Особенности основных антропометрических показателей физического развития студентов. *Менеджер здравоохранения*. 2022; 4:45-9. doi:10.21045/1811-0185-2022-4-45-49.
6. Zakharov MB, Romanova AN. Anthropometric indices of female persons. *Uchenye zapiski Krymskogo federal'nogo universiteta imeni V.I. Vernadskogo Biologiya. Khimiya*. 2023;9(75):112-8. (In Russ.) Захаров М.Б., Романова А.Н. Антропометрические показатели лиц женского пола. *Ученые записки Крымского федерального университета имени В.И. Вернадского Биология. Химия*. 2023;9(75):112-8. doi:10.29039/2413-1725-2023-9-1-112-118.
7. Levushkin SP, Zhukov OF, Fedotov DM, et al. Dynamics of the body mass index among schoolchildren in the Moscow region in 2000-2020. *Theory and Practice of Physical Culture*. 2023;8:108-10. (In Russ.) Левушкин С.П., Жуков О.Ф., Федотов Д.М. и др. Динамика показателей индекса массы тела у школьников московского региона в 2000-2020гг. *Теория и практика физической культуры*. 2023;8:108-10.
8. Ivanov DO, Uspensky YP, Baryshnikova NV, et al. The study about prevalence of overweight and obesity among schoolchildren in Saint Petersburg. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2022;198(2):12-20. (In Russ.) Иванов Д.О., Успенский Ю.П., Барышникова Н.В. и др. Увеличение с возрастом доли лиц с избыточной массой тела у жителей Санкт-Петербурга. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2022;198(2):12-20. doi:10.31146/1682-8658-ecg-198-2-12-20.
9. Frolova OA, Tafeeva EA, Lyadova IV. Body mass index as an indicator forming the quality of life of women of working age. *Meditina truda i promyshlennaya ekologiya*. 2019;59(9):796-7. (In Russ.) Фролова О.А., Таффеева Е.А., Лядова И.В. Индекс массы тела как показатель, формирующий качество жизни женщин трудоспособного возраста. *Медицина труда и промышленная экология*. 2019;59(9):796-7. doi:10.31089/1026-9428-2019-59-9-796-797.
10. Gromova DB, Khorkina NA. The relationship between body mass index and life satisfaction of adult Russians. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya* [serial online]. 2023;69(1):5. (In Russ.) Громова Д.Б., Хоркина Н.А. Взаимосвязь индекса массы тела и удовлетворенности жизнью взрослых россиян. Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание]. 2023;69(1):5. doi:10.21045/2071-5021-2023-69-1-5.
11. Bray I, Slater A, Lewis-Smith H, et al. Promoting positive body image and tackling overweight/obesity in children and adolescents: A combined health psychology and public health approach. *Preventive Medicine*. 2018;116:219-21. doi:10.1016/j.ypmed.2018.08.011.
12. Antonova N L, Abramova S B, Lopatina VR. Healthy body as a normative model in the perceptions of student youth. *Obrazovanie i nauka = The Education and Science Journal*. 2023;25(5):155-75. (In Russ.) Антонова Н.Л., Абрамова С.Б., Лопатина В.Р. Здоровое тело как нормативная модель в представлениях студенческой молодежи. *Образование и наука*. 2023;25(5):155-75. doi:10.17853/1994-5639-2023-5-155-175.
13. Faustova AG, Yakovleva NV. Predictors of situational body dissatisfaction with the in young women with various body mass index. *Science of the young (Eruditio Juvenium)*. 2018;6(4):493-501. (In Russ.) Фаустова А.Г., Яковлева Н.В. Предикторы ситуативной неудовлетворенности телом у девушек с разным индексом массы тела. *Наука молодых (Eruditio Juvenium)*. 2018;6(4):493-501. doi:10.23888/HMJ201864493-501.
14. Yetumyan LA, Komorova NE. The specifics of self-body image perception and self-conception in women with different body mass indexes. *Innovative science: psychology, pedagogy, defectology*, 2024;7(1):105-13. (In Russ.) Етумян Л.А., Коморова Н.Е. Особенности восприятия образа собственного тела и самоотношения у женщин с различным индексом массы тела. *Иновационная наука: Психология. Педагогика. Дефектология*. 2024;7(1):105-13. doi:10.23947/2658-7165-2024-7-1-105-113.
15. Bourdieu P. Forms of capital. *Ekonicheskaya sotsiologiya=Journal of Economic Sociology*. 2002;3(5):60-74. (In Russ.) Бурдье П. Формы капитала. *Экономическая социология*. 2002;3(5):60-74.
16. Skliarova TV, Yakhina RR, Kurlova EB. Competence of HLS: new practices of formation (experience of the regional network medical and social project). *Public Health*. 2023;3(1):51-60. (In Russ.) Склиярова Т.В., Яхина Р.Р., Курлова Е.Б. Компетенции ЗОЖ: новые практики формирования (опыт регионального сетевого медико-социального проекта). *Общественное здоровье*. 2023;3(1):51-60. doi:10.21045/2782-1676-2023-3-1-51-60.
17. Abramov RN, Bykov AV. Professional ethics as an object of sociological research: between sociology of morals and sociology of professions. *RUDN Journal of Sociology*. 2018;18(4):747-64. (In Russ.) Абрамов Р.Н., Быков А.В. Профессиональная этика как объект социологического исследования: между социологией морали и социологией профессий. *Вестник РУДН. Серия: Социология*. 2018;18(4):747-64.
18. Kravchenko EI. Theory of social action: from M. Weber to phenomenologists. *Sotsiologicheskii zhurnal=Sociological Journal*. 2001;3:121-41. (In Russ.) Кравченко Е.И. Теория социального действия: от М. Вебера к феноменологам. *Социологический журнал*. 2001;3:121-41.
19. Steele M, Mialon M, Browne S, et al. Obesity, public health ethics and the nanny state. *Ethics, Medicine and Public Health*. 2021;19:2352-5525. doi:10.1016/j.emep.2021.100724.
20. Izutkin DA. Dialectics of interrelation of public and individual health. *Public Health*. 2021;1(3):5-12. (In Russ.) Изуткин Д.А. Диалектика взаимосвязи общественного и индивидуального здоровья. *Общественное здоровье*. 2021;1(3):5-12. doi:10.21045/2782-1676-2021-1-3-5-12.

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

Склиярова Т.В. — к.социол.н., доцент кафедры политологии и социологии, социолог, ORCID: 0000-0001-5786-1352;

Яхина Р.Р. — главный врач, главный внештатный специалист по медицинской профилактике министерства здравоохранения Саратовской области, ORCID: 0009-0005-8577-974X.

Подходы к лечению никотиновой зависимости с учетом нейробиологических аспектов патогенеза. Обзор литературы

Цель. Провести анализ современных исследований, описывающих наиболее эффективные терапевтические подходы к лечению никотиновой зависимости путем обобщения данных о перспективных методах и стратегиях их применения.

Материал и методы. Применен метод обобщения данных научных исследований, в которых были проанализированы особенности патогенеза никотиновой зависимости на нейробиологическом уровне и возможные пути решения этой проблемы. Поиск осуществлялся с учетом морфологических форм семантических единиц "никотин", "нейропинг", "эпигенетика" и словосочетаний "никотиновая зависимость", "никотин-заместительная терапия", "электронные системы доставки никотина" в названиях публикаций, аннотациях, ключевых словах статей в журналах, опубликованных в период с 01.01.2020 по 01.10.2024 и размещенных в отечественных и зарубежных электронных библиографических базах данных: PubMed, Cochrane Library, eLIBRARY. На втором этапе полученные публикации оценивались согласно критериям включения и невключения. На заключительном этапе проводилось подробное изучение найденных публикаций в составленной выборке на предмет новых механизмов формирования никотиновой зависимости и возможных методов лечения.

Результаты. Показано, что в научных публикациях, размещенных и обобщенных в отечественных и зарубежных электронных библиографических базах данных, особое внимание уделено молекулярно-генетическим механизмам, ведущим к формированию нейроадаптации и развитию заболевания, а также предложен новый возможный способ решения проблемы — метод неинвазивной стимуляции мозга.

Заключение. Обобщены фактические данные о патогенезе никотиновой зависимости, свидетельствующие о том, что в настоящее время активно обсуждается участие молекулярно-генетических механизмов формирования никотиновой зависимости, уделяется внимание нейроадаптации. Необходимо проведение дополнительных исследований для анализа новой терапевтической тактики, подразумевающей неинвазивную стимуляцию мозга.

Ключевые слова: табакокурение, никотиновая зависимость, эпигенетика, миРНК, никотин-заместительная терапия, неинвазивная стимуляция мозга.

Отношения и деятельность: нет.

Для цитирования: Собко Е.А., Гордеева Н.В., Мамаева М.Г., Быханова Е.А., Демко И.В. Подходы к лечению никотиновой зависимости с учетом нейробиологических аспектов патогенеза. Обзор литературы. Первичная медико-санитарная помощь. 2024;1(2):45-52. doi: 10.15829/3034-4123-2024-26. EDN BOHDDD

Собко Е. А.^{1,2},
Гордеева Н. В.^{1,2*},
Мамаева М. Г.^{1,2},
Быханова Е. А.¹,
Демко И. В.^{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):
natagorday@yandex.ru

Поступила: 23.10.2024
Получена рецензия: 16.12.2024
Принята: 18.12.2024



Analysis of modern data

Review

Approaches to nicotine addiction treatment taking into account the neurobiological aspects of pathogenesis. Literature review

Aim. To analyze modern studies on most effective therapeutic approaches to the treatment of nicotine addiction by generalizing data on promising methods and strategies for their use.

Material and methods. The data from studies was generalized, in which the neurobiological pathogenesis of nicotine addiction and possible ways to solve this problem were analyzed. The search was carried out using the following keywords: "nicotine", "vaping", "epigenetics", "nicotine addiction", "nicotine replacement therapy", "electronic nicotine delivery systems" in the titles of publications, abstracts, keywords of articles in journals published in the period from January 1 2020 to October 1, 2024 and posted in following electronic bibliographic databases: PubMed, Cochrane Library, eLIBRARY. At the second stage, the received publications were evaluated according to the inclusion and exclusion criteria. At the final stage, a detailed study of the found publications in the compiled sample was carried out for new mechanisms of nicotine addiction formation and possible treatment methods.

Results. In publications posted and summarized in the above electronic bibliographic databases, special attention is paid to the molecular genetic mechanisms leading to neural adaptation and disease development. A new possible way to solve the problem is proposed — non-invasive brain stimulation.

Conclusion. The factual data on the pathogenesis of nicotine addiction are summarized, indicating that the participation of molecular genetic mechanisms in nicotine addiction is currently being actively discussed. Special attention is paid to neuroadaptation. Additional research is needed to analyze novel therapeutic tactics that involve non-invasive brain stimulation.

Keywords: smoking, nicotine addiction, epigenetics, microRNA, nicotine replacement therapy, non-invasive brain stimulation.

Relationship and Activities: none.

For citation: Sobko E. A., Gordeeva N. V., Mamaeva M. G., Bykhanova E. A., Demko I. V. Approaches to nicotine addiction treatment taking into account the neurobiological aspects of pathogenesis. Literature review. *Primary Health Care (Russian Federation)*. 2024;1(2):45-52. doi: 10.15829/3034-4123-2024-26. EDN BOHDD

Sobko E. A.^{1,2},
Gordeeva N. V.^{1,2*},
Mamaeva M. G.^{1,2},
Bykhanova E. A.¹,
Demko I. V.^{1,2}

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

²Regional Clinical Hospital, Krasnoyarsk, Russian Federation

*Corresponding author:
natagorday@yandex.ru

Received: 23.10.2024
Revision received: 16.12.2024
Accepted: 18.12.2024



НЗТ — никотин-заместительная терапия, ПАВ — психоактивное вещество, РНК — рибонуклеиновая кислота, ЭСДН — электронные системы доставки никотина, nAChR — нейрональные никотиновые ацетилхолиновые рецепторы.

Ключевые моменты

Что известно о предмете исследования?

- Курение, в т.ч. с использованием электронных систем доставки никотина, является не только пагубной привычкой, но и формой зависимости.
- Никотиновая зависимость осложняет контроль уже имеющихся хронических неинфекционных заболеваний, в частности болезней органов дыхания.

Что добавляют результаты исследования?

- Проанализированы нейробиологические механизмы никотиновой зависимости, включая роль молекулярно-генетических и эпигенетических изменений.
- Выделены ключевые методики лечения, включая никотин-заместительную терапию, фармакологические подходы (варениклин, цитизин) и перспективные нелекарственные методы.
- Сделан акцент на необходимости дальнейших исследований для повышения эффективности существующих подходов и разработки новых стратегий.

Key messages

What is already known about the subject?

- Smoking, including using electronic nicotine delivery systems, is not only a bad habit, but also a form of addiction.
- Nicotine addiction complicates the control of existing noncommunicable diseases, in particular respiratory diseases.

What might this study add?

- The neurobiological mechanisms of nicotine addiction are analyzed, including the role of molecular genetic and epigenetic changes.
- Key treatment methods are highlighted, including nicotine replacement therapy, pharmacological approaches (varenicline, cytisine) and promising non-drug methods.
- Focus is on the need for further research to improve the effectiveness of existing approaches and develop novel strategies.

Введение

Курение — не только вредная привычка, но и форма зависимости, которая остается серьезной проблемой современного общества. Табакокурение признано основной причиной предотвратимых заболеваний и смерти во всем мире. По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно от потребления табака умирает >8 млн человек, в т.ч. 1,3 млн некурящих, подверженных воздействию вторичного табачного дыма¹. В России, несмотря на бесспорные достижения антитабачной политики [1], курение остается существенной проблемой общественного здоровья, внося наибольший вклад в развитие заболеваний, являющихся причиной преждевременной смерти и составляющих 87% в структуре смертности населения России².

Продукты сгорания табачного дыма содержат множество токсичных веществ. Эти вещества оказывают пагубное влияние на организм человека, изменения как клеточно-опосредованные,

так и гуморальные реакции иммунной системы. Они влияют на выработку цитокинов и эфекторную функцию как врожденных иммунных клеток (дendритные клетки, макрофаги и естественные клетки-киллеры), так и адаптивных иммунных клеток, таких как цитотоксические CD8+ Т-клетки, CD4+ Th-клетки, регуляторные Т-клетки и В-клетки, что приводит к провоспалительным реакциям и/или дисфункции иммунных клеток [2].

Курение является основным фактором риска хронической обструктивной болезни легких³. Larsson SC и Burgess S путем менделевской рандомизации провели метаанализ результатов множества исследований и показали, что генетическая предрасположенность к курению связана с повышенным риском 13 заболеваний системы кровообращения. Повышался риск возникновения заболеваний пищеварительной системы (дивертикулярная болезнь, желчнокаменная болезнь, гастроэзофагеальный рефлюкс, болезнь Крона, острый панкреатит, пародонтит), развития эпилепсии, некоторых заболеваний опорно-двигательного аппарата (переломы, остеоартроз,

¹ WHO Tobacco Dashboard [Internet]. July 31, 2023. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco> (22.10.2024).

² WHO. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2021: Addressing new and emerging products. WHO. 2021. <https://www.who.int/publications/item/9789240032095> (14.06.2024)

³ Российское респираторное общество. Клинические рекомендации по хронической обструктивной болезни легких. 2021. 91 с.

ревматоидный артрит). Выявлена связь с развитием эндокринных (синдром поликистозных яичников, сахарный диабет 2 типа) и глазных заболеваний (возрастная дегенерация желтого пятна, старческая катаракта), а также рака легких, головы и шеи, пищевода, поджелудочной железы, мочевого пузыря, почек, шейки матки и яичников и миелоидного лейкоза [3]. У некоторых людей табачный дым может также запускать механизмы интерстициального повреждения, которые приводят к различным патологическим изменениям и легочно-му фиброзу [4]. В исследовании Крапошиной А.Ю. и др. [5] курение упоминают как один из наиболее значимых факторов, препятствующих достижению контроля течения бронхиальной астмы. Отмечено, что у пациентов с тяжелой формой бронхиальной астмы курение способствует формированию нейтрофильного воспаления в дыхательных путях, которое может перекрывать воспаление эозинофильное, затрудняя эффективность противоэозинофильной терапии.

Основным компонентом табака и ведущей причиной, связанного с ним аддиктивного поведения, является никотин. Никотин — это психоактивное вещество (ПАВ), содержащееся в листьях табака. Во всем мире насчитывается >1 млрд курильщиков, что делает табак вторым по частоте использования ПАВ [6]. Помимо никотина, на привыкание к табаку могут влиять и другие компоненты, содержащиеся в сигаретах, такие как ароматизаторы и неникотиновые соединения [7].

В последнее время появилась тенденция к снижению традиционного курения, но возникла новая проблема: табачная промышленность стала продвигать электронные системы доставки никотина (ЭСДН) и нагреваемые табачные изделия [8]. Распространенность вейпинга обогнала обычные сигареты как наиболее частую форму потребления никотина среди 15-24-летних лиц, что подтверждается результатами одномоментного исследования ЭПОХА-РФ — выборочного опроса взрослого населения, проведенного в рамках выполнения приказа Минздрава России⁴ по утвержденной методике и направленного на мониторинг и оценку реализации мер антитабачной политики в России [9].

В исследовании Стадник Н.М. и др. [10] проведена оценка динамики распространенности потребления табачной и никотин-содержащей продукции в России в разрезе возраста, пола и регионов страны. Результаты исследования позволили выявить две противоположные тенденции: снижение распространенности потребления куритель-

ного табака и рост распространенности потребления электронных сигарет. Причем, если первое наблюдалось преимущественно среди мужчин, то рост распространенности потребления электронных сигарет был сопоставимым среди обоих полов. На рынке имеется большое количество как легальных, так и нелегальных продуктов и поставщиков, предлагающих >8 000 различных вкусов вейпа, чьи добавки не тестируются, не изучаются и не регулируются, а профиль безопасности и токсичности остается неизвестным [11].

Вейпинг не является "безопасной альтернативой" обычным сигаретам. Neczypor EW et al. (2022) сообщают, что на фоне применения ЭСДН происходит симпатическая активация сердечно-сосудистой системы, усиливается жесткость сосудов, возникает эндотелиальная дисфункция [12]. Имеются убедительные доказательства, демонстрирующие связь использования электронных сигарет с отравлением, ингаляционной токсичностью немедленного действия (включая судороги) и повреждением легких, связанным с использованием электронных сигарет или вейпинговых продуктов (EVALI-синдром), а также с неисправными устройствами, вызывающими травмы и ожоги. Доказательства относительно воздействия на другие клинические исходы (онкология, развитие, психическое и репродуктивное здоровье) недостаточны ввиду непродолжительного времени использования ЭСДН [13].

Цель обзора — анализ результатов современных исследований, описывающих наиболее эффективные терапевтические подходы к лечению никотиновой зависимости путем обобщения данных о перспективных методах и стратегиях их применения.

Материал и методы

Исследование проведено на основании научных материалов электронных баз данных PubMed, Cochrane Library, eLIBRARY.

Исследование последовательно реализовано в три взаимосвязанных и взаимообусловленных между собой этапа:

I. На первом этапе были определены проблематика, предмет, цель и задачи исследования, а также осуществлен поиск отечественных и зарубежных электронных библиографических баз и интернет-порталов, на которых размещено максимальное количество научных публикаций в открытом доступе. Такими источниками выбраны PubMed, Cochrane Library, eLIBRARY.

II. На втором этапе был сформирован поисковый запрос, включающий ключевые слова "никотин", "вейпинг", "эпигенетика". Поиск осуществлялся с учетом морфологических форм

⁴ Приказ Минздрава России от 15.11.16 №859н "Об утверждении методики проведения мониторинга и оценки эффективности реализации мероприятий, направленных на предотвращение воздействия окружающего табачного дыма и сокращение потребления табака". Зарегистрировано в Министерстве России 13.11.17 №45204.

словосочетания "никотиновая зависимость", "никотин-заместительная терапия", "электронные системы доставки никотина" в названиях публикаций, аннотациях, ключевых словах статей в журналах.

Критерии включения в исследование:

- научная публикация опубликована в период с 01 января 2020г по 01 октября 2024г;
- в научной публикации содержится семантическая единица "никотин", "вейпинг", "эпигенетика";
- полный текст научной публикации в исследуемых электронных базах данных доступен для просмотра.

Критерии невключения в-исследование:

- научная публикация не относится к указанному выше периоду;
- в научной публикации отсутствуют ключевые слова и словосочетания: "никотин", "вейпинг", "эпигенетика", "никотиновая зависимость", "никотин-заместительная терапия", "электронные системы доставки никотина";
- отсутствие полнотекстовых версий научных публикаций.

III. На третьем этапе проводилось подробное изучение найденных публикаций в составленной выборке на предмет новых механизмов формирования никотиновой зависимости и возможных методов лечения.

Результаты и обсуждение

В исследовании Rabat Y et al. (2021) представлены данные, свидетельствующие о функциональных и структурных изменениях головного мозга под воздействием никотина. Когда человек курит, никотин достигает мозга за 15 сек, активируются дофаминергические нейроны вентральной тегментальной области среднего мозга, что увеличивает высвобождение дофамина в прилежащем ядре. Острая реакция мозга на поступление никотина активирует префронтальную кору, таламус и зрительную систему, что приводит к закреплению поведенческих реакций. В итоге происходят изменения в выходных нейронах прилежащего ядра и префронтальной коры после сенсибилизации. Отмечается ремоделирование нейронных контактов и путей, известное как нейронная пластичность после длительного воздействия никотина [14].

Picciotto M и Kenny PJ (2021) в исследовании на мышах демонстрируют, что никотин действует в мозге через нейрональные никотиновые ацетилхолиновые рецепторы (nAChR). Эти рецепторы являются аллостерически регулируемыми лиганд- зависимыми ионными каналами, состоящими из 5-и трансмембранных субъединиц. Были клони-

рованы 6 α -субъединиц млекопитающих ($\alpha 2-\alpha 7$) и 3 β -субъединицы ($\beta 2-\beta 4$). Преобладающими подтипами nAChR в мозге млекопитающих являются те, которые содержат субъединицы $\alpha 4$ и $\beta 2$ (обозначаемые как nAChR $\alpha 4\beta 2^*$). Подтипы nAChR $\alpha 4\beta 2^*$ опосредуют многие формы поведения, связанные с никотиновой зависимостью, и становятся основными целями для одобренных средств для прекращения курения. Установлено, что у людей аллельная вариация в кластере генов субъединицы $\alpha 5/\alpha 3/\beta 4$ nAChR, расположенному в хромосомном регионе 15q25, значительно повышает риск развития табачной зависимости. Например, среди лиц европейского происхождения распространен одиннуклеотидный полиморфизм (SNP) в C *CHRNA5* (rs16969968). У пациентов, несущих один аллель гена, риск формирования табачной зависимости увеличивается на 30%, а у тех, кто несет два аллеля — риск повышается более чем вдвое. Кроме того, та же генетическая изменчивость в *CHRNA5* также является основным фактором риска развития рака легких и хронической обструктивной болезни легких у курильщиков. Помимо SNP rs16969968 в *CHRNA5*, существует повышенный риск табачной зависимости у лиц, имеющих SNP rs6495308, rs578776 или rs1051730 в *CHRNA3* и rs1948 в *CHRN4*) [15].

Под длительным воздействием никотина изменяется экспрессия генов, участвующих в формировании зависимости, а последовательность дезоксирибонуклеиновой кислоты остается той же. Эти изменения, вероятно, вызваны прямым связыванием никотина с nAChR в центральной нервной системе [16]. Зарубежные авторы показывают, что никотин увеличивает ацетилирование гистонов [17], снижает их репрессивное метилирование, индуцирует транскрипцию некодирующих рибонуклеиновых кислот (РНК) [18], широко регулирует метилирование дезоксирибонуклеиновой кислоты [19] в мозге.

За последние 15 лет ключевыми регуляторами экспрессии генов признаны различные виды РНК [16]. В исследовании Gould TJ (2023) показано, что никотин изменяет экспрессию микроРНК [20]. Hajiasgharzadeh K et al. (2023) представили полный обзор всех микроРНК, на которые влияет никотин [21]. Нарушение экспрессии микроРНК в свою очередь может приводить к изменениям в экспрессии генов, участвующих в формировании никотиновой зависимости [22].

Изменения, происходящие на фоне длительного потребления табака в структуре и функциях мозга, называют нейроадаптациями. Они нарушают работу мозга, а также приводят к переходу от контролируемого, эпизодического употребления веществ к хроническому злоупотреблению,

которое трудно контролировать. Более того, эти изменения мозга сохраняются долгое время после того, как человек прекращает употреблять ПАВ. Они могут вызывать постоянную, периодическую тягу к веществу, что может привести к рецидиву [23].

Примерно 70% курящих людей хотят бросить. Согласно различным исследованиям, без посторонней помощи только 5% курильщиков воздерживаются от курения в течение 6 мес., в то время как медицинское лечение приводит к показателям воздержания от 19 до 47% за этот период [24]. Эффективными методами лечения признаны как медикаментозные, так и немедикаментозные методы [25].

К современным немедикаментозным методам отказа от курения относятся: мотивация отказа от курения, выработка саногенного мышления и когнитивно-поведенческая терапия, т.к. часто основой желания начать употреблять никотин является эмоциональная проблема [26].

Не теряют актуальность медикаментозные методы борьбы с курением. Один из них — никотин-заместительная терапия (НЗТ). Резкое прекращение курения может вызвать симптомы отмены и сильную тягу, что усложняет процесс отказа от курения. Никотиновая абстиненция возникает, когда человек, курящий сигареты, резко прекращает их употребление. НЗТ предлагает контролируемый способ снижения никотиновой зависимости и постепенного управления этими эффектами. Использование НЗТ эффективно снижает тягу к курению сигарет, обеспечивая организм никотином с помощью более безопасного альтернативного метода. Никотин доступен в различных формах, включая пластыри, леденцы, ингаляторы, спреи и жевательную резинку. Эти альтернативы доставляют в организм контролируемую дозу никотина, схожую с количеством, получаемым из сигарет⁵.

С 2006г продолжает активно использоваться препарат Варениклин, который имеет такую же эффективность, как и НЗТ. Благодаря свойствам частичного агониста применение Варениклина соединено с более низким риском развития отмены по сравнению с другими препаратами, назначаемыми для отказа от курения⁶.

Не меньшую эффективность продемонстрировал Цитизинклин в рандомизированном клиническом исследовании, проведенном Courtney RJ et al. [27]. Цитизинклин — это алкалоид растительного происхождения, который селективно связы-

⁵ Sandhu A, Hosseini SA, Saadabadi A. Nicotine Replacement Therapy. StatPearls [Internet]. Nov 12, 2023. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493148/> (22.10.2024)

⁶ Singh D, Saadabadi A. Varenicline. StatPearls [Internet]. Oct 5, 2024. (22.10.2024)

вается с никотиновыми ацетилхолиновыми рецепторами $\alpha 4\beta 2$, опосредующими никотиновую зависимость [28].

В последнее время проводится исследование методов неинвазивной стимуляции мозга, таких как повторяющаяся транскраниальная магнитная стимуляция и транскраниальная стимуляция постоянным током. Эти методы уже опробованы для лечения других зависимостей, таких как алкоголизм, а также иных психиатрических заболеваний, например, депрессии или обсессивно-компульсивного расстройства. В 2020г Управление по контролю за продуктами и лекарствами выдало маркетинговое одобрение системам Brainway deep TMS в качестве средства для краткосрочного отказа от курения [29].

Неинвазивная стимуляция мозга может быть разнообразной по модальностям, а также по параметрам стимуляции и монтажу. В повторяющейся транскраниальной магнитной стимуляции магнитные поля индуцируют фокальные электрические токи косвенно и обеспечивают фокальную стимуляцию целевой области, чаще с высокой частотой (10 Гц) в префронтальную кору провокацией сигналом [30]. Усиленная дорсолатеральная активность префронтальной коры улучшает исполнительную функцию и когнитивный контроль, а также может увеличить выброс дофамина, что может уравновесить систему вознаграждения и помочь пациентам справиться с периодами отмены [31].

Остается неясным, можно ли сочетать эти методы с медикаментозным лечением резистентных курильщиков или это может быть альтернативой для пациентов, которые не переносят побочные эффекты лекарств. Также неизвестно, сохраняется ли продолжительность воздержания в течение длительного времени. Для ответа на эти вопросы необходимы полномасштабные рандомизированные контролируемые исследования с более длительным наблюдением [32, 33].

Заключение

Проанализировав литературу, можно сделать вывод, что никотиновая зависимость по-прежнему остается актуальной проблемой в мире. Изобретение ЭСДН не стало безопасной альтернативой курения, а, наоборот, спровоцировало увеличение численности населения с зависимостью и снизило средний возраст начала потребления никотина.

Особое внимание в проанализированных исследованиях уделяется роли эпигенетической регуляции, нейрональной пластичности и влиянию никотина на миРНК. Также нами освещена тема нейроадаптации в головном мозге, которая приводит к формированию хронического и прак-

тически неконтролируемого употребления никотина. Эта тема открывает новые перспективы для разработки методов терапии, таких как неинвазивная стимуляция мозга, которые требуют дальнейших рандомизированных исследований для оценки их долгосрочной эффективности.

Таким образом, актуальными направлениями остаются совершенствование методов отказа от курения, разработка новых подходов с учетом нейробиологических механизмов зависимости и интеграция инновационных технологий в терапевтическую практику.

Литература/References

1. Gambaryan MG, Kontsevaya AV, Popovich MV, et al. Assessment of the implementation of legislative restrictions on tobacco retailers and point-of-sale tobacco display bans based on a literature review and results from Russian tobacco control policy evaluation survey ЕРОХА-РФ. Russian Journal of Preventive Medicine. 2022;25(12):21-31. (In Russ.). Гамбарян М.Г., Концевая А.В., Попович М.В. и др. Оценка реализации законодательных мер по ограничению торговли табачной продукцией и ее демонстрации в пунктах продаж по результатам анализа литературы и репрезентативного опроса ЭРОХА-РФ. Профилактическая медицина. 2022;25(12):21-31. doi:10.17116/profmed20222512121.
2. Qiu F, Liang CL, Liu H, et al. Impacts of cigarette smoking on immune responsiveness: Up and down or upside down? Oncotarget. 2017;8(1):268-84. doi:10.18632/oncotarget.13613.
3. Larsson SC, Burgess S. Appraising the causal role of smoking in multiple diseases: A systematic review and meta-analysis of Mendelian randomization studies. EBioMedicine. 2022;82:104-54. doi:10.1016/j.ebiom.2022.104154.
4. Serrano Gotarredona MP, Navarro Herrero S, Gómez Izquierdo L, Rodríguez Portal JA. Smoking-related interstitial lung disease. Radiología. 2022;64(3):277-89. doi:10.1016/j.rxeng.2022.10.008.
5. 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.
6. Sansone L, Milani F, Fabrizi R, et al. Nicotine: From Discovery to Biological Effects. Int J Mol Sci. 2023;24(19):14570. doi:10.3390/ijms241914570.
7. Reitsma MB, Kendrick PJ, Ababneh E, et al. Spatial, Temporal, and Demographic Patterns in Prevalence of Smoking Tobacco Use and Attributable Disease Burden in 204 Countries and Territories, 1990-2019: A Systematic Analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet. 2021;397:2337-60. doi:10.1016/S0140-6736(21)01169-7.
8. Bravo-Gutiérrez OA, Falfán-Valencia R, Ramírez-Venegas A, et al. Lung Damage Caused by Heated Tobacco Products and Electronic Nicotine Delivery Systems: A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(8):4079. doi:10.3390/ijerph18084079.
9. Gambarian MG, Kalinina AM, Popovich MV, et al. The whole truth of Electronic cigarettes: the Russian reality. Part III. Support for legal regulations of Electronic cigarettes. Results from adult population representative survey ЕРОХА-РФ. Russian Journal of Preventive Medicine. 2020;23(1):23-34. (In Russ.). Гамбарян М.Г., Калинина А.М., Попович М.В. и др. Вся правда об электронных сигаретах: Российская реальность. Часть III. Поддержка законодательного регулирования электронных сигарет населением России. Результаты репрезентативного опроса взрослого населения ЭРОХА-РФ. Профилактическая медицина. 2020;23(1):23-34. doi:10.17116/profmed20202301123.
10. Stadnik NM, Nikitina SY, Sakhrova GM, et al. Prevalence of tobacco consumption in the Russian Federation: analysis of trends in 2019-2022. Demographic Review. 2024;11(1):37-60. (In Russ.). Стадник Н.М., Никитина С.Ю., Сахрова Г.М. и др. Распространенность потребления табачной и никотинсодержащей продукции в Российской Федерации: анализ тенденций в 2019-2022 гг. Демографическое обозрение. 2024;11(1):37-60. doi:10.17323/demrevew.v11i1.20931.
11. Tituana NY, Clavijo CG, Espinoza EF, et al. E-cigarette use-associated lung injury (EVALI). Pneumologie. 2024;78(1):58-69. doi:10.1055/a-2161-0105.
12. Neczypor EW, Mears MJ, Ghosh A, et al. E-Cigarettes and Cardiopulmonary Health: Review for Clinicians. Circulation. 2022;145(3):219-32. doi:10.1161/circulationaha.121.056777.
13. Banks E, Yazidjoglou A, Brown S, et al. Electronic cigarettes and health outcomes: umbrella and systematic review of the global evidence. Med J Aust. 2023;218(6):267-75. doi:10.5694/mja2.51890.
14. Rabat Y, Chanraud S, Abdallah M, et al. Precision preventive medicine of relapse in smoking cessation: can MRI inform the search of intermediate phenotypes? Biology. 2021;11:35. doi:10.3390/biology11010035.
15. Picciotto MR, Kenny PJ. Mechanisms of Nicotine Addiction. Cold Spring Harb Perspect Med. 2021;11(5):a039610. doi:10.1101/cshperspect.a039610.
16. Muenstermann C, Clemens KJ. Epigenetic mechanisms of nicotine dependence. Neurosci Biobehav Rev. 2024;156:a105505. doi:10.1016/j.neubiorev.2023.105505.
17. Pisera-Fuster A, Faillace MP, Bernabeu R. Pre-exposure to nicotine with nocturnal abstinence induces epigenetic changes that potentiate nicotine preference. Mol Neurobiol. 2020;57:1828-46. doi:10.1007/s12035-019-01843-y.
18. Youngson NA, Castino MR, Stuart A, et al. A role for a novel natural antisense-BDNF in the maintenance of nicotine-seeking. Addict Neurosci. 2022;2:a100010. doi:10.1016/j.addn.2022.100010.
19. Pisera-Fuster A, Zwiller J, Bernabeu R. Methionine supplementation abolishes nicotine-induced place preference in zebrafish: a behavioral and molecular analysis. Mol Neurobiol. 2021;58(6):2590-607. doi:10.1007/s12035-020-02260-2.
20. Gould TJ. Epigenetic and Long-Term Effects of Nicotine on Biology, Behavior, and Health. Pharmacol Res. 2023;192:a106741. doi:10.1016/j.phrs.2023.106741.
21. Hajasgharzadeh K, Naghipour B, Shahabi P, et al. The role of microRNAs in nicotine signaling. EXCLI J. 2023;22:433-50. doi:10.17179/excli2023-6096.
22. Bulygin KV, Beeraka NM, Saitgareeva AR, et al. Can miRNAs Be Considered as Diagnostic and Therapeutic Molecules in Ischemic Stroke Pathogenesis? Current Status. Int J Mol Sci. 2020;21(18):a6728. doi:10.3390/ijms21186728.
23. Rigotti NA, Kruse GR, Livingstone-Banks J, et al. Treatment of Tobacco Smoking: A Review. JAMA. 2022;327(6):566-77. doi:10.1001/jama.2022.0395.
24. Sazonova MS, Nesterova OV, Biryukova NV. Methods of getting rid of tobacco addiction. Tendencii razvitiya nauki i obrazovaniya. 2021;74(1):109-11. (In Russ.). Сазонова М.С., Нестерова О.В., Бирюкова Н.В. Методы избавления от табачной зависимости. Тенденции развития науки и образования. 2021;74(1):109-11. doi:10.18411/j-06-2021-24.
25. Patel AR, Panchal JR, Desai CK. Efficacy of varenicline versus bupropion for smoking cessation: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Indian J Psychiatry. 2023;65(5):526-33. doi:10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_218_22.
26. Shang X, Fenfen E, Guo K, et al. Effectiveness and Safety of Varenicline for Smoking Cessation: An Overview and Meta-analysis. J Addict Med. 2023;17(5):536-43. doi:10.1097/adm.0000000000000117.
27. Courtney RJ, McRobbie H, Tutka P, et al. Effect of Cytisine vs Varenicline on Smoking Cessation: A Randomized Clinical Trial. JAMA. 2021;326(1):56-64. doi:10.1001/jama.2021.16064.
28. Rigotti NA, Benowitz NL, Prochaska J, et al. Cytisinicline for Smoking Cessation: A Randomized Clinical Trial. JAMA. 2023;330(2):152-60. doi:10.1001/jama.2023.10042.
29. Esteban-Ronda V, Esplá EP, Castedo RC. Functional Brain Imaging in the Treatment of Nicotine Dependence. Arch Bronconeumol. 2023;59(9):543-5. doi:10.1016/j.arbres.2023.01.011.
30. Dinur-Kelin L, Dannon P, Hadar A, et al. Smoking cessation induced by deep repetitive transcranial magnetic stimulation of the prefrontal and insular cortices: a prospective, randomized controlled trial. Biol Psychiatry. 2014;76:742-9. doi:10.1016/j.biopsych.2014.05.020.
31. Mondino M, Luck D, Grot S, et al. Effects of repeated transcranial direct current stimulation on smoking, craving and brain reactivity to smoking cues. Sci Rep. 2018;8:8724. doi:10.1038/s41598-018-27057-1.
32. Petit B, Dornier A, Meille V, et al. Non-invasive brain stimulation for smoking cessation: a systematic review and meta-analysis. Addiction. 2022;117:2768-79. doi:10.1111/add.15889.
33. Tseng PT, Jeng JS, Zeng BS, et al. Efficacy of non-invasive brain stimulation interventions in reducing smoking frequency in patients with nicotine dependence: a systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. Addiction. 2022;117:1830-42. doi:10.1111/add.15624.

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

Собко Е.А. — д.м.н., профессор кафедры госпитальной терапии и иммунологии с курсом постдипломного образования; зав. аллергологическим отделением, ORCID: 0000-0002-9377-5213;

Гордеева Н.В. — к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней и иммунологии с курсом постдипломного образования; врач-пульмонолог лечебно-диагностического отделения, ORCID: 0000-0002-0586-8349;

Мамаева М.Г. — к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней и иммунологии с курсом постдипломного образования; врач-пульмонолог лечебно-диагностического отделения, ORCID: 0000-0003-4632-8960;

Быханова Е.А. — ординатор кафедры госпитальной терапии и иммунологии с курсом постдипломного образования, ORCID: 0000-0003-2623-5310;

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

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

Наблюдение пациентов с бронхэкстазами на различных возрастных этапах показывает, что даже при благоприятном течении заболевания, отчетливом клиническом улучшении, морфологические изменения в легких не подвергаются обратному развитию, становятся основой для обострений и хронизации воспалительного процесса в бронхолегочной системе. Диспансерное наблюдение является главным подходом к профилактике и ранней диагностике обострений, осложнений и прогрессирования заболевания, осуществления медицинской реабилитации. Методические рекомендации содержат описание алгоритма диспансерного приема врачом-терапевтом пациентов с бронхэкстазами и вспомогательные материалы.

Методические рекомендации предназначены для врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей), врачей-терапевтов участковых цеховых врачебных участков, медицинских сестер, работающих с указанными врачами, фельдшеров медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в случае возложения на них отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи, в том числе по проведению диспансерного наблюдения, врачей-пульмонологов и других врачей-специалистов, участвующих в ведении пациентов с бронхэкстазами, для руководителей медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

Ключевые слова: методические рекомендации, диспансерное наблюдение, бронхэкстазы, врач-терапевт, диспансерный прием.

Отношения и деятельность: нет.

Рецензенты:

Анаев Э.Х. — д.м.н., профессор кафедры пульмонологии ФДПО ИНОПР ФГАОУ ВО "РНИМУ им. Н.И. Пирогова" Минздрава России;

Демко И. В. — д.м.н., профессор, зав. кафедрой госпитальной терапии и иммунологии с курсом ПО ФГБОУ "КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого" Минздрава России.

Методические рекомендации утверждены на заседании Ученого совета ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России (протокол № 9 от 17.09.2024).

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., Чикина С.Ю. Диспансерное наблюдение пациентов с бронхэкстазами врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации. *Первичная медико-санитарная помощь*. 2024;1(2):53-78. doi: 10.15829/3034-4123-2024-27. EDN QTFHET

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.,
Чикина С. Ю.

ФГБУ "НМИЦ 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: 11.10.2024
Принята: 06.11.2024



Outpatient follow-up of patients with bronchiectasis by a primary care physician. Guidelines

Follow-up of patients with bronchiectasis at various age stages shows that even with a favorable course of the disease, clinical improvement, lung morphological abnormalities do not regress, are the basis for exacerbations and chronicity of bronchopulmonary inflammation. Outpatient follow-up is the main approach to the prevention and early diagnosis of exacerbations, complications and progression of the disease, and the implementation of medical rehabilitation. The guidelines contain a description of the algorithm for appointment of bronchiectasis patients by a general practitioner and supporting 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, pulmonologists and other medical specialists involved in the management of patients with bronchiectasis, for heads of primary health care facilities.

Keywords: guidelines, outpatient follow-up, bronchiectasis, prevention, general practitioner, dispensary appointment.

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., Chikina S.Yu. Outpatient follow-up of patients with bronchiectasis by a primary care physician. Guidelines. *Primary Health Care (Russian Federation)*. 2024;1(2):53-78. doi: 10.15829/3034-4123-2024-27. EDN QTFHET

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.,
Chikina S. Yu.

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: 11.10.2024

Accepted: 06.11.2024



АД — артериальное давление, АМП — антимикробные препараты, БЭ — бронхэктаэз, ДН — диспансерное наблюдение.

В настоящее время все чаще удается установить причину бронхоэктазов (БЭ) ([Приложение 1](#)), в связи с чем термин "бронхоэктатическая болезнь" в клинической практике практически не используется.

БЭ — приобретенное или врожденное хроническое необратимое изменение (расширение, деформация) бронхов, сопровождающееся их функциональной неполноценностью, включая нарушение дренажной функции, и хроническим гнойно-воспалительным процессом в бронхиальном дереве, перибронхиальном пространстве с развитием осложнений [1-4].

Особенности кодирования по МКБ-10¹:

J47 — бронхоэктазия,

Q33.4 — врожденная бронхоэктазия.

К осложнениям БЭ относят бронхопневмонию, обтурацию просвета бронха пробкой слизи, цирроз паренхимы легкого, ателектаз, эмфизему, дыхательную и сердечную недостаточность, легочное кровотечение, амилоидоз [1-4].

Распространенность БЭ в популяции точно неизвестна [1-4]. Ориентируются на распространенность заболеваний, являющихся причиной БЭ ([Приложение 1](#)) [1-6]. По данным форм федерального статистического наблюдения № 12 "Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации" за 2023 г. общая заболеваемость БЭ (J47) взрослого населения (18 лет и старше) в Российской Федерации составила 19,7 на 100 тыс. населения, первичная — 2,6 на 100 тыс. населения; за 2021-2023 гг. отмечается увеличение числа лиц, состоящих под диспансерным наблюдением (ДН) с этой нозологией: 16 959 — в 2021 г., 17 284 — в 2022 г., 17 908 — в 2023 г. (темп прироста показателя в 2023 г. относительно 2021 г. составил 5,6%). Среднерегиональный стандартизованный коэффициент смертности от БЭ (J47) за 2020-2022 гг. в Российской Федерации составил 0,10±0,13 на 100 тыс. населения [7].

БЭ рассматривают как проявление ряда заболеваний и выделяют 2 большие группы: связанные с муковисцидозом и несвязанные с муковисцидозом [1-6]. До введения массовой вакцинации наиболее частыми причинами, вызывающими и поддерживающими воспаление в бронхах, были коклюш и коревая пневмония. Среди вирусных заболеваний лидируют адено-вирусная инфекция и грипп, особенно осложнившиеся пневмонией; в последние годы к ним присоединилась новая коронавирусная инфек-

ция (COVID-19)². Отдельно рассматривают дилатацию бронхов, носящую преходящий характер, развивающуюся вследствие адаптации бронхов при спортивных физических нагрузках, использовании больших доз бронходилататоров и других причин, что не относят к БЭ [5, 6].

Основными возбудителями обострения при БЭ являются *Haemophilus influenzae*, *Pseudomonas aeruginosa*; реже — *Moraxella catarrhalis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Enterobacteriaceae*, *Staphylococcus aureus* [1, 5].

В основе патологии при БЭ лежит несколько механизмов, которые приводят к развитию тракционных и дилатационных БЭ. Центральная роль отводится теории "порочного круга" воспалительного процесса, предложенной Cole PJ в 1986 г. [1, 2, 4]. Основные компоненты патогенеза БЭ ("порочный круг" воспаления) представлены на [рисунке 1](#).

БЭ как результат деструкции и ремоделирования бронхиальной стенки вследствие воспаления обусловлены, в первую очередь, повреждением эпителия бронхов бактериальными токсинами, а затем — медиаторами воспаления, которые высвобождаются преимущественно из нейтрофилов, что ведет к нарушению физиологических защитных механизмов, главным образом — восходящего тока слизи (респираторного секрета). В результате в бронхах создаются благоприятные условия для размножения бактерий и возникает порочный круг: воспаление — повреждение эпителия — нарушение восходящего тока слизи — инфицирование — воспаление [1, 2, 4].

Значительную роль в поддержании воспаления, обострениях играют такие факторы риска, как респираторные инфекции, курение, алкоголизм, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, нарушения вентиляции легких (ожирение, парезы, параличи, нарушения дыхания во сне и др.), патология ЛОР-органов и органов полости рта, декомпенсированная сердечная недостаточность, некорригируемые первичные и вторичные иммунодефициты [1, 2].

При лечении БЭ предпочтение отдается консервативным методам, которые направлены на восстановление бронхиальной проходимости, улучшение бронхиального клиренса и подавление инфекции ([Приложение 2](#)).

Основным нормативным правовым актом, регламентирующим проведение ДН пациентов с БЭ, является Порядок проведения ДН за взрослыми³.

² Временные методические рекомендации. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). https://static-0.minsdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/064/610/original/BMP_COVID-19_V18.pdf (07.08.2024).

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 (07.08.2024).

¹ Международная классификация болезней 10-го пересмотра. <https://mkb-10.com/index.php?pid=8073> (08.09.2024).

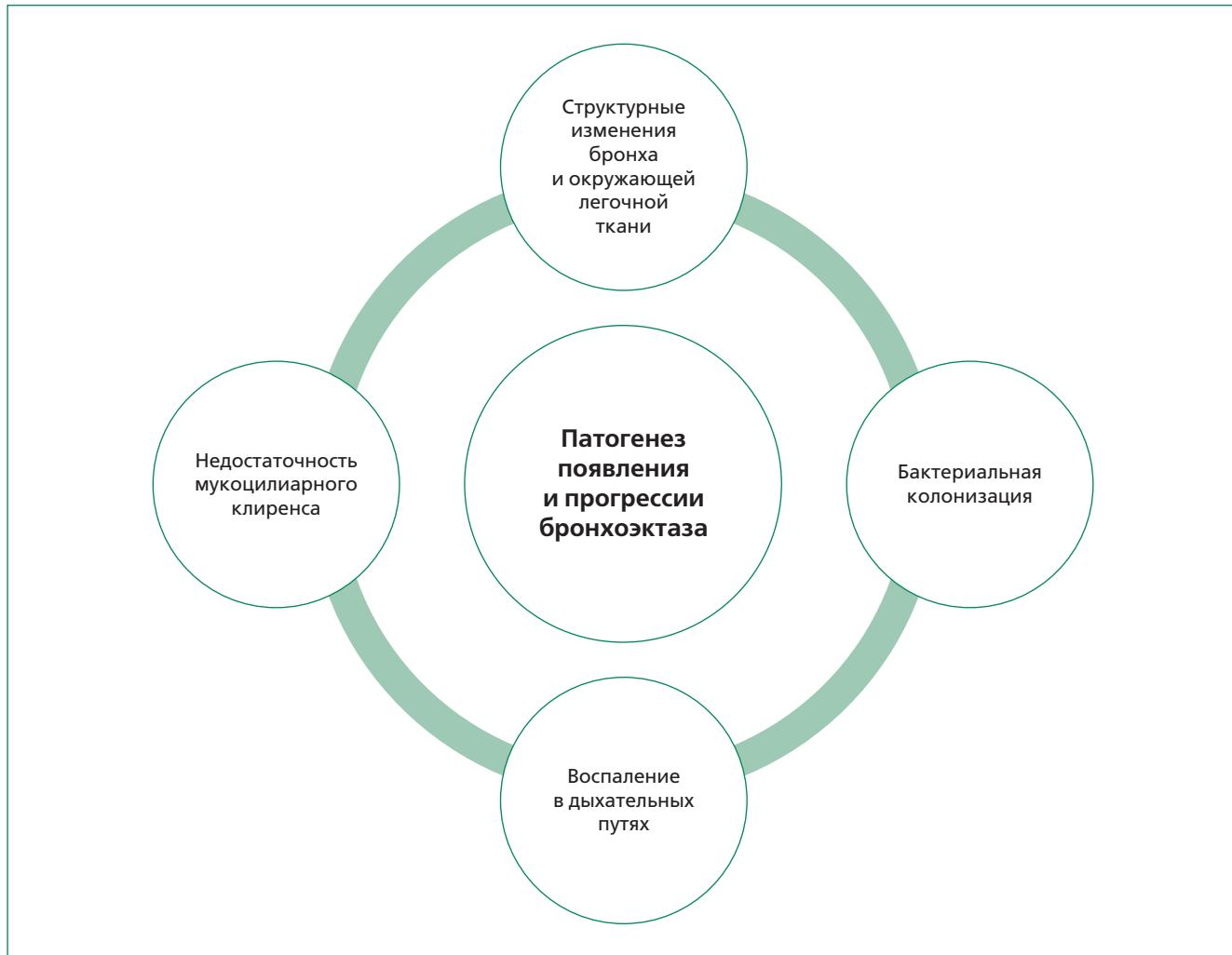


Рис. 1. Патогенез БЭ ("порочный круг" воспаления по Cole PJ, 1986).

Основными источниками информации о клинических аспектах проведения консервативного лечения и ДН пациентов с БЭ являются "Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. Национальное руководство 2022" [8], "Коморбидность пациентов с хроническими неинфекциоными заболеваниями в практике врача-терапевта. Евразийское руководство" [9], рекомендации Европейского респираторного общества [2], Руководство Британского торакального общества [10], а также методические рекомендации Российского общества профилактики неинфекционных заболеваний "Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекциоными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития" ⁴.

⁴ 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.

Алгоритм диспансерного приема (осмотра, консультации) пациента с БЭ врачом-терапевтом⁵ представлен в [таблице 1](#) и [Приложении 3](#).

При отдельных заболеваниях, характеризующихся БЭ, например, муковисцидозе, при проведении ДН руководствуются соответствующими нормативными правовыми актами и клиническими рекомендациями.

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 (07.08.2024).

Таблица 1

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

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов	Рекомендуемые вмешательства и методы обследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом
1	2	3
<p>J47 Бронхэкстазия</p> <p>Первое посещение — установление ДН; далее — не реже 1-3 раз в год, по медицинским показаниям — чаще⁶</p> <p>Длительность наблюдения — пожизненная</p> <p>Примечание. Рекомендуемая периодичность: — 1 раз в год при неосложненном течении БЭ, отсутствии обострений не менее 2-х лет подряд и хорошем бронхиальном клиренсе; — 1 раз в 6 мес. при неосложненном течении БЭ, редких и нетяжелых обострениях и хорошем бронхиальном клиренсе; — 1 раз в 4 мес. или чаще при осложненном течении БЭ или тяжелом обострении в течение ближайших 12 мес., или инфицированных БЭ, или плохом бронхиальном клиренсе</p>		<p>Сбор жалоб с оценкой динамики:</p> <ul style="list-style-type: none"> кашель; изменение объема, цвета, запаха мокроты; кровохарканье; боль в грудной клетке; появление или усиление одышки (оценка выраженности одышки — Приложение 4); повышения температуры; боли в суставах; отеки. <p>Примечание. Наиболее частыми симптомами БЭ являются кашель (преимущественно в первой половине дня и особенно при принятии определенных положений тела, когда улучшается дренаж пораженного бронх(а)-ов), продукция мокроты (количество и характер которой могут меняться в зависимости от фазы воспалительного процесса), одышка, нередко встречаются риносинуситы, слабость, кровохарканье, боли в грудной клетке и ломящие боли в конечностях (синдром гипертрофической остеоартропатии Мари-Бамбергера). Обострение у пациентов с БЭ диагностируют на основании ухудшения в течение 48 ч 3-х или более ключевых симптомов:</p> <ol style="list-style-type: none"> кашель; объем и/или качество мокроты; гнойность мокроты; одышка и/или непереносимость физической нагрузки; усталость и/или общее недомогание; кровохарканье. <p>Выявление обострения требует соответствующих изменений в лечении.</p> <p>Сбор анамнеза:</p> <ul style="list-style-type: none"> уточнение наследственного анамнеза и характеристик причин(-ы) БЭ (Приложение 1); точная оценка частоты и тяжести обострений БЭ за предшествующий год; анализ динамики симптомов болезни и осложнений за весь период (от появления БЭ), а также от предыдущего осмотра; уточнение наличия сопутствующих заболеваний и их контроля (сахарный диабет, хроническая болезнь почек, цереброваскулярная болезнь, заболевания периферических сосудов, остеоартрит, остеопороз, ишемическая болезнь сердца, ХСН, фибрилляция предсердий, онкологические заболевания, тревога и депрессия); регистрация сведений о проводимой/проведенной медикаментозной и немедикаментозной терапии БЭ и сопутствующих заболеваниях: <ul style="list-style-type: none"> наименования, дозы и длительность приема каждого препарата; оценка совместимости препаратов; лечебная физическая культура, кинезитерапия, постуральный дренаж, дыхательная гимнастика (должны применяться 1-2 раза в день ежедневно, включая период ремиссии БЭ, для обеспечения хорошего бронхиального клиренса); применение аппаратов для отведения мокроты из легких (Приложение 2), дренажного массажа; анализ приверженности к проводимому медикаментозному и немедикаментозному лечению; оценка эффективности медикаментозной и немедикаментозной терапии; выяснение причин невыполнения ранее назначенного лечения (при необходимости); уточнение общего аллергологического анамнеза и сведений о непереносимости лекарственных веществ, процедур.

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 (07.08.2024).

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов	Рекомендуемые вмешательства и методы обследования 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 (обратить внимание на наличие/отсутствие цианоза, гиперемии, бледности и других изменений кожных покровов, отеков, нарушений экскурсии грудной клетки, форму грудной клетки, деформацию и асимметрию грудной клетки, состояние межреберных промежутков (втянуты, расширены), изменения концевых фаланг пальцев рук по типу "барабанных палочек" и/или ногтей по типу "часовых стекол", характер участия живота в акте дыхания, сохранность носового дыхания); осмотр верхних дыхательных путей и зева, полости рта; пальпация лимфатических узлов; пальпация, перкуссия и аусcultация грудной клетки (перкуторно над легкими могут определяться коробочный звук и/или участки притупления звука, ограничение экскурсии легкого; аускультативно могут определяться стабильные локализованные влажные или сухие, в том числе трескучие, хрипы, дыхание может иметь амфорический характер); перкуссия и аускультация области сердца; перкуссия, пальпация живота, печени, селезенки; подсчет частоты дыхательных движений и ЧСС. <p>Примечание. В случае присоединения легочно-сердечной недостаточности могут определяться влажные хрипы в нижних отделах обоих легких, признаки гидроторакса, увеличение печени, отеки нижних конечностей, асцит, осиплость голоса.</p> <p>Оценка ФР обострений БЭ, персистирующей инфекции дыхательных путей, осложнений, прогностически неблагоприятных сопутствующих заболеваний, анализ динамики ФР и тактика врача:</p> <ul style="list-style-type: none"> курение Рекомендовать отказ от курения, включая пассивное; разъяснить последствия курения табака и электронных средств доставки никотина, виды лечебно-профилактических мероприятий по отказу от курения; при наличии показаний направить в кабинет медицинской помощи по отказу от табака и никотина. плохой бронхиальный клиренс Для обеспечения хорошего бронхиального клиренса всем пациентам рекомендовать ежедневные занятия лечебной физкультурой, дыхательной гимнастикой, кинезитерапия, элементы постурального дренажа БЭ, другие "дренирующие" упражнения, по показаниям — применение дыхательных тренажеров (например, типа флаттер), вибрационных жилетов, откашливателей (Приложение 2). низкая физическая активность (гиподинамия) Всем пациентам с целью укрепления общего иммунного статуса рекомендуются регулярные дозированные физические нагрузки легкой или средней интенсивности в тренирующем режиме, подобранные индивидуально. профессионально-производственные факторы и факторы окружающей среды внутри и вне помещений (запыленность, загазованность, плесень и др.) Рекомендовать применение средств индивидуальной защиты, санитарно-гигиенические и другие мероприятия. злоупотребление алкоголем (снижение общего иммунитета, риск регургитации, рвоты, аспирации, микроаспираций) Рекомендовать избегать избыточного (пагубного) употребления алкоголя, при необходимости — лечение. госпитализация по любой причине (риск присоединения нозокомиальной инфекции) Тщательно оценивать показания к госпитализации; разъяснить пациенту важность госпитализации только при определенных показаниях; если в предшествующие месяцы была госпитализация (по любой причине), учесть вероятность нозокомиальных возбудителей последующих обострений или плохого контроля БЭ.

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов	Рекомендуемые вмешательства и методы обследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом
1	2	3
		<ul style="list-style-type: none"> отсутствие вакцинации против респираторных инфекций <i>Направление на вакцинацию⁷ (Приложение 5); рекомендовать ограничение контактов с больными острыми и хроническими инфекциями дыхательных путей, использование средств индивидуальной защиты, других мероприятий, особенно в периоды эпидемий респираторных инфекций.</i> заболевания верхних дыхательных путей и полости рта (ринит, синусит, тонзиллит, пародонтоз и др.; риск микроаспираций) <i>Лечение или направление к врачам-специалистам.</i> ГЭРБ (риск микроаспираций) <i>Профилактика, лечение, направление к врачу-гастроэнтерологу.</i> охирение или дефицит массы тела, или кахексия (гиповентиляция, снижение иммунитета) <i>Лечение, подбор пищевого рациона, при белковой недостаточности и кахексии — нутритивная поддержка.</i> нарушения дыхания во сне (ОАС, парезы/параличи и др.) <i>Респираторная поддержка по показаниям.</i> плохой контроль сердечно-сосудистых заболеваний (например, проявления ХСН с застоем по малому кругу кровообращения у пациентов с артериальной гипертензией⁸ могут спровоцировать обострение БЭ) <i>Достигать целевых уровней контролируемых показателей здоровья (клинического и амбулаторного АД, ЧСС, компенсации ХСН [11, 12]); определять индивидуальный сердечно-сосудистый риск (Приложение 6).</i> <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; термометрия; пульсоксиметрия — не реже 1-3 раз в год (в соответствии с периодичностью диспансерных приемов); спирометрия с тестом на обратимость бронхиальной обструкции (альбутамол 400 мкг) — не реже 1-3 раз в год (в соответствии с периодичностью диспансерных приемов)⁹; <p><i>При наличии показаний (сравнение результатов с предыдущими):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> КТ ОГК; КТ-ангиография ОГК (при упорном кровохарканье, других показаниях); электрокардиография; эхокардиография; бронхоскопия (по показаниям дополняется забором биологического материала для проведения цитологических, микробиологических или гистологических исследований). <p>Функциональные пробы (сравнение показателей с данными предыдущего теста):</p> <ul style="list-style-type: none"> тест с 6-минутной ходьбой (Приложение 7) <p><i>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 следует проводить дифференциальную диагностику с анемиями, сердечной недостаточностью и другими причинами, учитывать вероятность сочетания нескольких причин дыхательной недостаточности.</i></p>

⁷ Приказ Минздрава России от 06 декабря 2021 г. № 1122н "Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 декабря 2021 г., регистрационный № 66435). СПС Консультант Плюс (07.08.2024).

⁸ Клинические рекомендации. Артериальная гипертензия у взрослых. 2020. СПС Консультант Плюс (13.08.2024).

⁹ 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 обследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом
1	2	3
		<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 анализ мокроты; микроскопическое исследование мокроты; микробиологическое исследование мокроты, в том числе на грибы, с определением чувствительности к антибиотикам (1 раз в год или чаще); клинический анализ крови с лейкоцитарной формулой; общий анализ мочи; биохимическое исследование крови: общий белок, С-реактивный белок, железо, глюкоза, креатинин, аланинаминотрансфераза, аспартанаминотрансфераза, щелочная фосфатаза, билирубин общий, общий холестерин; анализ крови на электролиты (калий, натрий, хлор). <p>Консультации врачей-специалистов (в том числе с применением телемедицинских технологий¹⁰):</p> <p>При наличии показаний:</p> <ul style="list-style-type: none"> врач-пульмонолог; врач-фтизиатр; врач-хирург, врач-торакальный хирург; врач-аллерголог-иммунолог (иммунодефицитные состояния, аллергические заболевания); врач-оториноларинголог; врач-гастроэнтеролог (профилактика/лечение ГЭРБ, заболеваний, повышающих внутрибрюшное давление (обычно, ведущих к запорам, метеоризму), и др.); врач-невролог (ночная гиповентиляция, ОАС, др. причины); врач-психиатр, врач-психотерапевт (тяжелое течение БЭ, др. причины); врач-диетолог (нарушения нутритивного статуса); врач-стоматолог и другие врачи-специалисты. <p>Оценка достижения целевых показателей здоровья:</p> <ul style="list-style-type: none"> отсутствие обострений, уменьшение частоты и тяжести обострений в течение года; сохранение прежних уровней SpO_2 или увеличение показателя; ФВД: ОФВ₁, ФЖЕЛ исходно и после ингаляции бронхолитика, коэффициент бронходилатации в пределах должных или ранее регистрированных значений, или физиологическое снижение ОФВ₁ и/или ФЖЕЛ, или улучшение показателей ФВД. <p>Краткое профилактическое консультирование (при наличии ФР) включает обсуждение всех индивидуальных ФР (см. выше), рекомендации по профилактике модифицируемых ФР, психоэмоционального стресса, что важно для всех пациентов, особенно с отягоченным наследственным анамнезом.</p> <p>Назначение или корректировка немедикаментозной и медикаментозной терапии:</p> <ul style="list-style-type: none"> поддержание хорошего бронхиального клиренса; коррекция дыхательной недостаточности; лечение сопутствующих заболеваний с учетом совместимости препаратов (Приложение 2); оформление и выдача рецептов.

¹⁰ 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 (07.08.2024).

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов	Рекомендуемые вмешательства и методы обследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом
1	2	3
		<p>Определение наличия показаний для направления на госпитализацию (Приложение 8).</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 9).</p> <p>Информирование пациента о результатах проведенного диспансерного приема (осмотра, консультации):</p> <ul style="list-style-type: none"> • информирование о течении болезни по данным объективной оценки; • выдача рекомендаций, 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 динамического диспансерного наблюдения; • информирование о необходимости прохождения диспансеризации и ежегодно профилактического медицинского осмотра¹¹; • информирование о дате следующей явки. <p>Направление на вакцинацию (Приложение 5):</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 заболеваний¹²; • проверка/составление индивидуального плана вакцинопрофилактики. <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"¹³; • формы №057/у-04 "Направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию"¹⁴ (при необходимости).

Сокращения: АД — артериальное давление, БЭ — бронхэкстаз, ГЭРБ — гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, ДН — диспансерное наблюдение, КТ — компьютерная томография, МКБ-10 — Международная классификация болезней, ОАС — обструктивное апноэ сна, ОГК — органы грудной клетки, ОФВ₁ — объем форсированного выдоха за 1-ю секунду, ФВД — функция внешнего дыхания, ФЖЕЛ — форсированная жизненная емкость легких, ФР — фактор риска, ХСН — хроническая сердечная недостаточность, ЧСС — частота сердечных сокращений, SaO₂ — насыщение гемоглобина крови кислородом.

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 (07.08.2024).

¹² 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 (07.08.2024).

¹³ 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 (07.08.2024).

¹⁴ 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 (07.08.2024).

Приложение 1. Этиологические факторы бронхэкстазов у взрослых

№ п/п	Этиологическая классификация БЭ	Причины
1.	Постинфекционные/инфекционные БЭ	<ul style="list-style-type: none"> • бактериальная инфекция (например, <i>Pseudomonas</i>, <i>Haemophilus</i>, <i>Bordetella</i>); • вирусная инфекция (например, грипп, корь, адено-вирусная инфекция, COVID-19, вирус иммунодефицита человека); • туберкулез; • нетуберкулезный микобактериоз; • грибковая инфекция (аллергический бронхолегочный аспергиллез, хронический легочный аспергиллез)
2.	БЭ при хронических неинфекционных заболеваниях легких	<ul style="list-style-type: none"> • хронический бронхит; • ХОБЛ; • бронхиальная астма; • интерстициальные заболевания легких
3.	БЭ при врожденных заболеваниях	<ul style="list-style-type: none"> • первичная цилиарная дискинезия; • синдром Картагенера; • муковисцидоз (кистозный фиброз); • синдром Марфана, Элерса-Данлоса; • синдром Вильямса-Кэмпбелла; • синдром Мунье-Куна; • синдром Юнга; • дефицит альфа₁-антитрипсина и др.
4.	БЭ при иммунодефицитах	<ul style="list-style-type: none"> • общий вариабельный иммунодефицит; • агаммаглобулинемия, гипогаммаглобулинемия; • хроническая гранулематозная болезнь; • синдром Джоба и другие первичные иммунодефициты; • вторичный иммунодефицит при онкогематологических заболеваниях, лекарственной иммуносупрессии, после трансплантации костного мозга
5.	БЭ при системных воспалительных заболеваниях	<ul style="list-style-type: none"> • ревматоидный артрит; • системная красная волчанка; • болезнь Крона; • синдром желтых ногтей; • саркоидоз; • рецидивирующий полихондрит и др.
6.	БЭ вследствие физического или химического повреждения стенки бронха	<ul style="list-style-type: none"> • ингаляционное воздействие химических веществ; • аспирационное (ГЭРБ, нервно-мышечные заболевания и др.); • радиационное
7.	БЭ вследствие обструкции бронха	<ul style="list-style-type: none"> • внутри просвета дыхательных путей (например, инородное тело); • интрамуральная (например, гиперплазия хрящевых колец, опухоль); • извне (например, туберкулез лимфатических узлов)
8.	Идиопатические БЭ	<ul style="list-style-type: none"> • не установлены

Сокращения: БЭ — бронхэктаз, ГЭРБ — гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, ХОБЛ — хроническая обструктивная болезнь легких.

Приложение 2. Справочные материалы о лечении пациентов с бронхэкстазами¹⁵

Лечение может зависеть от этиологии БЭ, фазы течения заболевания, приведшего к БЭ, которая имеется у пациента на момент оценки его состояния, совокупности клинических признаков болезни и носит консервативный характер. Можно выделить лечение обострения заболевания, лечение доказанной хронической инфекции БЭ, симптоматическую терапию (муколитическая, бронхолитическая и др.). Основу терапии составляют принципы лечения причинного заболевания — хронического бронхита, хронической обструктивной болезни легких, первичного иммунодефицита, системного заболевания соединительной ткани или другого (Приложение 1). Независимо от этиологии и фазы течения заболевания **лечение всегда должно включать обеспечение дренажа БЭ и бронхиального клиренса**, контроль факторов риска. Алгоритм лечения опирается на патогенез — концепцию "порочного круга" и представлен на **рисунке 2** [1, 2, 4].

Антибиотики (АМП) при обострении у пациентов с БЭ назначают на 14 дней, продолжительность приема может быть изменена в зависимости от степени тяжести обострения, стадии основного заболевания и других факторов.

Принципы антибиотической терапии:

- при появлении инфекции *P. aeruginosa* следует проводить эрадикационную терапию (эрадикационная терапия при появлении вне обострения БЭ несингнойной инфекции не требуется);
- длительная терапия АМП 3 и более мес. может применяться у пациентов, которые переносят 3 и более обострений в год;
- длительная терапия ингаляционными АМП может назначаться при хронической инфекции *P. aeruginosa*;
- терапия макролидами (азитромицин, эритромицин) может назначаться при хронической инфекции *P. aeruginosa*, если ингаляционные АМП противопоказаны, плохо переносятся или недоступны, а также в дополнение или вместо ингаляционных АМП может назначаться при хронической инфекции *P. aeruginosa* и высокой частоте обострений, несмотря на терапию ингаляционными АМП;
- длительная терапия макролидами (азитромицин, эритромицин) может назначаться неинфицированным *P. aeruginosa*;
- макролиды в качестве препаратов, подавляющих нейтрофильное воспаление, могут назначаться при устойчивых к ним возбудителях;
- длительная терапия пероральными АМП может назначаться неинфицированным *P. aeruginosa* при противопоказаниях к терапии макролидами (выбор конкретного АМП зависит от чувствительности микроорганизмов и переносимости пациентом);
- длительная терапия ингаляционными АМП может назначаться неинфицированным *P. aeruginosa* при противопоказаниях, непереносимости или неэффективности профилактических курсов пероральных АМП, такие АМП должны назначаться с учетом чувствительности микроорганизма [1, 2].

Возможные пути эрадикации *P. aeruginosa* представлены на **рисунке 3**. После каждого шага рекомендуется исследование мокроты на *P. aeruginosa* и при сохранении инфицирования — переход к следующему шагу терапии [1, 2]. Диагностика и лечение хронического аспергиллеза легких осуществляется в соответствии с клиническими рекомендациями Европейского респираторного общества и Европейского общества клинической микробиологии и инфекционных заболеваний [13], иными нормативными правовыми актами, клиническими и методическими рекомендациями.

¹⁵ Интерактивный образовательный модуль "Диспансерное наблюдение пациентов с бронхэкстазической болезнью врачом-терапевтом", https://org.gnicpm.ru/nt_11-2 (07.08.2024).

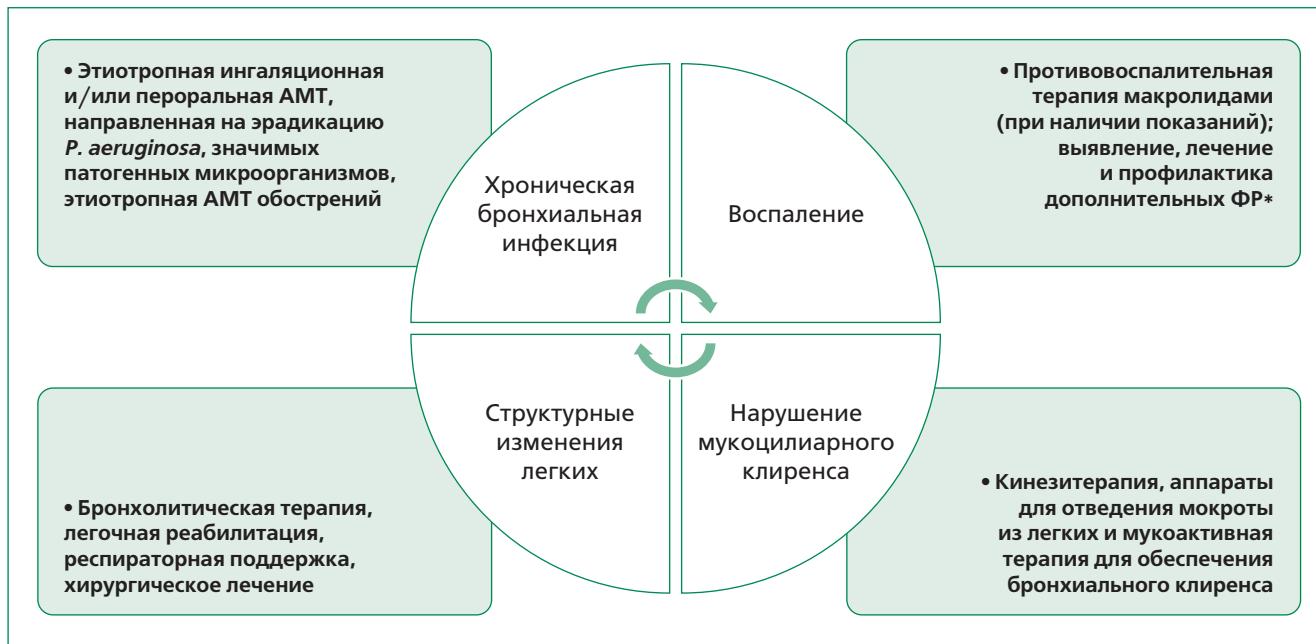


Рис. 2. Лечение БЭ (адаптировано из рекомендаций Европейского респираторного общества, 2017 [2]).

Примечание: * — курение, злоупотребление алкоголем, профессионально-производственные факторы, другие вредные ингаляционные факторы, плесень в жилище и на работе, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, хронический риносинусит, заболевания полости рта и зубов, ожирение, кахексия, нарушение дыхания во сне (гиповентиляция, обструктивное апноэ сна), заболевания диафрагмы, неврологические заболевания, препятствующие нормальной экспекторации мокроты, обеспечению мукоцилиарного клиренса, легочной вентиляции; когнитивные нарушения.

Сокращение: АМТ — антимикробная терапия, ФР — факторы риска.

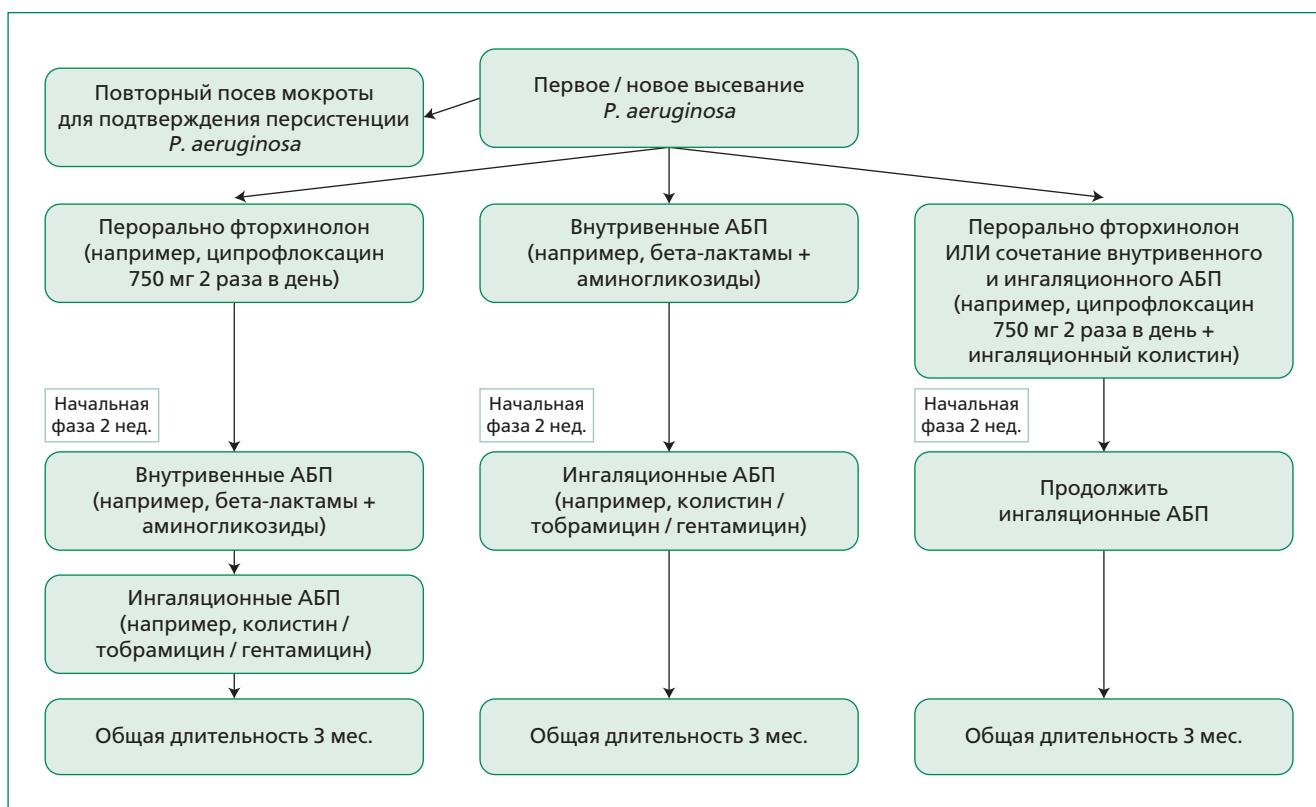


Рис. 3. Возможные варианты эрадикации *P. aeruginosa* [2].

Сокращение: АБП — антибактериальные препараты.

У 10-32% пациентов ингаляционные АМП могут вызывать бронхоспазм. Целесообразно проведение преддозовой и постдозовой спирометрии с бронходилатационным тестом. Предварительная ингаляция короткодействующего бронхолитика может предупредить бронхоспазм, ассоциированный с ингаляцией АМП (рисунок 4 с алгоритмом последовательности лечения).

Длительная терапия АМП должна обсуждаться **только после оптимизации общих аспектов ведения пациента с БЭ: бронхиального клиренса, терапии модифицируемых факторов риска** — профилактика курения, профессиональных факторов, потребления алкоголя, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, иных сопутствующих заболеваний и факторов [1, 2]. Алгоритм последовательного применения нескольких ингаляционных препаратов представлен на **рисунке 4**. Рекомендации по длительной терапии АМП представлены на **рисунке 5**.

У больных муковисцидозом, хронической обструктивной болезни легких и другими нозологиями терапию следует осуществлять с учетом соответствующих клинических рекомендаций.

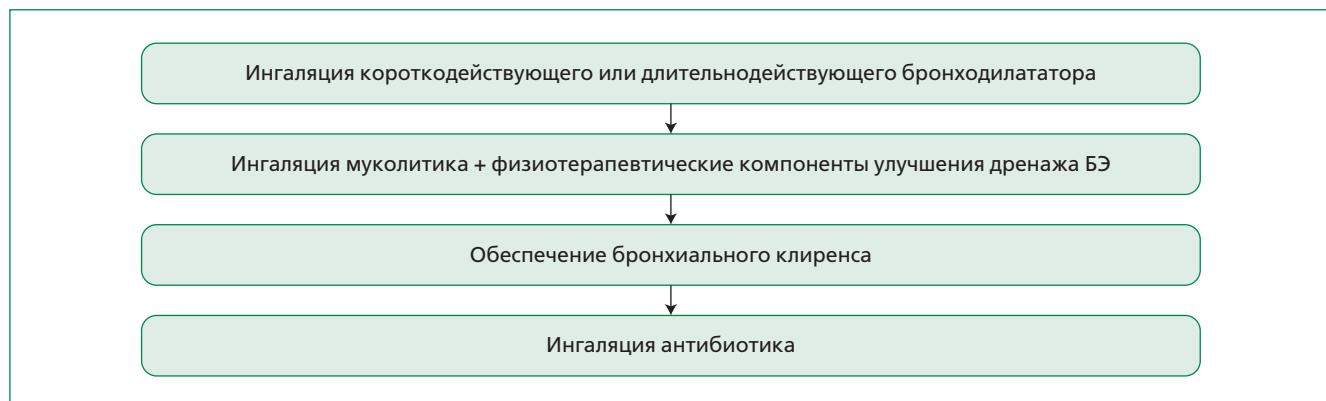


Рис. 4. Алгоритм последовательного применения нескольких ингаляционных препаратов.

Сокращение: БЭ — бронхоэктаз.

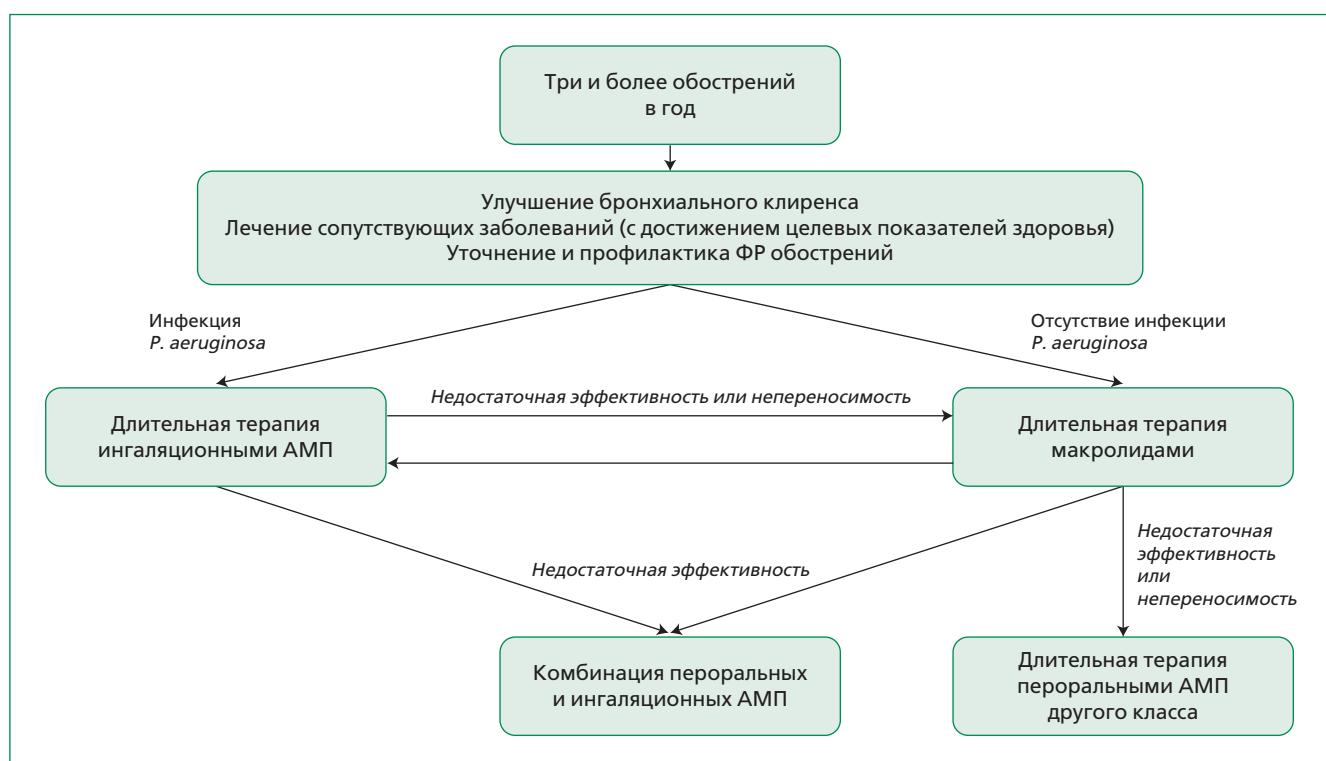


Рис. 5. Рекомендации по длительной терапии АМП (по рекомендациям Европейского респираторного общества, 2017).

Сокращение: АМП — антимикробные препараты.

Мукоактивная терапия

Мукоактивная терапия является важным компонентом лечения БЭ, которая длительно (3 и более мес.) может назначаться пациентам, испытывающим трудности в откашливании мокроты, имеющим в связи с этим низкое качество жизни, и у которых при использовании стандартных подходов к улучшению бронхиального клиренса симптомы контролируются недостаточно.

Не рекомендуется применять рекомбинантную человеческую дезоксирибонуклеазу у взрослых с БЭ. Возможные муколитические препараты — ацетилцистеин, карбоцистеин, эрдостеин, амброксол, гипертонический раствор хлорида натрия 7% [2].

Алгоритм последовательного применения нескольких ингаляционных препаратов представлен на [рисунке 4](#).

Бронхолитическая терапия

Длительно действующие бронходилататоры не должны назначаться на 3 и более мес. в рутинном порядке.

Длительно действующие бронходилататоры могут назначаться в индивидуальном порядке при выраженной одышке.

Бронходилататоры могут применяться перед дыхательной гимнастикой, ингаляциями мукоактивных препаратов и АМП для улучшения переносимости терапии и оптимального депонирования препаратов в пораженных областях легких.

Диагноз БЭ не должен влиять на использование длительно действующих бронходилататоров при сопутствующей бронхиальной астме или хронической обструктивной болезни легких [2].

Алгоритм последовательного лечения при применении нескольких ингаляционных препаратов представлен на [рисунке 4](#).

Ингаляционные глюкокортикоиды и респираторная поддержка

В ингаляционных глюкокортикоидах пациенты с БЭ обычно не нуждаются, но они могут применяться при наличии у пациента бронхиальной астмы. Следует учитывать, что данные препараты способны увеличивать риск обострений БЭ.

О₂-терапия и различные виды респираторной поддержки применяются при соответствующих показаниях [2].

Реабилитационные мероприятия

Реабилитация является важным аспектом в лечении пациентов с БЭ.

Пациенты со сниженной переносимостью физической нагрузки, пациенты, перенесшие тяжелое обострение, должны вовлекаться в программы легочной реабилитации и регулярно заниматься физическими тренировками и использовать дренирующие пораженный участок упражнения [2].

Все мероприятия должны быть направлены на уменьшение симптомов, улучшение толерантности к физической нагрузке и течения заболевания (сильная рекомендация, высокий уровень доказательств); физические тренировки проводятся под контролем основных показателей: частота сердечных сокращений, артериальное давление (АД), сатурации кислородом.

Реабилитация включает:

— обучение пациентов с хроническим продуктивным кашлем или трудным откашливанием мокроты необходимым мероприятиям для обеспечения бронхиального клиренса, улучшения качества жизни, снижения риска обострения;

— частота занятий 1-2 раза в день;

— лечебную физкультуру, дыхательную гимнастику, кинезитерапию и элементы постурального дренажа, другие "дренирующие" упражнения;

— применение дыхательных тренажеров (например, типа флаттер, трешолд), вибрационных жилетов, откашливателей [1, 2].

Интервенционные методы [1-6, 10]

К интервенционным методам относятся хирургическое лечение, включая трансплантацию легких, лечебную бронхоскопию, эндоваскулярную эмболизацию бронхиальной артерии и другие.

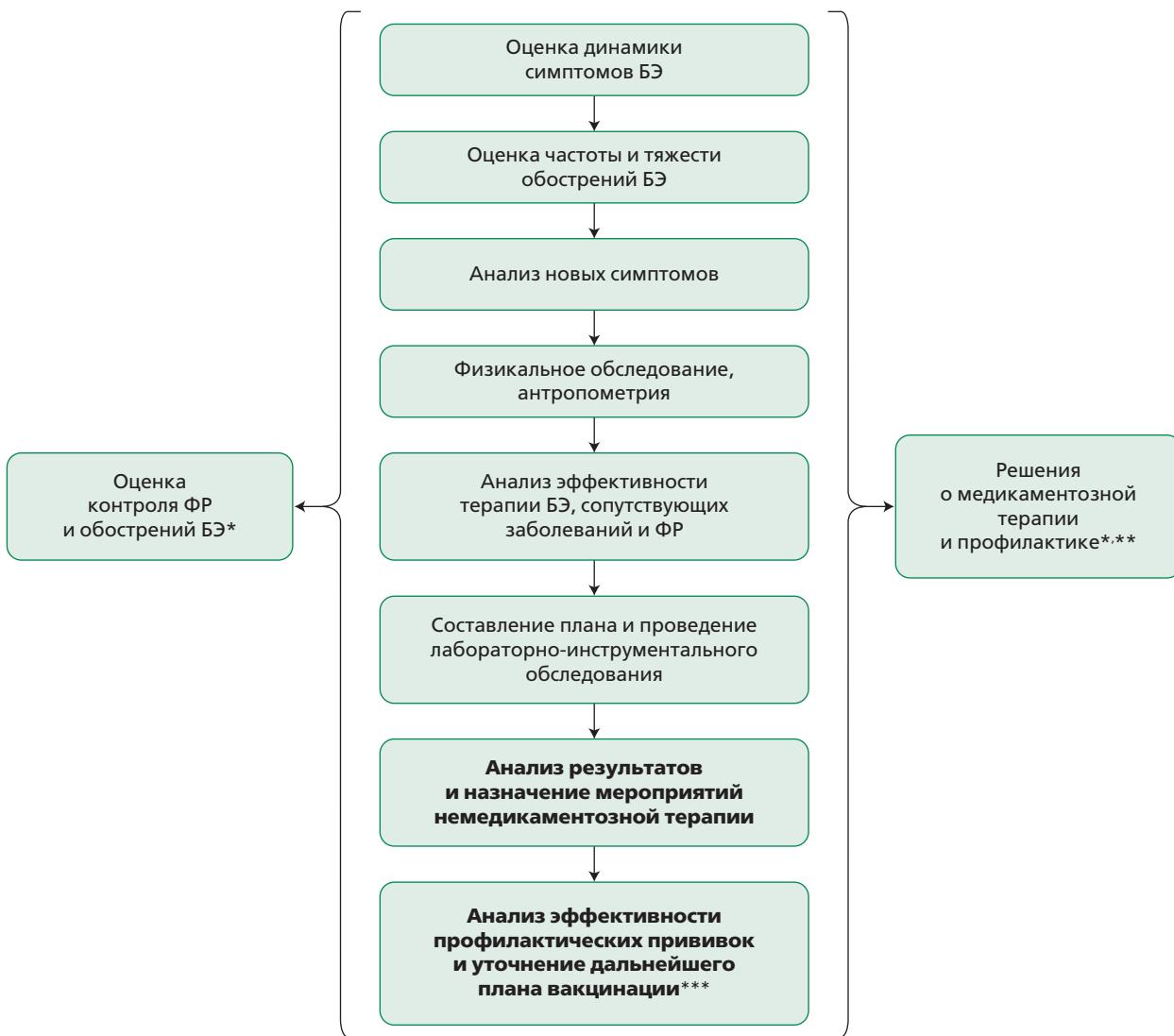
Хирургическое лечение рекомендовано при:

- локализованных формах БЭ (распространенность в пределах одной доли) с частыми обострениями (2 и более раз в год) и невозможностью достигнуть ремиссии в течение 2-3-х лет;
- опасных (>200 мл/сут.) кровотечениях или рецидивирующем из локальной зоны поражения кровохарканье, неконтролируемом консервативной терапией;
- упорном хроническом кашле, гиперпродукции мокроты, значительно снижающих качество жизни;
- пневмотораксе;
- эмпиеме плевры;
- абсцедировании;
- наличии инородного тела;
- колонизации нетуберкулезными микобактериями, резистентными к длительной антимикробной терапии;
- хронической дыхательной недостаточности.

Лечебная бронхоскопия выполняется при наличии таких показаний, как кровохарканье, слизистая пробка, закупоривающая просвет бронха, и иных.

Приложение 3. Краткая схема алгоритма диспансерного приема (осмотра, консультации) пациента с бронхэкстазами врачом-терапевтом

Ключевые признаки ухудшения течения болезни у пациента с БЭ (один или более) — увеличение объема и/или гнойности мокроты, появление/нарастание кашля и/или одышки, слабости, появление кровохарканья, повышение температуры, снижение насыщения гемоглобина крови кислородом.



Примечание: * — некоторые решения могут обоснованно приниматься до получения результатов лабораторных и инструментальных обследований; ** — в том числе оценивается потребность в бронхо- и муколитической терапии перед проведением процедур немедикаментозной терапии, потребность в респираторной поддержке (постоянной или в определенные периоды, например, в ночное время, при физических нагрузках, лечебной физкультуре; **рисунки 2, 4, Приложение 2**); *** — **Приложение 5**.

Сокращения: БЭ — бронхэкстаз, ФР — факторы риска.

Приложение 4. Оценка одышки по шкале mMRC

Шкала mMRC¹⁶ — модифицированная шкала Британского медицинского исследовательского совета для оценки тяжести одышки [14].

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-сосудистые заболевания, анемия и др.), и достигать их контроля.

¹⁶ The Modified Medical Research Council Dyspnea Scale (модифицированная шкала Британского медицинского исследовательского совета для оценки тяжести одышки).

Приложение 5. Рекомендации по проведению вакцинации пациентов с бронхэктомиями

Рецидивирующие инфекции дыхательных путей, увеличение возраста снижают возможности врожденного и адаптивного иммунитета, что формирует когорту лиц, восприимчивых к инфекционным заболеваниям, включая контролируемые средствами специфической профилактики и представляющие существенную угрозу для больного с БЭ [15]. Наличие хронических болезней различных органов и систем сопряжено с более тяжелым течением любого инфекционного заболевания и летальным исходом.

Вакцинация является наиболее эффективной мерой профилактики, обеспечивает снижение заболеваемости и смертности, в том числе от хронических неинфекционных заболеваний, увеличивает продолжительность активной жизни [15], однако не исключает применение других средств защиты от инфекций.

Вакцинация осуществляется в соответствии с календарем профилактических прививок¹⁷, другими нормативными правовыми актами, а также соответствующими клиническими и методическими рекомендациями (с учетом иммунного статуса пациента и иных индивидуальных характеристик пациента) [15-17]. Основные рекомендации по проведению вакцинации пациентов с БЭ в рамках ДН представлены в **таблице 2**.

Таблица 2

Основные рекомендации по проведению вакцинации пациентов с БЭ 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 коньюгированная вакцина), вакцинация ППВ23 (пневмококковая полисахаридная вакцина) 1 раз в 5 лет. Для иммунокомпрометированных рекомендована схема: ПКВ13, затем ППВ23 через 8 нед. [15, 16].
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) [15, 17].
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.

¹⁷ 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).

Приложение 6. Оценка индивидуального сердечно-сосудистого риска [12, 18]

У каждого пациента с БЭ в связи воспалением, которое может носить системный характер, целесообразно оценивать индивидуальный сердечно-сосудистый риск ([таблица 3](#)).

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 6](#)).

Таблица 3

Категории сердечно-сосудистого риска

Экстремальный	<ul style="list-style-type: none"> Сочетание клинически значимого ССЗ¹, вызванного атеросклерозом, с СД 2 типа и/или СГХС или два ССС (осложнения) в течение 2-х лет² у пациента с ССЗ, вызванным атеросклерозом, несмотря на оптимальную гиполипидемическую терапию³ и/или достигнутый уровень ХС-ЛНП $\leq 1,5$ ммоль/л
Очень высокий	<ul style="list-style-type: none"> Документированное атеросклеротическое ССЗ, клинически или по результатам обследования, включая перенесённый ОКС, стабильную стенокардию, ЧКВ, КШ или другие операции на артериях, инсульт/ТИА, поражения периферических артерий Атеросклеротическое ССЗ по данным обследований — значимая АСБ (стеноз $>50\%$) СД + ПОМ, ≥ 3 ФР, а также ранее начало СД 1 типа с длительностью >20 лет Выраженная ХБП с 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 — 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 ПОМ, 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) $>25-49\%$)
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 ПОМ и ФР SCORE $\geq 1\%$ и $<5\%$
Низкий	<ul style="list-style-type: none"> SCORE $<1\%$

Примечание: ¹ — ИБС: стенокардия напряжения 3-4 ФК, нестабильная стенокардия, перенесенный инфаркт миокарда, ишемический инсульт, ЧКВ, операция КШ, ангиопластика сонных артерий или артерий нижних конечностей, каротидная эндартерэктомия, подвздошно-бедренное, бедренно-подколенное шунтирование, ² — инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия, перемежающаяся хромота, ТИА/ишемический инсульт, ³ — назначение статинов в максимально переносимых дозах в сочетании с эзетимибом.

Сокращения: АД — артериальное давление, АСБ — атеросклеротическая бляшка, ИБС — ишемическая болезнь сердца, КШ — коронарное шунтирование, ОКС — острый коронарный синдром, ОХС — общий холестерин, ПОМ — поражение органов-мишней, СКФ — скорость клубочковой фильтрации, ТИА — транзиторная ишемическая атака, СГХС — семейная гиперхолестеринемия, СД — сахарный диабет, ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания, ССС — сердечно-сосудистые события, ФК — функциональный класс, ФР — фактор риска, ХБП — хроническая болезнь почек, ХС-ЛНП — холестерин липопротеидов низкой плотности, ЧКВ — чреспечевое коронарное шунтирование.

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 АД и общего холестерина данного 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 АД до начала лечения, если эти данные известны.

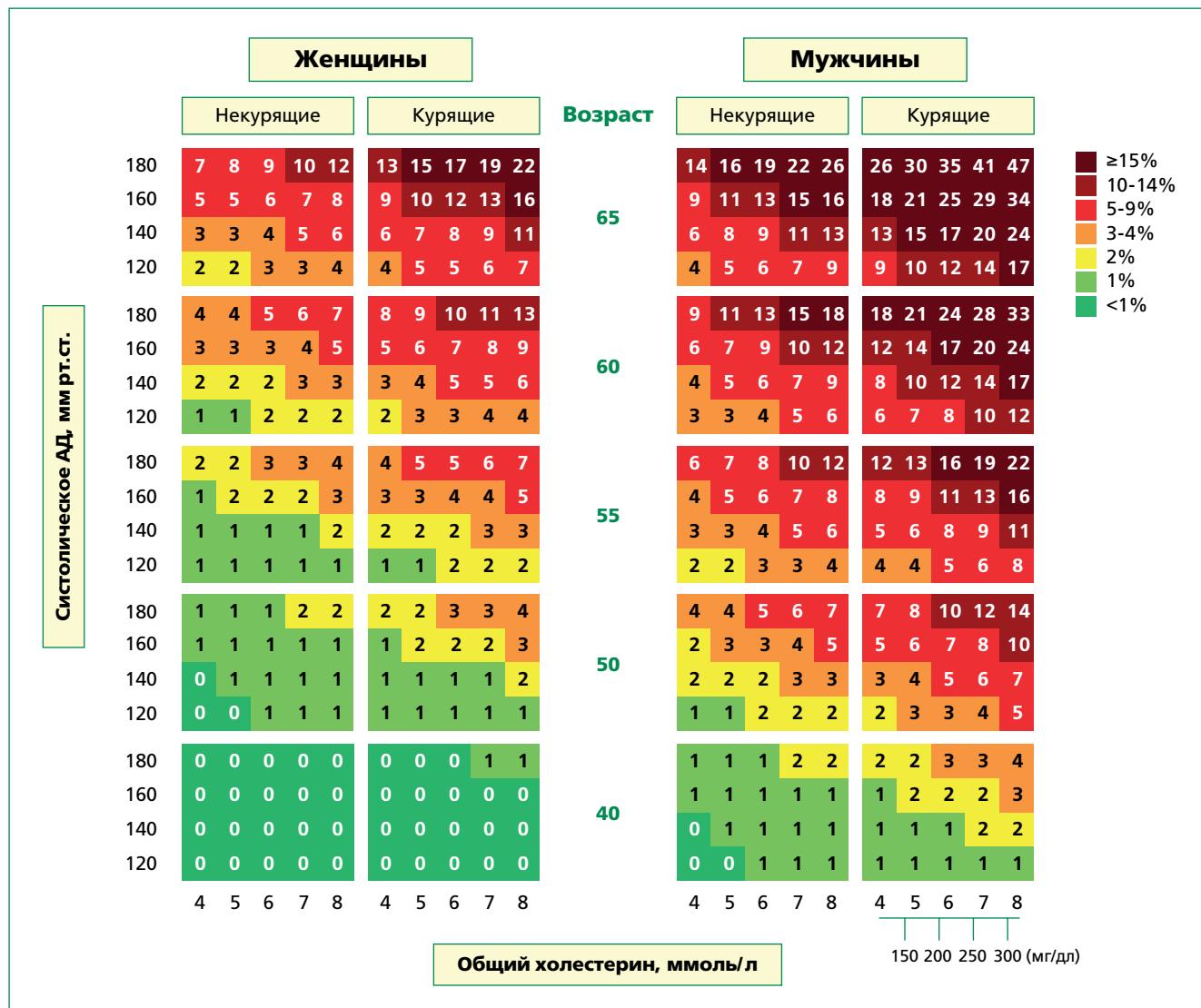


Рис. 6. Шкала SCORE для стран с очень высоким сердечно-сосудистым риском (для Российской Федерации) [12].
Сокращение: АД — артериальное давление.

Приложение 7. Инструкция по проведению теста с 6-минутной ходьбой

Протокол проведения теста с 6-минутной ходьбой (ТШХ) подробно описан в рекомендациях Американского Торакального общества [19]. 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 АД, частоты сердечных сокращений, насыщения гемоглобина крови кислородом (SpO_2), а также исходную одышку и утомляемость по шкале Борга с целью исключения относительных противопоказаний для проведения теста ТШХ [20].

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 4](#).

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: "Старайтесь также хорошо продолжить. Вам осталось пройти 4 минуты".
- Когда таймер показывает, что осталось 3 минуты, необходимо сказать пациенту следующее: "У Вас хорошо получается. Вы уже прошли половину пути".
- Когда таймер показывает, что осталось 2 минуты, необходимо сказать пациенту следующее: "Продолжайте также хорошо, как раньше. Вам осталось пройти лишь 2 минуты".
- Когда таймер показывает, что осталась лишь 1 минута, скажите пациенту: "У Вас все хорошо получается. Вам осталось пройти всего лишь 1 минуту".

С целью снижения вариабельности результатов ТШХ крайне важным является проведение ознакомительной пробы, исходного теста, а также всех остальных проб в одних и тех же условиях. Необходимо избегать изменения условий проведения теста, чтобы все процедуры ТШХ на каждом визите были выполнены в одинаковых условиях, включая время дня.

С целью контроля качества тестирования и оценки эффективности лечебных и других мероприятий в протоколе должны быть указаны данные о применении ингаляций кислорода, использовании вспомогательных средств для ходьбы, лекарственных препаратов перед и во время ТШХ.

Абсолютные противопоказания для проведения ТШХ:

- нестабильная стенокардия или инфаркт миокарда в течение предыдущего месяца;
- заболевания опорно-двигательного аппарата, препятствующие выполнению пробы.

Относительные противопоказания для проведения ТШХ:

- исходная ЧСС <50 в минуту 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 SpO_2 <80%.

Таблица 4**Протокол теста с 6-минутной ходьбой**

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)		

ЧДД — частота дыхательных движений.

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 5](#)).

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 5

Шкала Борга CR10

Шкала Борга CR10	
0	"отсутствие" означает, что Вы вообще не ощущаете какой-либо нагрузки, мышечной утомляемости, одышки или затруднений дыхания
0,3	
0,5	"крайне слабая", "едва заметная"
0,7	
1	"очень слабая" означает мало выраженную нагрузку. Например, если Вы прошли небольшое расстояние своим обычным шагом
1,5	
2	"слабая", "незначительная"
2,5	
3	"умеренная" означает некоторую нагрузку, но не особо выраженную. Вы хорошо себя чувствуете и Вам не трудно продолжать
4	
5	"значительная — тяжелая". Нагрузка является тяжелой и утомительной, однако продолжение не является крайне затруднительным. Усилия и напряжение соответствуют примерно половине от степени, которая обозначается как "максимальная"
6	
7	"очень значительная" означает выраженное напряжение. Вы все еще можете продолжать, однако Вам приходится себя заставлять, и Вы чувствуете сильную усталость
8	
9	
10	"крайне значительная — максимальная" означает крайне выраженное напряжение. Для большинства людей это самая значительная нагрузка, которую когда-либо испытывали в своей жизни
11	
*	Это "однозначно максимальная — наивысшая степень из возможных", например, "12" и даже больше.

Приложение 8. Медицинские показания для направления пациентов с бронхэктомиями на госпитализацию

- Обострение, не купируемое в амбулаторных условиях, или у пациента с тяжелыми сопутствующими хроническими неинфекционными заболеваниями.
- Развитие осложнения, требующего госпитализации.
- Показания к хирургическому лечению ([Приложение 2](#)).

Примечание: любая (!) госпитализация пациентов с БЭ осуществляется при наличии значительных обоснований, поскольку наличие БЭ ассоциировано с повышенным риском инфицирования нозокомиальными микроорганизмами, включая *P. aeruginosa*, *A. baumannii*, *Aspergillus spp.* и др.

Приложение 9. Медицинские показания и противопоказания для направления пациентов с бронхэктомиями на санаторно-курортное лечение¹⁸

Медицинские показания: отсутствие обострения, отсутствие кровохарканья, при наличии дыхательной недостаточности не выше 2 степени; используемые природные ресурсы — лечебный климат.

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, сопровождающиеся стойким болевым синдромом, требующим постоянного приема наркотических средств и психотропных веществ, включенных в списки II и III Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, зарегистрированных в качестве лекарственных препаратов.
9. Туберкулез любой локализации в интенсивную фазу лечения при наличии бактериовыделения, подтвержденного бактериоскопическим, бактериологическим или молекулярно-генетическим методами.
10. Новообразования неуточненного характера (при отсутствии письменного подтверждения в медицинской документации пациента о том, что пациент (законный представитель пациента) предупрежден о возможных рисках, связанных с осложнениями заболевания в связи с санаторно-курортным лечением).
11. Злокачественные новообразования, требующие противоопухолевого лечения, в том числе проведения химиотерапии.
12. Эпилепсия с текущими приступами, в том числе резистентная к проводимому лечению.
13. Эпилепсия с ремиссией менее 6 мес. (для санаторно-курортных организаций не психоневрологического профиля).
14. Психические расстройства и расстройства поведения в состоянии обострения или нестойкой ремиссии, в том числе представляющие опасность для пациента и окружающих.
15. Психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением психоактивных веществ.
16. Кахексия любого происхождения.
17. Неизлечимые прогрессирующие заболевания и состояния, требующие оказания паллиативной медицинской помощи.
18. Заболевания и состояния, определенные по результатам исследований природных лечебных ресурсов, в том числе с учетом результатов соответствующей многолетней практики.

¹⁸ 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 (07.08.2024).

Литература/References

- Avdeev SN, Kondratieva EI, Kozlov RS, et al. Bronchiectasis: a review of the literature in the preparation of clinical recommendations for 2024. *Pulmonology*. 2024;34(2):158-74. (In Russ.) Авдеев С.Н., Кондратьева Е.И., Козлов Р.С. и др. Бронхэкстазы: обзор литературы при подготовке клинических рекомендаций 2024 года. *Пульмонология*. 2024;34(2):158-74. doi:10.18093/0869-0189-2024-34-2-158-174.
- Polverino E, Goeminne PC, McDonnell MJ, et al. European Respiratory Society guidelines for the management of adult bronchiectasis. *Eur Respir J*. 2017;50(3):1700629. doi:10.1183/13993003.00629-2017.
- Zaremba IA, Kiseleva EA, Zarayskaya LS, et al. Bronchiectasis: a modern view of the problem. *Practical pulmonology*. 2015;4:27-33. (In Russ.) Зарембо И.А., Киселева Е.А., Зарайская Л.С. и др. Бронхэкстазы: современный взгляд на проблему. *Практическая пульмонология*. 2015;4:27-33. EDN VRCTKZ.
- Anaev EH. Modern approaches to the management of patients with bronchiectasis. *Pulmonology*. 2020;30(1):81-91. (In Russ.) Анаев Э.Х. Современные подходы к ведению пациентов с бронхэкстазией. *Пульмонология*. 2020;30(1):81-91. doi:10.18093/0869-0189-2019-29-4-468-476.
- Avdeev SN, Chuchalin AG, Abrosimov VN. *Respiratory medicine. The manual* in 3 vols. 2nd ed., reprint. and an additional one. Russian Respiratory Society; edited by Academician of the Russian Academy of Sciences A.G. Chuchalin. Moscow: Litterra, 2017. (In Russ.) Авдеев С.Н., Чучалин А.Г., Абродимов В.Н. *Респираторная медицина. Руководство в 3 т. 2-е изд., перераб. и доп.* Российское респираторное общество; под ред. академика РАН А.Г. Чучалина. Москва: Литтерра, 2017.
- Chuchalin AG. Bronchiectasis. *Terapevticheskii Arkhiv*. 2017;89(3):4-17. (In Russ.) Чучалин А.Г. Бронхэкстазы. *Терапевтический архив*. 2017;89(3):4-17. doi:10.17116/terarkh20178934-17.
- Smirnova MI, Samorodskaya IV, Drapkina OM. Variability of mortality rates from respiratory diseases in the regions of the Russian Federation during the COVID-19 pandemic and the three previous years. *Preventive medicine*. 2024;27(4):82-8. (In Russ.) Смирнова М.И., Самородская И.В., Драпкина О.М. Вариабельность показателей смертности от болезней органов дыхания в регионах Российской Федерации в период пандемии COVID-19 и три предыдущих года. *Профилактическая медицина*. 2024;27(4):82-8. doi:10.17116/profmed20242704182.
- Drapkina OM, Konstevaya AV, Kalinina AM, et al. Prevention of chronic non-communicable diseases in the Russian Federation. National Guidelines 2022. *Cardiovascular therapy and prevention*. 2022;21(4):3235. (In Russ.) Драпкина О.М., Концевая А.В., Калинина А.М. и др. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. Национальное руководство 2022. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2022;21(4):3235. doi:10.15829/1728-8800-2022-3235.
- Drapkina OM, Konstevaya 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):3696. (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):3696. doi:10.15829/1728-8800-2024-3996. EDN: AVZLPJ.
- Hill AT, Sullivan AL, Chalmers JD, et al. British Thoracic Society Guideline for bronchiectasis in adults. *Thorax* 2019;74 (Suppl 1):1-69. doi:10.1136/thoraxjnl-2018-212463.
- Gorbunov VM, Smirnova MI, Kuryokyan AS, Drapkina OM. Assessment of clinical and outpatient blood pressure in the practical work of a primary care physician. Methodological recommendations. *Cardiovascular therapy and prevention*. 2023;22(7):3666. (In Russ.) Горбунов В.М., Смирнова М.И., Курокян А.С., Драпкина О.М. Оценка клинического и амбулаторного артериального давления в практической работе врача первичного звена здравоохранения. *Методические рекомендации. Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2023;22(7):3666. doi:10.15829/1728-8800-2023-3666. EDN YRHRNI.
- Boytsou 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.
- Diagnosis and treatment of chronic pulmonary aspergillosis: clinical guidelines of the European Respiratory Society and the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases. *Pulmonology*. 2016;26(6):657-80. (In Russ.) Диагностика и лечение хронического легочного аспергиллеза: клинические рекомендации Европейского респираторного общества и Европейского общества клинической микробиологии и инфекционных заболеваний. *Пульмонология*. 2016;26(6):657-80. doi:10.18093/0869-0189-2016-26-6-657-679. EDN VNIQDC.
- Milacic N, Milacic B, Dunjic O, et al. Validity of CAT and mMRC — dyspnea score in evaluation of COPD severity. *Acta Medica Mediana*. 2015;54(1):66-9. doi:10.5633/amm.2015.0111.
- Drapkina OM, Briko NI, Kostinov MP, et al. Immunization of adults. Methodological recommendations. M., Federal State Budgetary Institution "NMIC TPM" of the Ministry of Health of the Russian Federation. 2020; 248 p. (In Russ.) Драпкина О.М., Брико Н.И., Костинов М.П. и др. *Иммунизация взрослых. Методические рекомендации*. М., ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России. 2020; 248 с. ISBN: 978-5-6043991-3-2.
- Avdeev SN, Alieva MH, Baranov AA, et al. Vaccination of pneumococcal infection in children and adults. Methodological recommendations. *Preventive medicine*. 2023;26(92):323. (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.
- 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.
- Kobalava ZhD, Konradi AO, Nedogoda SV, et al. Arterial hypertension in adults. Clinical guidelines 2020. Russian Journal of Cardiology. 2020;25(3):3786. (In Russ.) Кобалава Ж.Д., Конради А.О., Недогода С.В. и др. *Артериальная гипертензия у взрослых. Клинические рекомендации 2020. Российский кардиологический журнал*. 2020;25(3):3786. doi:10.15829/1560-4071-2020-3-3786.
- 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.
- Borg GAV. Psycho-physical bases of perceived exertion. *Med Sci Sports Exerc*. 1982;14:377-381.

Драпкина О.М. — д.м.н., профессор, директор ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, академик РАН, 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, директор клиники пульмонологии и респираторной медицины ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), академик РАН, главный внештатный специалист пульмонолог Минздрава России, зав. кафедрой пульмонологии лечебного факультета ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет);

Смирнова М.И. — к.м.н., руководитель лаборатории профилактики хронических болезней органов дыхания, эксперт 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;

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, руководитель отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, ведущий научный сотрудник отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, доцент кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, 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;

Чикина С.Ю. — к.м.н., доцент кафедры пульмонологии ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет).

Диспансерное наблюдение пациентов с болезнями пищевода врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения: эзофагит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, пищевод Барретта, ахалазия кардии. Методические рекомендации

Методические рекомендации содержат описание организации проведения диспансерного наблюдения врачом-терапевтом пациентов с болезнями пищевода — эзофагитом, гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, пищеводом Барретта и ахалазией кардии. Представлены ориентировочный объем и частота лабораторно-инструментальных исследований, сведения о диагностике, лечении и профилактике осложнений заболеваний. 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. Методические рекомендации могут быть использованы врачами-организаторами здравоохранения, руководителями медицинских организаций первичной медико-санитарной помощи и их подразделений.

Ключевые слова: диспансерное наблюдение, первичное звено здравоохранения, врач-терапевт, болезни пищевода, эзофагит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, пищевод Барретта, ахалазия кардии.

Отношения и деятельность: нет.

Рецензенты:

Фатенков О.В. — д.м.н., профессор, зав. кафедрой факультетской терапии ФГБОУ ВО "Самарский ГМУ" Минздрава России, главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава Самарской области;
Тарасова Л.В. — д.м.н., профессор, зав. кафедрой факультетской и госпитальной терапии ФГБОУ ВО "Чувашский государственный университет им. И. Н. Ульянова", руководитель Республиканского гастроэнтерологического центра на базе БУ "Республиканская клиническая больница" Минздрава Чувашской Республики, главный внештатный специалист по терапии Минздрава Чувашской Республики.

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., Абдулганиева Д.И., Бакулин И.Г., Бакулина Н.В., Гаус О.В., Дроздова Л.Ю., Ипатов П.В., Калинина А.М., Савченко Е.Д., Сененко А.Ш., Шептулина А.Ф., Шепель Р.Н. Диспансерное наблюдение пациентов с болезнями пищевода врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения: эзофагит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, пищевод Барретта, ахалазия кардии. Методические рекомендации. *Первичная медико-санитарная помощь*. 2024;1(2):79-104. doi: 10.15829/3034-4123-2024-32. EDN SGLBXQ

Драпкина О. М.¹,
Ивашкин В. Т.²,
Маев И. В.³,
Ливзан М. А.⁴,
Абдулганиева Д. И.⁵,
Бакулин И. Г.⁶,
Бакулина Н. В.⁶,
Гаус О. В.⁴,
Дроздова Л. Ю.¹,
Ипатов П. В.¹,
Калинина А. М.¹,
Савченко Е. Д.¹,
Сененко А. Ш.¹,
Шептулина А. Ф.¹,
Шепель Р. Н.*¹

¹ФГБУ "НМИЦ терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Москва, Российская Федерация

²ФГАОУ ВО "Первый МГМУ им. И. М. Сеченова" Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация

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

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

⁵ФГБОУ ВО "Казанский государственный медицинский университет" Минздрава России, Казань, Российская Федерация

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

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

Поступила: 15.11.2024
Принята: 19.11.2024



Guidelines

Editorial

Outpatient follow-up of patients with esophageal diseases by a primary care practitioner: esophagitis, gastroesophageal reflux disease, Barrett's esophagus, achalasia cardia. Guidelines

The guidelines describe the management of outpatient follow-up by a general practitioner of patients with esophageal diseases (esophagitis, gastroesophageal reflux disease, Barrett's esophagus and achalasia cardia). The following is presented: an approximate scope and frequency of paraclinical investigations, information on the diagnosis, treatment and prevention of complications of diseases. 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: outpatient follow-up, primary health care, general practitioner, esophageal diseases, esophagitis, gastroesophageal reflux disease, Barrett's esophagus, achalasia cardia.

Relationships and Activities: none.

For citation: Drapkina O. M., Ivashkin V. T., Maev I. V., Livzan M. A., Abdulganieva D. I., Bakulin I. G., Bakulina N. V., Gaus O. V., Drozdova L. Yu., Ipatov P. V., Kalinina A. M., Savchenko E. D., Senenko A. Sh., Sheptulina A. F., Shepel R. N. Outpatient follow-up of patients with esophageal diseases by a primary care practitioner: esophagitis, gastroesophageal reflux disease, Barrett's esophagus, achalasia cardia. Guidelines. *Primary Health Care (Russian Federation)*. 2024;1(2):79-104. doi: 10.15829/3034-4123-2024-32. EDN SGLBXQ

Drapkina O. M.¹,
Ivashkin V. T.²,
Maev I. V.³,
Livzan M. A.⁴,
Abdulganieva D. I.⁵,
Bakulin I. G.⁶,
Bakulina N. V.⁶,
Gaus O. V.⁴,
Drozdova L. Yu.¹,
Ipatov P. V.¹,
Kalinina A. M.¹,
Savchenko E. D.¹,
Senenko A. Sh.¹,
Sheptulina A. F.¹,
Shepel R. N.^{1*}

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

²I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Russian Federation, Moscow, Russian Federation

³Russian University of Medicine, Moscow, Russian Federation

⁴Omsk State Medical University, Omsk, Russian Federation

⁵Kazan State Medical University, Kazan, Russian Federation

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

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

Received: 15.11.2024

Accepted: 19.11.2024



АКП — аденоакарцинома пищевода, ГЭРБ — гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, ИПП — ингибитор протонной помпы, НПС — нижний пищеводный сфинктер, ПД — пневмокардиодилатация, СО — слизистая оболочка, РОЕМ — пероральная эндоскопическая миотомия (peroral endoscopic myotomy).

Большое число различных заболеваний пищевода, а также его повреждения занимают особое место в современной гастроэнтерологии. Согласно эпидемиологическим данным, частота заболеваний пищевода составляет от 6 до 21% среди всех заболеваний органов желудочно-кишечного тракта [1].

Эзофагит — воспаление слизистой оболочки (СО) пищевода, развивающееся вследствие воздействия различных факторов как неинфекционной, так и инфекционной природы [2, 3].

Выделяют эзофагит неинфекционной (рефлюкс-эзофагит, химический, радиационный, лекарственный, эозинофильный) и инфекционной (вызванный бактериальными, вирусными, грибковыми или паразитарными агентами) этиологии. При инфекционном эзофагите пищевод может поражаться изолированно либо как часть при распространенной инфекции пищеварительного тракта. Среди этиологических агентов инфекционного эзофагита наиболее часто встречаются грибы рода *Candida*, цитомегаловирус, вирус простого герпеса, гораздо реже — микобактерия туберкулеза, вирус опоясывающего лишая и ветряной оспы (*Varicella Zoster*), вирус папилломы человека, вирус мононуклеоза (вирус Эпштейна-Барр).

Эзофагит может быть причиной кровотечения из пищевода, а при длительном течении при-

водить к развитию рака. В ряде случаев наличие рубцово-язвенных дефектов может сопровождаться сужением просвета пищевода.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) — это хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное нарушением моторно-эвакуаторной функции органов гастроэзофагеальной зоны и характеризующееся регулярно повторяющимся забросом в пищевод желудочного и в ряде случаев дуоденального содержимого, что приводит к появлению клинических симптомов, ухудшающих качество жизни пациентов, повреждению СО дистального отдела пищевода с развитием в нем дистрофических изменений неороговевающего многослойного плоского эпителия, катарального или эрозивно-язвенного эзофагита (рефлюкс-эзофагита), а у части больных цилиндроклеточной метаплазии [4].

Выделяют две формы ГЭРБ:

1. Неэрозивная рефлюксная болезнь, которая включает эндоскопически негативную форму ГЭРБ и катаральный рефлюкс-эзофагит (65-70% случаев).
2. Эрозивный рефлюкс-эзофагит (30-35% случаев).

При наличии эрозивного эзофагита тяжесть поражения СО пищевода рекомендуют определять согласно классификации (таблица 1), принятой на X Всемирном съезде гастроэнтерологов (Лос-Анджелес).

Таблица 1

Лос-Анджелесская классификация рефлюкс-эзофагита (модификация 1999 г.)

Стадия	Эндоскопическая картина
A	Один (или более) участок поврежденной СО пищевода размером до 5 мм, который не захватывает СО между складками (расположен на вершине складки)
B	Один (или более) участок поврежденной СО пищевода размером >5 мм, который не захватывает СО между складками (расположен на вершине складки)
C	Один (или более) участок поврежденной СО пищевода, который распространяется на СО между двумя (или более) складками, но захватывает <75% окружности пищевода
D	Один (или более) участок поврежденной СО пищевода, который захватывает >75% окружности пищевода

Сокращение: СО — слизистая оболочка.

Выделяют также неосложненное и осложненное течение ГЭРБ. К осложнениям заболевания относятся пептическая язва пищевода, пептическая структура, пищевод Барретта.

Пищевод Барретта — предраковое заболевание, характеризующееся развитием цилиндроклеточного (кишечного) метаплазированного эпителия в СО пищевода и требующее особенно тщательного наблюдения за пациентами¹.

Ахалазия кардии (греч., *a* — отрицание, *chalias* — расслабление) — идиопатическое нервно-мышечное заболевание, проявляющееся функци-

циональным нарушением проходимости кардии вследствие дискоординации между глотком, рефлекторным раскрытием нижнего пищеводного сфинктера (НПС) и двигательной и тонической активностью гладкой мускулатуры (перистальтикой) пищевода, способствующей продвижению пищи в желудок [5].

По классификации Б. В. Петровского различают следующие стадии ахалазии кардиальной части пищевода:

- I стадия — функциональный непостоянный спазм кардии без расширения пищевода;
- II стадия — стабильный спазм кардии с нерезко выраженным расширением пищевода и усиленной моторикой стенок;

¹ Ивашкин В. Т., Маев И. В., Трухманов А. С. и др. Пищевод Барретта. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации. Москва, 2014. 31 с.

- III стадия — рубцовые изменения мышечных слоев НПС с выраженным расширением пищевода и нарушениями тонуса и перистальтики;

- IV стадия — резко выраженный стеноз кардии со значительной дилатацией, удлинением, S-образной деформацией пищевода, эзофагитом и периэзофагитом.

В зависимости от степени нарушений моторики пищевода (Чикагская классификация, 2008 г.) выделяют три типа ахалазии:

- I тип (классическая ахалазия) — выраженная гипокинезия (при 100% влажных глотков отсутствует любая перистальтика грудного отдела пищевода);

- II тип — отсутствие нормальной перистальтической волны сокращения (отсутствует нормальная перистальтическая волна сокращения, однако наблюдается равномерное спастическое сокращение умеренной интенсивности по всей длине пищевода от верхнего до НПС более чем при 20% влажных глотков);

- III тип (гиперкинетический) — отсутствие нормальной перистальтической волны, наличие отдельных эпизодов перистальтики в дистальном отделе пищевода или преждевременных спастических сокращений (дистальный эзофагоспазм), зарегистрированных более чем при 20% влажных глотков.

Ахалазия кардии может быть отнесена к предраковым заболеваниям, поскольку известно, что рак развивается у 3-8% пациентов с кардиоспазмом и ахалазией кардии и вероятность его возникновения возрастает с увеличением продолжительности заболевания, причем не только в кардии, но и в измененном пищеводе. В связи с этим необходимо своевременное выявление, лечение и диспансерное наблюдение пациентов с данной патологией.

Диспансерное наблюдение пациентов с болезнями пищевода (эзофагитом, ГЭРБ, в том числе пищеводом Барретта и ахалазией кардии) врачом-терапевтом² осуществляется в соответствии с приказом Минздрава России от 15 марта 2022 г. № 168н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми"³. Алгоритм диспансерного осмотра представлен в [таблице 2](#).

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 15.03.2022 №168н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 21 апреля 2022 г., регистрационный № 68288). СПС Консультант Плюс (10.09.2024).

Таблица 2

Алгоритм диспансерного наблюдения врачом-терапевтом пациентов с болезнями пищевода

Заболевание (код МКБ-10)	Регулярность профилактических посещений	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время профилактических посещений в рамках диспансерного наблюдения	
		1	2
Эзофагит (K20) (Приложение 1)	Первое посещение: при взятии под ДН.	Сбор жалоб с оценкой динамики: • пищеводные проявления: — типичный симптомокомплекс рефлюкса (изжога/отрыжка кислым, срыгивание); — одинофагия (болезненность при глотании); — дисфагия (нарушение прохождения пищи) — симптом тревоги, требующий исключения стеноза и/или структуры пищевода; — некардиальная боль в грудной клетке, иногда купирующаяся нитратами (но в отличие от стенокардии не связанная с физической нагрузкой, ходьбой, однако в этом случае требуется исключение стенокардии). • внепищеводные проявления: — синдромы и заболевания, связь которых с ГЭРБ установлена (хронический сухой кашель, связанный с рефлюксом, хронический ларингит, бронхиальная астма, ХОБЛ, эрозии эмали зубов, кариес); — синдромы и заболевания, связь которых с ГЭРБ предполагается (фарингит, синусит, легочный фиброз, средний отит).	3
Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом (K21.0) (Приложение 2)	Далее — не реже 1 раза в 6 мес.		
Пищевод Барретта (K22.7) (Приложение 3)	Контролируемый показатель: • отсутствие рецидивов эрозивного процесса по данным ЭГДС; • при ГЭРБ с цилиндроклеточной метаплазией (пищевод Барретта) — отсутствие прогрессирования эндоскопических и морфологических изменений по данным ЭГДС с биопсией.		

Таблица 2. Продолжение

Заболевание (код МКБ-10)	Регулярность профилактических посещений	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время профилактических посещений в рамках диспансерного наблюдения
1	2	3
	<p>Длительность наблюдения:</p> <ul style="list-style-type: none"> • при эзофагите <ul style="list-style-type: none"> — в течение 3 лет с момента последнего обострения; • при ГЭРБ с эзофагитом <ul style="list-style-type: none"> — в течение 5 лет с момента последнего обострения; • при пищеводе Барретта <ul style="list-style-type: none"> — в течение всей жизни с момента установления диагноза (или до выявления малигнизации). 	<p>Сбор анамнеза:</p> <ul style="list-style-type: none"> • длительность обострений и периодов ремиссии; • наличие ночных рефлюксов; • наличие в анамнезе: <ul style="list-style-type: none"> — грыжи пищеводного отверстия диафрагмы; — эрозий или язв пищевода; — частых бронхитов, пневмоний, плохого контроля бронхиальной астмы, ХОБЛ, легочного фиброза; — гипохромной железодефицитной анемии; • оценка "симптомов тревоги" (так называемые "красные флаги"): <ul style="list-style-type: none"> — немотивированное похудение; — анемия неясного генеза; — возникновение жалоб впервые после 50 лет; — длительный стаж курения; — отягощенный анамнез по аденокарциноме пищевода (родственники 1-ой линии родства); — ночные симптомы (ночной рефлюкс, трудности с засыпанием, ночные пробуждения); • наличие сопутствующих заболеваний. <p>Физикальное обследование:</p> <ul style="list-style-type: none"> • антропометрические измерения (рост, вес, окружность талии); • расчет ИМТ; • пальпация пульса на периферических артериях; • измерение ЧСС; • измерение АД; • оценка наличия и распространенности отеков; • оценка состояния шейных вен (набухание, пульсация); • пальпация щитовидной железы (определение размеров, подвижности и болезненности); • аусcultация сердца и легких; • перкуссия, пальпация живота, печени, селезенки; • подсчет частоты дыхательных движений. <p>Оценка факторов риска и анализ их динамики:</p> <ul style="list-style-type: none"> • избыточная масса тела (ИМТ ≥ 25 кг/м²) и ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м²), абдоминальное ожирение (окружность талии >94 см у мужчин и >80 см у женщин)) или дефицит массы тела (ИМТ $<18,5$ кг/м²); • употребление алкоголя: всем пациентам рекомендуется отказаться от употребления алкоголя; • статус курения: всем пациентам рекомендуется отказ от курения. Следует разъяснить пациенту патологические последствия курения табака и электронных средств доставки никотина, необходимость лечебно-профилактических мероприятий по оказанию помощи по отказу от курения; • артериальная гипертензия (sistолическое АД ≥ 140 мм рт.ст. и/или диастолическое АД ≥ 90 мм рт.ст.): всем пациентам при АД $\geq 130/80$ мм рт.ст. разъяснить значимость профилактики повышения уровня АД и его контроля; • физическая активность: рекомендуется снизить физические нагрузки, повышающие внутрибрюшное давление, исключить поднятие тяжестей. <p>Определение наличия факторов риска развития пищевода Барретта:</p> <ul style="list-style-type: none"> • возраст 50 лет и более; • мужской пол; • европеоидная раса; • длительный анамнез ГЭРБ (более 10 лет); • висцеральное ожирение; • наличие родственников 1-ой линии родства с пищеводом Барретта или аденоокарциномой пищевода.

Таблица 2. Продолжение

Заболевание (код МКБ-10)	Регулярность профилактических посещений	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время профилактических посещений в рамках диспансерного наблюдения
1	2	3
		<p>Лабораторные исследования (сравнение показателей с нормой и/или целевым уровнем, анализ динамики):</p> <ul style="list-style-type: none"> общий анализ крови (в т.ч. для исключения скрытых кровотечений) — 1 раз в год; биохимический анализ крови (общий белок, общий билирубин, АСТ, АЛТ, креатинин, мочевина, холестерин, глюкоза) — 1 раз в год; иммунохимический анализ кала на скрытую кровь — по показаниям (наличие анемии и/или в анамнезе дегтеобразного стула). <p>Инструментальные исследования:</p> <ul style="list-style-type: none"> ЭГДС выполняется: <ul style="list-style-type: none"> при взятии под диспансерное наблюдение — ЭГДС с множественной биопсией пищевода выполняется при отсутствии убедительной клинической и эндоскопической ремиссии в течение 4-8 нед. проведения терапии стандартной дозой ИПП для исключения эзофагита, пищевода Барретта и adenокарциномы; пациентам с пищеводом Барретта <i>при выявлении дисплазии низкой степени</i> рекомендовано повторное гистологическое исследование через 3 и 6 мес. после приема ИПП в стандартной дозе, далее (при сохранении дисплазии низкой степени при контрольном исследовании) — 1 раз в год; пациентам с пищеводом Барретта <i>при выявлении дисплазии высокой степени</i> рекомендовано повторное (в течение первых 3-х мес.) комплексное эндоскопическое исследование с прицельной биопсией после предшествующего приема ИПП в стандартной дозе и двойное прочтение биопсийного материала (пересмотр материала специалистом-патологом в референсном центре); при подтверждении диагноза дисплазии высокой степени или рак <i>in situ</i> пациента следует направить в медицинскую организацию, оказывающую помощь по онкологическому профилю с последующим решением вопроса об эндоскопическом или хирургическом лечении; — ежегодный эндоскопический скрининг с целью выявления пищевода Барретта у пациентов с ГЭРБ не рекомендуется; рентгенологическое исследование пищевода с барием — при наличии жалоб на дисфагию (с целью исключения диффузного эзофагоспазма, стриктуры или стеноза пищевода, а также для диагностики грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и для определения необходимости хирургического лечения); суточная pH-импедансометрия — "золотой стандарт" выявления патологических рефлюксов, основными показаниями к проведению являются: <ul style="list-style-type: none"> сохраняющиеся симптомы ГЭРБ на фоне адекватной антисекреторной терапии; симптомы ГЭРБ при гипо/анацидных состояниях (после резекции желудка, атрофия слизистой оболочки желудка); атипичные формы и внепищеводные проявления ГЭРБ (Приложение 1, 2); оценка эффективности антисекреторной терапии на фоне приема препарата; оценка эффективности хирургического лечения ГЭРБ. пищеводная манометрия высокого разрешения — для детального исследования интегральных количественных и качественных показателей внутриполостного давления, координированного сокращения грудного отдела, верхнего и нижнего пищеводного сфинктера. <p>Уточнение факта приема лекарственных препаратов с оценкой их эффективности и совместимости:</p> <ul style="list-style-type: none"> показаний и противопоказаний к применению; наименований, доз и длительности приема; достигнуто/не достигнуто улучшение состояния пациента.

Таблица 2. Продолжение

Заболевание (код МКБ-10)	Регулярность профилактических посещений	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время профилактических посещений в рамках диспансерного наблюдения
1	2	3
		<p>Консультации врачей-специалистов:</p> <ul style="list-style-type: none"> • при эзофагите: <ul style="list-style-type: none"> — врач-гастроэнтеролог — рефрактерное течение заболевания (отсутствие убедительных признаков клинической и эндоскопической ремиссии в течение 4-8 нед. проведения терапии стандартными дозами ИПП), а также при подозрении на наличие осложнений заболевания (стриктура, пищевод Барретта); • при гастроэзофагеальном рефлюксе с эзофагитом и цилиндроклеточной метаплазией (пищевод Барретта): <ul style="list-style-type: none"> — врач-гастроэнтеролог — 1 раз в год; — врач-онколог по медицинским показаниям; — врач-хирург по медицинским показаниям. <p>Оценка достижения целевых показателей здоровья:</p> <ul style="list-style-type: none"> • нормализация нутритивного статуса; • ИМТ 18,5-24,9 кг/м², окружность талии <94 см (мужчины) и <80 см (женщины); • прекращение воздействия табака в любой форме; • отказ от употребления алкоголя; • здоровое питание с исключением трансжиров, с низким содержанием насыщенных жиров, с акцентом на потребление цельнозерновых продуктов, овощей, фруктов и рыбы (при отсутствии противопоказаний и/или ограничений); • физическая активность умеренной интенсивности — не <150-300 мин в неделю, высокой интенсивности — не <75-150 мин в неделю (при отсутствии противопоказаний и/или ограничений); • другие целевые показатели в соответствии с индивидуальным планом лечения по основному заболеванию: <ul style="list-style-type: none"> — купирование клинических симптомов; — эпителизация эрозивно-язвенных дефектов слизистой оболочки пищевода; — поддержание клинической и эндоскопической ремиссии; — отсутствие осложнений. <p>Краткое профилактическое консультирование (при наличии факторов риска) включает обсуждение всех индивидуальных факторов риска, рекомендации по профилактике модифицируемых факторов и психоэмоционального стресса, что важно для всех пациентов, особенно с отягощенным наследственным анамнезом.</p> <p>Назначение или корректировка немедикаментозной и медикаментозной терапии:</p> <ul style="list-style-type: none"> • модификация образа жизни: нормализация массы тела, исключение курения, отказ от употребления алкоголя; • коррекция диеты (избегать употребления продуктов, усиливающих газообразование, с высоким содержанием жира, чеснока, лука, перца, острых соусов и приправ, томатов и кетчупа, мучных изделий, шоколада, кофе, крепкого чая, газированных минеральных вод, цитрусовых, кислых фруктовых соков. Исключение кислой пищи. Прием пищи небольшими порциями, регулярно; исключение перекусов; прием пищи не позднее, чем за 2 ч до сна); • соблюдение других немедикаментозных рекомендаций: <ul style="list-style-type: none"> — избегать ношения тугих поясов, корсетов и бандажей; — исключить поднятие тяжестей более 8-10 кг на обе руки, работы, сопряженные с наклоном туловища вперед, физические упражнения, связанные с перенапряжением мышц брюшного пресса сразу после и в течение 2-3 ч после приема пищи; — сон с приподнятым на 10-15 см головным концом кровати или использование клиновидной подушки (предназначена для принятия пациентом правильной позы во время сна и отдыха, обеспечивает мягкий наклон, который уменьшает кислотный рефлюкс, изжогу, способствует уменьшению выраженности нарушений дыхания во сне и микроаспираций в дыхательные пути);

Таблица 2. Продолжение

Заболевание (код МКБ-10)	Регулярность профилактических посещений	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время профилактических посещений в рамках диспансерного наблюдения
1	2	3
		<ul style="list-style-type: none"> уточнение наличия сопутствующих заболеваний, проявления которых могут отягощать течение ГЭРБ (заболевания, протекающие с хроническим кашлем, хронический запор и др.); коррекция фармакотерапии; при возможности — коррекция терапии сопутствующих заболеваний с ограничением приема лекарственных препаратов, способствующих релаксации нижнего пищевого сфинктера. <p>Определение показаний к госпитализации (Приложение 5).</p> <p>Определение наличия показаний и отсутствия противопоказаний для направления на санаторно-курортное лечение (Приложение 6).</p> <p>Информирование пациента о результатах проведенного диспансерного осмотра:</p> <ul style="list-style-type: none"> информирование о течении болезни по данным объективной оценки; выдача рекомендаций, информирование о целевых уровнях показателей здоровья; информирование о необходимости регулярного динамического наблюдения; информирование о необходимости прохождения диспансеризации и ежегодного профилактического медицинского осмотра, а также углубленной диспансеризации⁴; назначение даты следующего диспансерного осмотра. <p>Направление на вакцинацию:</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 при наличии медицинских показаний⁵; проверка/составление индивидуального плана вакцинопрофилактики. <p>Направление пациента с наличием факторов риска ХНИЗ в отделение/кабинет медицинской профилактики или центр здоровья для проведения углубленного профилактического консультирования с целью коррекции факторов риска.</p> <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.</p> <p>Оформление медицинской документации:</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"⁶; формы №057/у-04 "Направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию" (при необходимости)⁷.

⁴ 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 (07.08.2024).

⁵ 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 (07.08.2024).

⁶ 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 (07.08.2024).

⁷ 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 (07.08.2024).

Таблица 2. Продолжение

Заболевание (код МКБ-10)	Регулярность профилактических посещений	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время профилактических посещений в рамках диспансерного наблюдения
1	2	3
Ахалазия кардиальной части пищевода (К 22.0) (Приложение 4)	<p>Первое посещение: при взятии под ДН.</p> <p>Далее — не реже 1 раза в год.</p> <p>Контролируемый показатель: • отсутствие данных о ЗНО по результатам ЭГДС с множественной биопсией.</p> <p>Длительность наблюдения: • пожизненно.</p>	<p>Сбор жалоб с оценкой динамики:</p> <ul style="list-style-type: none"> • дисфагия; • загрудинные боли в области нижней трети грудины при глотании или вне приема пищи; • тупые боли, иногда жгучие, возникающие при прохождении пищи по пищеводу (одинофагия); • регургитация (срыгивание); • икота; • тошнота; • слюнотечение; • изжога; • одышка и кашель; • слабость; • снижение веса и признаки нутритивной недостаточности. <p>Сбор анамнеза:</p> <ul style="list-style-type: none"> • длительность наличия дисфагии; • динамика частоты возникновения дисфагии; • наличие провоцирующих факторов дисфагии; • чем купируется нарушение глотания; • наличие и характер регургитаций; • ночной кашель; • наличие симптома "мокрой подушки" (Приложение 4); • наличие эзофагита; • снижение массы тела; • наличие сопутствующих заболеваний. <p>Физикальное обследование:</p> <ul style="list-style-type: none"> • антропометрические измерения (рост, вес, окружность талии); • расчет ИМТ; • пальпация пульса на периферических артериях; • измерение ЧСС; • измерение АД; • оценка наличия и распространенности отеков; • оценка состояния шейных вен (набухание, пульсация); • пальпация щитовидной железы (определение размеров, подвижности и болезненности); • аусcultация сердца и легких; • перкуссия, пальпация живота, печени, селезенки; • подсчет частоты дыхательных движений. <p>Оценка факторов риска и анализ их динамики:</p> <ul style="list-style-type: none"> • избыточная масса тела ($ИМТ \geq 25 \text{ кг}/\text{м}^2$) и ожирение ($ИМТ \geq 30 \text{ кг}/\text{м}^2$), абдоминальное ожирение (окружность талии $> 94 \text{ см}$ у мужчин и $> 80 \text{ см}$ у женщин) или дефицит массы тела ($ИМТ < 18,5 \text{ кг}/\text{м}^2$); • употребление алкоголя: всем пациентам рекомендуется отказаться от употребления алкоголя; • статус курения: всем пациентам рекомендуется отказ от курения. <p>Следует разъяснить пациенту патологические последствия курения табака и электронных средств доставки никотина, необходимость лечебно-профилактических мероприятий по оказанию помощи по отказу от курения;</p> <ul style="list-style-type: none"> • артериальная гипертензия (систолическое АД $\geq 140 \text{ мм рт.ст.}$ и/или диастолическое АД $\geq 90 \text{ мм рт.ст.}$): всем пациентам при АД $\geq 130/80 \text{ мм рт.ст.}$ разъяснить значимость профилактики повышения уровня АД и его контроля; • физическая активность: не $< 150-300 \text{ мин}$ в неделю, высокой интенсивности — не $< 75-150 \text{ мин}$ в неделю (при отсутствии противопоказаний и/или ограничений). <p>Оценка динамики состояния пациентов после пневмокардиодилатации (по шкале Eckardt) — 1 раз в год (Приложение 4).</p>

Таблица 2. Продолжение

Заболевание (код МКБ-10)	Регулярность профилактических посещений	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время профилактических посещений в рамках диспансерного наблюдения
1	2	3
		<p>Лабораторные исследования (сравнение показателей с нормой и/или целевым уровнем, анализ динамики):</p> <ul style="list-style-type: none"> общий анализ крови — 1 раз в год; биохимический анализ крови (общий белок, общий билирубин, АСТ, АЛТ, креатинин, мочевина, холестерин, глюкоза) — 1 раз в год; общий анализ мочи (наличие кетоновых тел) — по показаниям; оценка нутритивного статуса (альбумин, электролиты, витамин В₁₂, фолиевая кислота, витамин D, железо, ферритин) — по показаниям. <p>Инструментальные исследования:</p> <ul style="list-style-type: none"> полипозиционное рентгенологическое исследование пищевода с сульфатом бария — 1 раз в год; ЭГДС с биопсией пищевода и гистологическим исследованием биоптатов для исключения ЗНО — 1 раз в год. <p>Уточнение факта приема лекарственных препаратов с оценкой их эффективности и совместимости:</p> <ul style="list-style-type: none"> показаний и противопоказаний к применению; наименований, доз и длительности приема; достигнуто/не достигнуто улучшение состояния пациента. <p>Консультации врачей-специалистов:</p> <ul style="list-style-type: none"> врач-гастроэнтеролог по медицинским показаниям; врач-онколог по медицинским показаниям (в т.ч. выявление дисплазии или adenокарциномы по результатам биопсии); врач-хирург по медицинским показаниям. <p>Оценка достижения целевых показателей здоровья:</p> <ul style="list-style-type: none"> ИМТ 18,5-24,9 кг/м², окружность талии <94 см (мужчины) и <80 см (женщины); прекращение воздействия табака в любой форме; отказ от употребления алкоголя; здоровое питание с исключением трансжииров, с низким содержанием насыщенных жиров, с акцентом на потребление цельнозерновых продуктов, овощей, фруктов и рыбы (при отсутствии противопоказаний и/или ограничений); физическая активность умеренной интенсивности — не <150-300 мин в неделю, высокой интенсивности — не <75-150 мин в неделю (при отсутствии противопоказаний и/или ограничений); соблюдение режима питания: 4-х или 5-разовое питание небольшими по объёму порциями, тщательное пережевывание пищи; сон с приподнятым на 10-15 см головным концом кровати или использование клиновидной подушки; другие целевые показатели в соответствии с индивидуальным планом лечения по основному заболеванию. <p>Краткое профилактическое консультирование (при наличии факторов риска) включает обсуждение всех индивидуальных факторов риска, рекомендации по профилактике модифицируемых факторов и психоэмоционального стресса, что важно для всех пациентов, особенно с отягощенным наследственным анамнезом.</p> <p>Назначение или корректировка немедикаментозной и медикаментозной терапии:</p> <ul style="list-style-type: none"> модификация образа жизни: нормализация массы тела, исключение курения, отказ от употребления алкоголя; соблюдение рекомендаций по питанию: <ul style="list-style-type: none"> прием пищи малыми порциями 5-6 раз в день; тщательное пережевывание; сразу после приема пищи не следует наклоняться и ложиться, исключить физическую активность в течение 2-3 ч после приема пищи; пища должна быть механически и химически щадящей; после еды необходимо выпить жидкость для удаления из пищевода остатков пищи;

Таблица 2. Продолжение

Заболевание (код МКБ-10)	Регулярность профилактических посещений	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время профилактических посещений в рамках диспансерного наблюдения
1	2	3
		<ul style="list-style-type: none"> для предотвращения аспирации пищевых масс, оставшихся в пищеводе, в дыхательные пути — сон на кровати с приподнятым изголовьем или использование клиновидной подушки; коррекция фармакотерапии; коррекция терапии сопутствующих заболеваний. <p>Определение показаний к госпитализации (Приложение 5).</p> <p>Определение наличия показаний и отсутствия противопоказаний для направления на санаторно-курортное лечение (Приложение 6).</p> <p>Информирование пациента о результатах проведенного диспансерного осмотра:</p> <ul style="list-style-type: none"> информирование о течении болезни по данным объективной оценки; выдача рекомендаций, информирование о целевых уровнях показателей здоровья; информирование о необходимости регулярного динамического наблюдения; информирование о необходимости прохождения диспансеризации и ежегодного профилактического медицинского осмотра, а также углубленной диспансеризации; назначение даты следующего диспансерного осмотра. <p>Направление на вакцинацию:</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 при наличии медицинских показаний⁸; проверка/составление индивидуального плана вакцинопрофилактики. <p>Направление пациента с наличием факторов риска ХНИЗ в отделение/кабинет медицинской профилактики или центр здоровья для проведения углубленного профилактического консультирования с целью коррекции факторов риска и динамического наблюдения в процессе лечения.</p> <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.</p> <p>Оформление медицинской документации:</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"⁹; формы №057/у-04 "Направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию" (при необходимости)¹⁰.

Сокращения: АД — артериальное давление, АЛТ — аланинаминотрансфераза, АСТ — аспартатаминотрансфераза, ДН — диспансерное наблюдение, ГЭРБ — гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, ЗНО — злокачественные новообразования, ИМТ — индекс массы тела, ИПП — ингибиторы протонной помпы, ХНИЗ — хронические неинфекционные заболевания, ХОБЛ — хроническая обструктивная болезнь легких, ЧСС — частота сердечных сокращений, ЭГДС — эзофагодуоденоскопия.

⁸ 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 (07.08.2024).

⁹ 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 (07.08.2024).

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" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 декабря 2004 г., регистрационный № 6188). СПС Консультант Плюс (07.08.2024).

Приложение 1. Эзофагит. Клиника, диагностика, лечение

Адаптировано из клинических рекомендаций Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению инфекционного эзофагита и клинических рекомендаций Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению эозинофильного эзофагита.

Как самостоятельное заболевание эзофагиты встречаются относительно редко. Они, как правило, вторичны и сопутствуют другим заболеваниям органов пищеварения.

Одной из самых распространенных причин развития эзофагита является ГЭРБ (Приложение 2).

Клиническая картина эзофагита независимо от этиологии может быть крайне разнообразной — от незначительных симптомов до крайне тяжелого течения заболевания с развитием грозных осложнений.

Инфекционный эзофагит, как правило, имеет острое начало. Ведущим симптомом при инфекционном эзофагите являются одинофагия (боль по ходу пищевода при глотании) и дисфагия (затруднение при глотании твердой пищи) вследствие частого развития эрозивно-язвенных поражений СО пищевода. Также возможно появление изжоги, дискомфорта или жгучей боли за грудиной, тошноты и рвоты, не приносящей облегчения. Появлению пищеводных жалоб могут предшествовать внепищеводные проявления, в частности субфебрильная температура, респираторные симптомы и др. У части пациентов инфекционный эзофагит может протекать бессимптомно. Поскольку инфекционный эзофагит часто протекает на фоне иммунодефицита крайне важно выявить причину и тяжесть иммунодефицитного состояния.

Типичными жалобами пациентов с эозинофильным эзофагитом становятся дисфагия, эпизоды вклиниения пищевого комка (задержка только что проглоченного пищевого комка в просвете пищевода, требующая применения различных компенсаторных приемов), боль в грудной клетке, несвязанная с глотанием. Дисфагия может иметь длительный анамнез либо манифестирувать остро. Среди сопутствующей патологии у пациентов с эозинофильным эзофагитом часто выявляются другие заболевания атопической природы — бронхиальная астма, аллергический ринит, экзема, иммуноглобулин Е-опосредованная пищевая аллергия.

Для **диагностики** применяется эзофагодуоденоскопии, позволяющая выявить воспаление дистального отдела пищевода, его распространенность, наличие эрозивно-язвенных дефектов. Для подтверждения диагноза эозинофильного эзофагита необходимо гистологическое исследование биоптатов СО пищевода. Биопсия должна быть взята как минимум из 6 различных участков СО пищевода, особенно из тех, где эндоскопические изменения наиболее выражены. Критерием установления диагноза эозинофильного эзофагита является эозинофильная инфильтрация СО с плотностью эозинофилов ≥ 15 в поле зрения микроскопа при большом увеличении ($\times 400$) по крайней мере в одном из биоптатов.

При наличии жалоб на дисфагию диагностику следует начать с рентгенологического исследования пищевода с барием.

При подозрении на инфекционный эзофагит необходимо проведение дополнительных исследований, направленных на идентификацию возбудителя.

Лечение эзофагита зависит от этиологии заболевания. Всем пациентам рекомендуется диетотерапия (дробное питание малыми порциями, исключение острых и пряных блюд, маринадов и солений, горячей и холодной пищи), отказ от курения и употребления алкоголя. Пациентам с эозинофильным эзофагитом рекомендовано эмпирическое назначение элиминационной диеты с исключением 6 групп продуктов, часто вызывающих пищевую аллергию (коровье молоко, пшеница, яйца, соя, орехи, рыба и морепродукты).

При возможности — проведение этиотропного лечения (инфекционный эзофагит). С целью патогенетической терапии пациентам назначаются ингибиторы протонной помпы (ИПП), эпителий-протективная терапия (ребамипид, биоадгезивная формула на основе гиалуроновой кислоты и хондроитина сульфата, прокинетики), а для симптоматического лечения могут применяться антациды и алгинаты.

При лечении инфекционного эзофагита особое внимание следует обратить на терапию заболевания, на фоне которого развилось заболевание, по возможности ограничить в использовании глюкокортикоидов, антибиотиков, иммуносупрессивных препаратов.

В качестве **этиотропной терапии** при лечении кандидозного эзофагита применяют противогрибковые препараты: флуконазол в начальной дозе 400 мг, затем по 200-400 мг один раз в день в течение 14-21 дней. При рефрактерности к лечению флуконазолом рекомендуется назначение вориконазола в дозе 200 мг два раза в день или итраконазола в дозе 200 мг один раз в день в течение 14-21 дней. При неэффективности терапии азолами или наличии противопоказаний к их применению, а также при отсутствии возможности проведения пероральной терапии пациентам с кандидозом пищевода с целью этиотропной терапии рекомендуется парентеральное назначение эхинокандинов: микафунгин 150 мг/сут., каспофунгин с начальной дозы 70 мг/сут., затем 50 мг/сут. или анидулафунгин 200 мг/сут. в течение 14-21 дней. При беременности амфотерицин назначается в дозировке 0,3-0,7 мг/кг/сут. в течение 21 дня.

При герпетическом эзофагите применяют ацикловир в дозировке 400 мг 5 раз в день в течение 14-21 дней. Также может быть назначен пероральный прием фамцикловира 500 мг 3 раза в день или валацикловира по 1 г 3 раза в сутки в течение 14-21 дней.

При развитии цитомегаловирусного эзофагита — внутривенное введение ганцикловира в дозе 5 мг/кг/сут. в течение 3-6 нед.

Пациентам с эзофагитом, вызванным вирусом опоясывающего лишая и ветряной оспы (*Varicella Zoster*), рекомендуется пероральное назначение противовирусной терапии ацикловиром в дозе 800 мг 5 раз в день в течение 7 дней.

Необходимо отметить, что при назначении противогрибковых и противовирусных препаратов для лечения инфекционного эзофагита не рекомендовано одновременное назначение ИПП, поскольку снижение секреции соляной кислоты в желудке может привести к снижению их абсорбции.

ИПП назначаются в стандартных дозах ([Приложение 2, таблица 5](#)).

При эзонофильном эзофагите для достижения клинической и гистологической ремиссии показано применение ИПП в стандартной дозе 2 раза в день. У пациентов с положительным ответом на инициальную терапию ИПП в качестве поддерживающей терапии также используются ИПП.

Эпителий-протективная терапия: биоадгезивная формула на основе гиалуроновой кислоты, хондроитина сульфата и полоксамира по 1 пакетику (10 мл) 3 раза в день через 30-40 мин после еды и на ночь в течение 4-5 нед.

С целью улучшения резистентности СО пищевода к повреждению назначают ребамипид по 100 мг 3 раза в день в течение 4-8 нед.

Для антродуоденальной координации и нормализации тонуса НПС дополнительно назначают **прокинетики**. Препаратором выбора является итоприда гидрохлорид. Препарат назначается в дозе 50 мг 3 раза в день за 30 мин до приема пищи курсом до 8 нед.

Антацидные препараты и альгинаты применяются в режиме "по требованию": алюминия фосфат 2,08 г, магалдрат 400 мг/800 мг и симетикон 20 мг/40 мг, алюминия гидроксид 400 мг, магния гидроксид 400 мг 3 раза в день через 1 час после еды и 4-й раз перед сном.

Хирургическое лечение при эзофагитах рекомендуется только в случаях осложненного течения, в частности, при формировании стеноза, стриктур или свищевых ходов.

Приложение 2. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Клиническая картина, диагностика, лечение

Адаптировано из клинических рекомендаций Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

Основным фактором, необходимым для возникновения ГЭРБ, является гастроэзофагеальный рефлюкс, который возникает в области перехода пищевода в желудок. Вследствие персистирующих патологических гастроэзофагеальных рефлюксов снижается резистентность СО пищевода (преимущественно его дистального отдела) с повреждением межклеточных контактов, повышением эпителиальной проницаемости, нарушением процессов клеточного обновления, формированием гиперплазии базального слоя СО пищевода, дистрофических изменений эпителиоцитов, развитием вторичной воспалительной инфильтрации в ответ на повреждение (рефлюкс-эзофагит).

ГЭРБ относится к хроническим неинфекционным заболеваниям мультифакториальной природы. Все факторы риска, способствующие развитию ГЭРБ, можно разделить на модифицируемые и немодифицируемые (таблица 3).

Таблица 3

Факторы, способствующие развитию ГЭРБ

Модифицируемые факторы	
Образ жизни	Злоупотребление алкоголем Курение Избыточная масса тела и ожирение — имеется прямая связь индекса массы тела и основных показателей суточного мониторирования рН в пищеводе. Степень избыточного веса коррелирует с длительностью снижения рН в пищеводе до 4 и ниже. При избыточном весе и ожирении слизистая пищевода дольше подвергается воздействию кислого содержимого желудка
Погрешности в диете	Употребление жирной пищи, газированных и кофеин-содержащих напитков (кофе, черный чай, кока-кола), шоколада; лука и чеснока; продуктов, содержащих большое количество кислот (цитрусовые, томаты)
Пищевые привычки	Употребление больших порций; прием пищи незадолго до сна
Частично модифицируемые факторы	
Прием лекарственных препаратов, способствующих расслаблению НПС	Блокаторы кальциевых каналов группы нифедипина, препараты, содержащие теофиллин, нитраты, прогестерон, антидепрессанты, антигистаминные препараты, спазмолитики (папаверин, но-шпа) и др.
Немодифицируемые факторы	
Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы	Современные технологии позволяют хирургическим путем устраниить данный фактор (выполнение фундопликации)
Сопутствующие состояния	
Беременность	Очень часто предрасполагает к развитию ГЭРБ — 50-80% беременных жалуются на изжогу. При увеличении матки происходит увеличение внутрибрюшного давления, что способствует возникновению рефлюкса. Кроме этого, при беременности снижается тонус НПС, и пища дольше задерживается в желудке
Склеродермия и другие заболевания соединительной ткани	Часто способствует развитию ГЭРБ, что связано с нарушением перистальтики пищевода и снижением тонуса НПС
Синдром Шегрена	Редкое заболевание, сопровождающееся снижением выработки слюны, предрасполагает к развитию ГЭРБ вследствие увеличения продолжительности пищеводного клиренса и является фактором риска развития эзофагита

Сокращения: ГЭРБ — гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, НПС — нижний пищеводный сфинктер.

Клиническая картина ГЭРБ

Все симптомы, характерные для ГЭРБ, можно разделить на пищеводные и внепищеводные.

Типичными **пищеводными симптомами ГЭРБ** являются изжога и регургитация кислым. К другим пищеводным симптомам относятся дисфагия, одинофагия, эзофагодиния и гиперсаливация. Дисфагия — симптом тревоги, требующий исключения грубой органической патологии (стеноз, структура, злокачественное новообразование пищевода).

При жалобах на наличие дисфагии в обязательном порядке должен быть направлен на рентгенологическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки с барием для уточнения проходимости пищевода.

Внепищеводные проявления ГЭРБ представляют собой различные "маски" заболевания, которые развиваются вследствие прямого воздействия рефлюкта на органы или при инициации соответствующих висцеро-висцеральных рефлексов (**таблица 4**). Нередко внепищеводные симптомы выходят на первый план в клинической картине.

Таблица 4

Внепищеводные проявления ГЭРБ

Симптомы ("маски")	Рефлюкс-индуцированная патология
Бронхолегочная маска Хронический кашель Приступы удушья	Бронхиальная астма Хроническая обструктивная болезнь легких Рецидивирующая (аспирационная) пневмония Идиопатический легочный фиброз
Оториноларингологическая маска Дисфония, осиплость голоса Боли в горле, шее Избыточное образование слизи в гортани Ощущение кома в глотке (<i>globus sensation</i>)	Хронический ларингит Ларингеальный круп Хронический фарингит Хронический ринит, отит, оталгия
Стоматологическая маска Жжение языка, щек Нарушение вкусовых ощущений Поражение эмали и твердых тканей зубов	Кариес с последующим развитием халитоза Дентальные эрозии
Кардиальная маска Боли в левой половине грудной клетки Нарушения сердечного ритма	Приступы ангинозных болей Нарушения ритма Расстройства моторики пищевода (псевдостенокардитические боли)
Анемическая маска Слабость, повышенная утомляемость	Гипохромная железодефицитная анемия

Осложнения ГЭРБ

Наиболее часто встречающиеся осложнения ГЭРБ:

- стриктуры пищевода;
- язвенные поражения пищевода;
- кровотечения из эрозий и язв пищевода;
- формирование пищевода Барретта.

Стриктуры формируются в результате рубцевания язвенных дефектов, пациенты, как правило, предъявляют жалобы на дисфагию, срыгивание съеденной пищей. Нередко на фоне недостаточного поступления питательных веществ вследствие затруднения прохождения пищи у пациентов со стриктурами пищевода наблюдается прогрессирующее снижение веса с последующим присоединением признаков нутритивной недостаточности.

Кровотечение относится к неотложным хирургическим состояниям, проявляется рвотой с примесью крови, гипотонией вплоть до потери сознания при массивной кровопотере.

*Формирование пищевода Барретта — полное замещение (метаплазия) многослойного плоскоклеточного эпителия пищевода цилиндрическим кишечным эпителием является опасным состоянием (**Приложение 3**).*

Диагностика

В клинической практике при постановке диагноза следует в первую очередь ориентироваться на то, беспокоят пациента симптомы рефлюкса или нет, вне зависимости от их частоты и длительности. Тем не менее количественные критерии весьма полезны при определении эффективности того или иного метода лечения ГЭРБ. Рекомендовано придерживаться количественных критерии диагностики ГЭРБ клиники Мэйо, получивших широкое распространение в качестве инструмента при эпидемиологических исследованиях: наличие изжоги и/или регургитации кислым как минимум 1 раз в неделю на протяжении последних 12 мес.

Диагноз ГЭРБ может быть поставлен только при наличии характерных симптомов (изжога и регургитация) или на основании результатов исследований, демонстрирующих наличие патологического рефлюкса содержимого желудка и/или двенадцатиперстной кишки (суточная pH-импедансометрия) или его повреждающее влияние на СО пищевода (эндоскопия, гистологическое исследование).

Пациентам с ГЭРБ для исследования двигательной функции пищевода, в том числе для определения наличия показаний к проведению хирургического лечения, а также для оценки эффективности антирефлюксной терапии показано проведение манометрии высокого разрешения.

Лечение

Лечение пациентов с ГЭРБ должно быть индивидуализировано в зависимости от особенностей клинического течения заболевания. Цель лечения — устранение симптомов, заживление эрозий, предупреждение развития осложнений, в том числе пищевода Барретта и ассоциированной с ним adenокарциномы пищевода (АКП).

Успешность терапии заключается не только в адекватно проведенной медикаментозной коррекции, но и в изменении образа жизни и диетических привычек.

Изменение образа жизни и диетотерапию следует считать обязательным компонентом эффективного антирефлюксного лечения пациентов с ГЭРБ. Важно соблюдение пациентом **общих мер**, которые способствуют уменьшению выраженности патологического гастроэзофагеального рефлюкса:

1. Нормализация массы тела (у пациентов с избыточной массой тела и ожирением).
2. Отказ от курения и употребления алкоголя.
3. Коррекция режима питания — рекомендовано соблюдение трех-, четырехразового питания малыми порциями, избегать так называемых "перекусов" и обильных приемов пищи, последний прием пищи — не позднее чем за 2 ч до сна.
4. Диетические рекомендации должны быть строго индивидуальны с учетом тщательного анализа связи симптомов с употреблением тех или иных продуктов. Целесообразно избегать употребления кислых продуктов и продуктов, усиливающих газообразование, а также жирной пищи, шоколада, кофе.
5. Целесообразно избегать ситуаций, способствующих повышению внутрибрюшного давления (ношения тугих поясов, корсетов и бандажей, поднятия тяжестей >8-10 кг на обе руки, работ, сопряженных с наклоном туловища вперед, физических упражнений, связанных с перенапряжением мышц брюшного пресса после и в течение 2-3 ч после приема пищи).
6. Сон с приподнятым на 10-15 см головным концом кровати или использование клиновидной подушки.
7. Пациент должен быть предупрежден о побочном действии препаратов, которые снижают тонус НПС (нитраты, антагонисты кальция группы нифедипина, теофиллин, прогестерон, антидепрессанты), или могут сами явиться причиной эзофагита (нестероидные противовоспалительные средства, доксициклин, хинидин).

Фармакотерапия

ИПП являются препаратами выбора для терапии больных ГЭРБ. Эффективность препаратов данной группы обусловлена не только снижением кислотопродукции и объема желудочного сока, но и уменьшением агрессивности рефлюктата. Суточная доза и продолжительность приема определяются формой заболевания и наличием осложнений.

При наличии единичных эрозий пищевода (степень А) основной курс может составлять 4 нед. с использованием стандартной дозы ИПП (**таблица 5**). При выявлении множественных эрозий пищевода (В-Д степени эзофагита), а также осложнений ГЭРБ, курс лечения любым препаратом из группы ИПП должен составлять не менее 8 нед.

Поддерживающую терапию после заживления эрозий следует проводить ИПП в половинной дозе. Длительность поддерживающей терапии подбирается индивидуально, в среднем 16-24 нед.

В отсутствие эрозий пищевода возможно назначение только половинной дозы ИПП курсом 4-8 нед.

Таблица 5

Эквивалентные суточные дозы ИПП в лечении ГЭРБ

Препарат	Полная терапевтическая (стандартная) доза	Неполная терапевтическая доза, необходимая для поддерживающей терапии
Омепразол	20 мг 2 раза в день	20 мг 1 раз в день
Лансопразол	30 мг 1 раз в день	15 мг 1 раз в день
Пантопразол	40 мг 1 раз в день	20 мг 1 раз в день
Рабепразол	20 мг 1 раз в день	10 мг 1 раз в день
Эзомепразол	40 мг 1 раз в день	20 мг 1 раз в день
Декслансопразол	60 мг 1 раз в день	30 мг 1 раз в день

Прекращение приема лекарственных средств после достижения заживления эрозий пищевода может привести к быстрому возникновению рецидива заболевания, поэтому многим пациентам с ГЭРБ показан поддерживающий прием ИПП (в половинных суточных дозах) в течение как минимум 6 мес., что позволяет сохранить ремиссию заболевания.

Важно отметить, что всем пациентам с ГЭРБ, которым планируется назначение ИПП на длительный срок, рекомендовано тестирование на наличие инфекции *Helicobacter pylori*, и в случае ее выявления, **проведение эрадикационной терапии** в плановом порядке [6]. Это связано с тем, что в условиях повышения pH в желудке на фоне приема ИПП наблюдается транслокация инфекции из экологической ниши — антрального отдела желудка в тело, что может способствовать прогрессированию хронического гастрита и увеличивать в последующем риск развития рака желудка.

Прокинетики способствуют восстановлению моторики пищевода, уменьшая количество спонтанных релаксаций НПС, улучшая пищеводный клиренс и ускоряя эвакуацию из желудка. Прокинетики могут применяться в составе комплексной терапии ГЭРБ вместе с ИПП для улучшения клинического прогноза. Однако не следует принимать прокинетики и антациды одновременно (в один прием).

Препарат с выраженным прокинетическим эффектом — итоприда гидрохлорид. Препарат обладает комбинированным механизмом действия, относится к средствам патогенетического лечения ГЭРБ, являясь антагонистом дофаминовых D₂-рецепторов и ингибитором ацетилхолинэстеразы. Оказывает выраженное противоротное действие, усиливает пропульсивную моторику желудка, ускоряет его опорожнение, устраняет причину рефлюкса за счет улучшения тонуса НПС и препятствует забросу кислотного содержимого в пищевод. Важной положительной стороной использования итоприда гидрохлорида при ГЭРБ считается не только быстрый и стойкий клинический эффект, но и возможность длительного применения препарата. Итоприда гидрохлорид при ГЭРБ рекомендовано назначать по 50 мг 3 раза в сутки за 30 мин до приема пищи курсом до 8 нед.

Антациды и алгинаты имеют вспомогательное значение, применяются для быстрого купирования симптомов. Антацидные средства быстро нейтрализуют соляную кислоту и могут длительно поддерживать стабильный уровень pH, назначаются между приемами пищи и на ночь до стойкого купирования симптомов заболевания, затем "по требованию". Алгинаты при взаимодействии с соляной кислотой формируют на поверхности содержимого желудка невсасывающийся гелевый барьер или "алгинатный плот", препятствующий возникновению гастроэзофагеального рефлюкса и дуоденогастроэзофагеального рефлюкса. Образование "алгинатного плота" в зоне пищеводно-желудочного перехода способствует также нейтрализации небуферизованной после приема пищи кислоты на поверхности содержимого желудка, так называемого "кислотного кармана", который играет важную роль в сохранении патологических рефлюксов при грыже пищеводного отверстия диафрагмы.

Обычно антациды и алгинаты препараты принимают 3 раза в день через 40-60 мин после еды, когда чаще всего возникают изжога или регургитация кислым, и на ночь.

Эпителий-протективная терапия: дополнительное повышение защитных свойств слизистого барьера наряду с кислотосупрессией является важным компонентом лечения ГЭРБ [7-9]. В отношении СО пищевода основной представитель этой фармакологической группы — **ребамипид**. Препарат обеспечивает защиту от агрессивного воздействия, способствуя снижению воспаления и заживлению эрозий пищевода, в том числе при комбинированном применении с ИПП.

Механизм действия ребамипода направлен на устранение основных этапов патогенеза заболевания и существенно увеличивает эффективность лечения ГЭРБ [10]. Основной целью терапии ГЭРБ является поддержание длительной ремиссии, при этом комбинация ИПП и ребамипода способствует большему регрессу жалоб у пациентов с ГЭРБ и меньшей частоте рецидивов заболевания, чем при монотерапии ИПП. Следует отметить, что применение ребамипода способствует усилению защитных свойств СО на всем протяжении пищеварительного тракта. В связи с чем препарат рекомендован в клинических ситуациях, требующих повышения резистентности СО, в том числе при эрозивной форме ГЭРБ. Ребамипид назначается по 100 мг 3 раза в день в течение 4-8 нед.

Еще одним представителем группы препаратов эпителий-протективной терапии является **биоадгезивная формула на основе гиалуроновой кислоты, хондроитина сульфата и полоксамера**. Препарат назначается по 1 пакетику (10 мл) после еды и на ночь в течение 4-6 нед.

Хирургическое лечение

Антирефлюксное хирургическое лечение показано при осложненном течении заболевания (повторные кровотечения, пептические структуры пищевода, развитие пищевода Барретта с дисплазией эпителия высокой степени, частые аспирационные пневмонии). В некоторых случаях, когда пациент с ГЭРБ по тем или иным объективным или субъективным причинам не может получать консервативную терапию, следует рассмотреть вопрос о хирургическом лечении и при неосложненном течении.

Лечение ГЭРБ у беременных представляет собой сложную задачу и требует индивидуального подбора терапии. Универсальными методами считаются рекомендации по изменению образа жизни, а также прием алгинатов. При неэффективности терапии возможно рассмотреть назначение омепразола.

Приложение 3. Пищевод Барретта. Особенности ведения пациентов

Адаптировано из: Пищевод Барретта. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации, 2014.

Пищевод Барретта — состояние, при котором специализированный цилиндрический эпителий с бокаловидными клетками (кишечная метаплазия), замещает неороговевающий многослойный плоский эпителий дистального отдела пищевода.

Распространенность пищевода Барретта среди лиц с эзофагитом приближается к 8% с колебаниями в диапазоне от 5 до 30%. В последние десятилетия наблюдается значительный рост заболеваемости АКП, которая развивается на фоне прогрессирования диспластических изменений в метаплазированном по кишечному типу эпителии СО дистального отдела пищевода. Дисплазия высокой степени и АКП развиваются у 0,4-0,6% пациентов с пищеводом Барретта с кишечной метаплазией. При этом риск развития АКП у лиц с пищеводом Барретта без дисплазии эпителия составляет 0,1% в год, при наличии дисплазии эпителия низкой степени — 0,5% в год, тогда как при дисплазии высокой степени — 6% в год.

Среди факторов риска развития пищевода Барретта наибольшее значение имеют возраст старше 50 лет, мужской пол, европеоидная раса, длительный анамнез симптомов ГЭРБ, в частности изжоги (>10 лет), наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, абдоминальное ожирение, курение.

Необходимость активного диспансерного наблюдения пациентов с пищеводом Барретта обусловлена возможностью предупреждения развития аденокарциномы пищевода в случаях ранней диагностики дисплазии эпителия.

Сложность диагностики этого заболевания заключается в отсутствии патогномоничных клинических проявлений.

Основная роль в выявлении пищевода Барретта отводится эндоскопическому исследованию. Для подтверждения диагноза пищевода Барретта производится гистологическое исследование биоптатов СО пищевода.

При выполнении эзофагодуоденоскопии, согласно Пражской классификации, определяется протяженность циркулярного сегмента метаплазированной СО (С критерий) и максимального сегмента метаплазии по любой из стенок пищевода (М критерий). Измерения производятся от уровня пищеводно-желудочного перехода. Оба показателя указываются в виде цифры, соответствующей протяженности в сантиметрах (например, пищевод Барретта C2M5).

С помощью гистологического исследования устанавливается степень дисплазии. Если выявляется дисплазия низкой степени, необходимо назначить ИПП в стандартной или двойной дозе (в зависимости от данных, полученных при проведении рН-метрии) с повторением гистологического исследования через 3 мес. При сохранении дисплазии низкой степени пациентам рекомендуется продолжить постоянный прием полной дозы ИПП и провести гистологическое исследование через 3 и 6 мес. Затем гистологическое исследование проводится ежегодно. Если выявляется дисплазия высокой степени, необходимо назначить двойную дозу ИПП с параллельной оценкой результатов гистологического исследования и последующим решением вопроса об эндоскопическом или хирургическом лечении.

При наличии у пациента с пищеводом Барретта жалоб и/или эрозивного эзофагита тактика инициальной терапии схожа с тактикой лечения неэрозивной рефлюксной болезни и рефлюкс-эзофагита.

В случае отсутствия у пациента с кишечной метаплазией каких-либо жалоб и повреждения СО, лекарственная терапия направлена на профилактику развития АКП. С данной целью рекомендуется применять стандартные дозы ИПП один раз в сутки, тогда как применение более высоких двойных доз препаратов является необоснованным.

Эндоскопические оперативные вмешательства (радиочастотная абляция, фотодинамическая терапия, резекция СО) строго показаны пациентам с пищеводом Барретта, имеющим диспластические изменения высокой степени.

Антирефлюксная хирургия у пациентов с пищеводом Барретта и грыжей пищеводного отверстия диафрагмы не продемонстрировала своей эффективности в плане уменьшения риска возникновения аденокарциномы СО пищевода.

Приложение 4. Ахалазия кардиальной части пищевода

Адаптировано из рекомендаций Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению ахалазии кардии и кардиоспазма.

Основные симптомы заболевания — прогрессирующая дисфагия, регургитация и загрудинные боли, связанные с неполным опорожнением пищевода и хроническим эзофагитом. Дисфагия при ахалазии возникает у 99% пациентов при употреблении твердой пищи и у 90-95% — жидкой.

Характер возникновения дисфагии различен для двух форм заболевания. Так, при одной из них дисфагия развивается остро, обычно среди полного здоровья, после психотравмирующей ситуации. Чаще болеют молодые люди. Пациенты могут точно указать, когда они отметили появление симптомов и с чем это было связано. Часто дисфагия имеет парадоксальный характер: хорошо проходит твердая пища, а жидкость задерживается. Необходимо отметить, что нервное перевозбуждение, непривычная обстановка, разговоры во время еды и быстрый прием пищи, особенно плохо пережеванной и холодной, способствуют увеличению выраженности дисфагии. Дисфагия может сопровождаться чувством задержки пищи в пищеводе на какое-то время с последующим "провалом" ее в желудок.

Другая форма характеризуется постепенным развитием заболевания, часто в течение многих лет, без парадоксальной дисфагии. Чаще болеют лица среднего и пожилого возраста, которые не могут вспомнить, когда именно они заболели и что послужило причиной возникновения болезни: им кажется, что они болеют всю жизнь.

Пациент может самостоятельно уменьшить выраженность дисфагии, используя различные приемы: запивание пищи большим количеством жидкости, заглатывание воздуха, повторные глотательные движения, ходьба. Немаловажное значение имеет и температура принимаемой пищи: большинство пациентов отмечают, что лучше проходит теплая и горячая пища.

Ярким симптомом заболевания является активная и пассивная регургитация, которая отмечается у 84 и 68% пациентов соответственно. Активная регургитация представляет собой срыгивание только что съеденной пищи или слизи и более характерна для начальных стадий болезни. Она возникает при незначительной дилатации пищевода, тогда как значительное расширение пищевода может привести к отсроченной регургитации, объем которой значительно больше. Пассивная регургитация возникает вне приема пищи, обычно в горизонтальном положении или при наклоне туловища вперед.

Регургитация, особенно пассивная, может сопровождаться аспирацией пищи в дыхательные пути, что может привести к появлению кашля, развитию бронхитов и пневмоний и маскировать основное заболевание.

Ночной кашель наряду с симптомом "мокрой подушки" свидетельствуют о декомпенсации заболевания и служат абсолютным показанием к проведению эндоскопического лечения.

Регургитация наблюдается особенно часто в лежачем положении. Если она возникает во время сна, то больные обнаруживают на подушке следы слизи и пищи — "симптом мокрой подушки". Также выделяют "симптом носков (шнурков)" — срыгивание при наклоне туловища вперед [11].

Еще одна характерная жалоба — боли в груди, которые наблюдаются примерно у 59% пациентов, чаще в молодом возрасте. При повышении давления в НПС и грудном отделе пищевода возникает интенсивная спастическая загрудинная боль, тогда как при атонии грудного отдела пищевода отмечается умеренно выраженные боли за грудиной распирающего характера. Боли могут возникать во время приема пищи вследствие перерастяжения стенок пищевода и проходить после срыгивания или "проваливания" пищи в желудок. Они также могут быть вызваны спазмом гладкой мускулатуры пищевода и возникать как во время приема пищи, так и без четкой связи с ним. Для 1/3 пациентов с ахалазией кардии характерна жгучая боль по ходу пищевода, возникающая вследствие прямого раздражающего действия на пищевод остатков, задержавшихся в нем пищи и лактата, продукция которого повышена при избыточной бактериальной ферментации сохраняющихся в пищеводе углеводов.

Один из симптомов ахалазии — уменьшение массы тела (в среднем на 5-10 кг), наблюдается у 61% пациентов и коррелирует с тяжестью течения заболевания.

Примерно у 8% пациентов вследствие длительной обструкции дистального отдела пищевода возникает икота, приводящая к раздражению диафрагмального нерва.

Истинную ахалазию кардии следует отличать от феномена нарушения проходимости кардии, при котором повышается суммарное давление расслабления НПС.

Диагностика

При рентгеноконтрастном исследовании обнаруживают расширение и деформацию пищевода, конусовидное сужение в области НПС, задержку контрастной массы в пищеводе, отсутствие газового пузыря желудка.

При эндоскопии диагностируют дилатацию и девиацию просвета пищевода, наличие в нем остатков пищи, жидкости и слизи, равномерность раскрытия кардии при инсuffляции воздуха и возможность проведения эндоскопа в желудок. "Золотым стандартом" обследования пациентов с подозрением на ахалазию является манометрия.

Лечение

Существующие методы лечения кардиоспазма и ахалазии кардии (консервативные, эндоскопические, хирургические) направлены на расширение кардии тем или иным способом либо снижение ее тонуса, для того чтобы улучшить прохождение пищи через область пищеводно-желудочного перехода.

Наилучшие результаты достигаются у пациентов с ахалазией II типа (по Чикагской классификации). В то же время отсутствие перистальтики (I тип) и выраженную гипermоторную дискинезию грудного отдела пищевода (III тип) можно рассматривать в качестве прогностических критериев высокого риска рецидива ахалазии кардии после кардиодилатации.

Диета и модификация образа жизни

Пациентам с ахалазией кардии необходимо назначить диету с исключением острых и кислых продуктов. Пища должна быть теплой, принимать ее нужно медленно, тщательно пережевывая. Оптимальным считается 4-х или 5-разовое питание небольшими по объему порциями. Следует также отметить, что существует индивидуальный набор продуктов, усиливающих дисфагию у конкретных пациентов, которые целесообразно исключить из рациона.

После приема пищи не следует принимать горизонтальное положение во избежание регургитации. Во время сна пациент не должен находиться в строго горизонтальном положении, так как пища может задерживаться в пищеводе до нескольких часов, а верхний пищеводный сфинктер расслабляется во время сна, что приводит к пассивной регургитации и возможной аспирации в дыхательные пути.

Лекарственная терапия

Для консервативного лечения пациентов с ахалазией кардии используют две группы препаратов: блокаторы кальциевых каналов и нитраты. Чаще всего применяют нифедипин и изосорбид мононитрат в дозе 5-10 мг, которые следует принимать за 20-30 мин до приема пищи. Эти лекарственные средства снижают давление НПС в среднем на 47-63%, однако полностью купировать симптомы ахалазии удается редко.

Необходимо также помнить о возможных побочных эффектах этих препаратов, из которых наиболее часто возникают головная боль, артериальная гипотензия, головокружение.

Лекарственную терапию применяют в случае невозможности использовать альтернативные методы при лечении пациентов, ожидающих выполнения пневмокардиодилатации или хирургического лечения, и как сопутствующую терапию ахалазии кардии, сопровождающейся рефрактерной болью в груди.

Пероральная эндоскопическая миотомия

При лечении пациентов с ахалазией кардии первично целесообразно использовать неоперативные методы, основной из которых — пероральная эндоскопическая миотомия (POEM, *peroral endoscopic myotomy*). Суть метода состоит в следующем: с помощью специальных инструментов делают продольный надрез СО пищевода на протяжении 1,5-3 см примерно на 10-12 см выше пищеводно-желудочного перехода, через который в подслизистый слой вводят эндоскоп. Под визуальным контролем на всем протяжении вплоть до малой кривизны желудка как минимум на 3 см ниже пищеводно-желудочного перехода создают туннель между СО и мышечным слоем путем последовательного пересечения соединительнотканых волокон и сосудов, затем постепенно рассекают циркулярные мышечные волокна в направлении сверху вниз. Дефект в СО клипируют. POEM является эффективным и безопасным методом.

Пневмокардиодилатация

Процедура пневмокардиодилатации (ПД) основана на расширении суженного участка пищеводно-желудочного перехода с помощью кардиодилататора, в результате чего снижается давление НПС и улучшается пассаж пищи по пищеводу. Эффективность ПД варьирует от 60 до 85%, снижаясь пропорционально количеству проводимых курсов лечения. У 30-40% пациентов возникает рецидив клинической симптоматики, в связи с чем требуется повторное лечение. После появления POEM используется реже. После выполнения ПД могут отмечаться боли в груди, повреждение СО пищевода и гематома, повышение

шение температуры тела и аспирационная пневмония, однако риск их развития очень мал. Достаточно редко после процедуры развивается ГЭРБ.

Для мониторирования состояния после ПД (не реже 1 раз в год), жалобы пациентов могут быть оценены по шкале Eckardt (**таблица 6**).

Таблица 6

Оценка состояния пациента с ахалазией кардии после лечения по шкале Eckardt

Симптомы	Баллы*			
	0	1	2	3
Дисфагия	Никогда	Периодически	1 раз в день	Каждый прием пищи
Регургитация	Никогда	Периодически	1 раз в день	Каждый прием пищи
Боли в груди	Никогда	Периодически	1 раз в день	Каждый прием пищи
Уменьшение массы тела	Нет	<5 кг	5-10 кг	>10 кг

Примечание: * — 0-3 балла — ремиссия, более 4 баллов — неэффективность ПД.

Введение ботулинового токсина

Процедура основана на интрамуральном эндоскопическом введении ботулинового токсина А в НПС в суммарной дозе 80-100 ЕД, по 1 мл препарата (20-25 ЕД) в каждый из четырех квадрантов НПС под визуальным контролем. Эффективность через год наблюдения около 40%, в связи с чем иногда требуется повторная инъекция ботулинового токсина. Несмотря на безопасность и простоту выполнения, этот метод можно рассматривать в качестве альтернативного варианта только при лечении пациентов, имеющих абсолютные противопоказания к эндоскопическому и оперативному вмешательству, особенно среди лиц старшей возрастной группы, при наличии тяжелой сопутствующей патологии, а также при наличии S-образного пищевода.

Хирургическое лечение

При неэффективности нехирургических методов решается вопрос о необходимости выполнения оперативного вмешательства. Основным оперативным вмешательством является эзофагокардиомиотомия с неполной фундопликацией для предупреждения рефлюкса. По отдаленным результатам, эффективность этого метода превосходит ПД, однако из-за травматичности любого оперативного вмешательства, необходимости анестезиологического пособия и вероятности развития послеоперационных осложнений этот метод лечения применяют при неэффективности повторных ПД.

В терминальной стадии заболевания выполняют экстирпацию или субтотальную резекцию пищевода с одномоментной пластикой желудочной трубкой, в том числе с применением лапаро- и торакоскопической техники. Показания к выбору метода оперативного вмешательства определяют индивидуально.

Прогноз

Ахалазия кардии может быть отнесена к предраковым заболеваниям, поскольку известно, что рак развивается у 3-8% пациентов с кардиоспазмом и ахалазией кардии и вероятность его возникновения возрастает с увеличением продолжительности заболевания.

Приложение 5. Показания к госпитализации

• Эзофагит:

- неэффективность консервативной терапии;
- развитие осложнений заболевания, требующих оказания специализированной медицинской помощи;
- хирургическое и эндоскопическое лечение;

• ГЭРБ:

- рефрактерное течение при адекватной медикаментозной терапии;
- антирефлюксное хирургическое лечение в случае неэффективности медикаментозной терапии;
- развитие осложнений заболевания, требующих оказания специализированной медицинской помощи;

• Ахалазия кардиальной части пищевода:

- неэффективность нехирургических методов лечения;
- развитие осложнений заболевания, требующих оказания специализированной медицинской помощи.

Приложение 6. Показания и противопоказания для санаторно-курортного лечения¹¹

Таблица 7

Медицинские показания для санаторно-курортного лечения взрослого населения

Код по МКБ-10	Наименование заболевания	Природные лечебные ресурсы
K20	Эзофагит	Минеральные воды (питьевые), лечебные грязи
K21.0	Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом	Минеральные воды (питьевые), лечебные грязи
K21.9	Гастроэзофагеальный рефлюкс без эзофагита	Минеральные воды (питьевые), лечебные грязи
K22.0	Ахалазия кардиальной части пищевода	Минеральные воды (питьевые), лечебные грязи

Медицинские противопоказания для санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации с применением природных лечебных ресурсов:

1. Заболевания в острой и подострой стадии, в том числе острые инфекционные заболевания до окончания периода изоляции.
2. Заболевания, передающиеся половым путем.
3. Хронические заболевания в стадии обострения.
4. Воспалительные полиартропатии, системные поражения соединительной ткани, анкилозирующий спондилит, другие уточненные спондилопатии высокой степени активности.
5. Бактерионосительство инфекционных заболеваний.
6. Заразные болезни глаз и кожи.
7. Паразитарные заболевания.
8. Заболевания, сопровождающиеся стойким болевым синдромом, требующим постоянного приема наркотических средств и психотропных веществ, включенных в списки II и III Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, зарегистрированных в качестве лекарственных препаратов.
9. Туберкулез любой локализации в интенсивную фазу лечения при наличии бактериовыделения, подтвержденного бактериоскопическим, бактериологическим или молекулярно-генетическим методами.
10. Новообразования неуточненного характера (при отсутствии письменного подтверждения в медицинской документации пациента о том, что пациент (законный представитель пациента) предупрежден о возможных рисках, связанных с осложнениями заболевания в связи с санаторно-курортным лечением).
11. Злокачественные новообразования, требующие противоопухолевого лечения, в том числе проведения химиотерапии.
12. Эпилепсия с текущими приступами, в том числе резистентная к проводимому лечению.
13. Эпилепсия с ремиссией менее 6 мес. (для санаторно-курортных организаций не психоневрологического профиля).
14. Психические расстройства и расстройства поведения в состоянии обострения или нестойкой ремиссии, в том числе представляющие опасность для пациента и окружающих.
15. Психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением психоактивных веществ.
16. Кахексия любого происхождения.
17. Неизлечимые прогрессирующие заболевания и состояния, требующие оказания паллиативной медицинской помощи.
18. Заболевания и состояния, определенные по результатам научных исследований природных лечебных ресурсов, в том числе с учетом результатов соответствующей многолетней практики.

¹¹ Приказ Минздрава России от 27.03.2024 №143н "Об утверждении классификации природных лечебных ресурсов, указанных в пункте 2 статьи 2.1 Федерального закона от 23.02.1995 №26-ФЗ "О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах", их характеристик и перечня медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации с применением таких природных лечебных ресурсов". СПС Консультант Плюс (07.08.2024).

Приложение 7. Информация для пациента с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью

<p>Что такое гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ)?</p> 	<p>ГЭРБ — хроническое заболевание, при котором возникает заброс содержимого желудка или двенадцатиперстной кишки в пищевод с последующим повреждением слизистой оболочки пищевода.</p> <p>Типичные симптомы ГЭРБ:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ изжога; ✓ срыгивание (регургитация кислым); ✓ отрыжка.
<p>В каких случаях необходимо обратиться к врачу?</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ затрудненное и/или болезненное глотание; ✓ тошнота и/или рвота; ✓ боль в грудной клетке; ✓ боль в животе; ✓ немотивированное снижение массы тела; ✓ повышение температуры тела; ✓ сохранение симптомов, несмотря на лечение.
<p>Чем опасна ГЭРБ?</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ рубцеванием с сужением просвета пищевода (стриктурами) и затруднением прохождения пищи; ✓ кровотечениями из эрозий и язв пищевода; ✓ предраковым состоянием, при котором увеличивается риск adenокарциномы пищевода (пищеводом Барретта).
<p>Изменение образа жизни</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ отказ от курения; ✓ нормализация массы тела: целевые значения окружности талии для женщин <80 см, для мужчин <94 см; ✓ сон на кровати с приподнятым головным концом, если изжога или регургитация беспокоят в положении лежа; ✓ исключение физических нагрузок с напряжением пресса: поднятие тяжестей более 8-10 кг на обе руки, наклон туловища вперед после и в течение 2-3 ч после еды; ✓ не носить тугие пояса, бандажи, корсеты; ✓ избегать обильных приемов пищи и "перекусов", принимать пищу 3-4 раза в день, прекращать прием пищи не позднее, чем за 2 ч до сна; ✓ не ложиться сразу после приема пищи.
<p>Изменение рациона питания: исключить продукты и напитки, способствующие развитию рефлюкса</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ продукты, богатые жиром (цельное молоко, сливки, жирная рыба, свинина, баранина, гусиное мясо, торты, пирожные); ✓ продукты, содержащие кофеин (кофе, крепкий чай, кола, энергетические напитки); ✓ острый перец; ✓ цитрусовые, томаты, лук, чеснок; ✓ газированные напитки, алкоголь; ✓ ограничить употребление очень горячей или холодной пищи.

Литература/References

- Mayev IV, Busarova GA, Andreev DN. Diseases of the esophagus. M.: GEOTAR-Media, 2019. p. 648. (In Russ.) Маев И.В., Бусарова Г.А., Андреев Д.Н. Болезни пищевода. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. с. 648. ISBN: 978-5-9704-4874-8.
- Ivashkin VT, Yushchuk ND, Mayev IV, et al. Clinical recommendations of the Russian Gastroenterological Association for the diagnosis and treatment of infectious esophagitis. Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology. 2020;30(5):63-83. (In Russ.) Ивашин В.Т., Юшук Н.Д., Маев И.В. и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению инфекционного эзофагита. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2020;30(5):63-83. doi:10.22416/1382-4376-2020-30-5-63-83.
- Ivashkin VT, Maev IV, Trukhmanov AS, et al. Clinical recommendations of the Russian Gastroenterological Association for the diagnosis and treatment of eosinophilic esophagitis. Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology. 2018;28(6):84-98. (In Russ.) Ивашин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С. и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению эозинофильного эзофагита. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2018;28(6):84-98. doi:10.22416/1382-4376-2018-28-6-84-98.
- Ivashkin VT, Maev IV, Trukhmanov AS, et al. Recommendations of the Russian Gastroenterological Association for the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease. Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology. 2020;30(4):70-97. (In Russ.) Ивашин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С. и др. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2020;30(4):70-97. doi:10.22416/1382-4376-2020-30-4-70-97.
- Ivashkin VT, Trukhmanov AS, Gojello EA, et al. Recommendations of the Russian Gastroenterological Association for the diagnosis and treatment of achalasia of cardiology and cardiospasm. Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology and Coloproctology 2016;26(4):36-54. (In Russ.) Ивашин В.Т., Трухманов А.С., Годжелло Э.А. и др. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению ахалазии кардии и кардиоспазма. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии 2016;26(4):36-54. doi:10.22416/1382-4376-2016-4-36-54.
- Ivashkin VT, Lapina TL, Maev IV, et al. Clinical recommendations of the Russian Gastroenterological Association, the Scientific Community to promote the clinical study of the Human Microbiome, the Russian Society for the Prevention of Noncommunicable Diseases, the Interregional Association for Clinical Microbiology and Antimicrobial Chemotherapy for the diagnosis and treatment of *H. pylori* in adults. Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology. 2022;32(6):72-93. (In Russ.) Ивашин В.Т., Лапина Т.Л., Маев И.В. и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации, Научного сообщества по содействию клиническому изучению микробиома человека, Российского общества профилактики неинфекционных заболеваний, Межрегиональной ассоциации по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии по диагностике и лечению *H. pylori* у взрослых. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2022;32(6):72-93. doi:10.22416/1382-4376-2022-32-6-72-93.
- Namiot Z, Sarosiek J, Marcinkiewicz M, et al. Declined human esophageal mucin secretion in patients with severe reflux esophagitis. Dig. Dis. Sci. 1994;39:2523-9. doi:10.1007/BF02087685.
- Niv Y, Fass R. The role of mucin in GERD and its complications. Gastroenterol. Hepatol. 2011;9(1):55-9. doi:10.1038/nrgastro.2011.211.
- Van Roon AH, Mayne GC, Wijnhoven BPL, et al. Impact of gastro-esophageal reflux on mucin mRNA expression in the esophageal mucosa. J.Gastrointest. Surg. 2008;12:1331-40. doi:10.1007/s11605-008-0522-y.
- Ivashkin VT, Trukhmanov AS, Gonik MI. The use of rebamipid in the treatment of gastroesophageal reflux disease. Therapeutic Archive. 2020;92(4):98-104. (In Russ.) Ивашин В.Т., Трухманов А.С., Гоник М.И. Применение ребамипода в лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Терапевтический архив. 2020;92(4):98-104. doi:10.26442/00403660.2020.04.000568.
- Mayev IV, Dicheva DT, Penkina TV, et al. Diverticula of the upper gastrointestinal tract. Gastroenterology. Appendix to the journal Consilium medicum. 2009;1:8-12. (In Russ.) Маев И.В., Дичева Д.Т., Пенкина Т.В. и др. Дивертикулы верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Гастроэнтерология. Приложение к журналу Consilium medicum. 2009;1:8-12.

Драпкина О. М. — д.м.н., профессор, академик РАН, директор, зав. кафедрой терапии и профилактической медицины;

Ивашкин В. Т. — д.м.н., профессор, академик РАН, директор клиники пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии УКБ №2, зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии Института клинической медицины им. Н. В. Склифосовского, главный внештатный специалист-гастроэнтеролог Минздрава России;

Маев И. В. — д.м.н., профессор, академик РАН, зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии лечебного факультета;

Ливзан М. А. — д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, ректор, зав. кафедрой факультетской терапии и гастроэнтерологии;

Абдулганиева Д. И. — д.м.н., профессор, зав. кафедрой госпитальной терапии лечебного факультета;

Бакулин И. Г. — д.м.н., профессор, декан лечебного факультета, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии им. С. М. Рысса;

Бакулина Н. В. — д.м.н., профессор, зав. кафедрой терапии и клинической фармакологии;

Гаус О. В. — д.м.н., доцент, профессор кафедры факультетской терапии и гастроэнтерологии;

Дроздова Л. Ю. — к.м.н., руководитель лаборатории поликлинической терапии;

Ипатов П. В. — д.м.н., профессор, г.н.с.;

Калинина А. М. — д.м.н., профессор, руководитель отдела первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний в системе здравоохранения;

Савченко Е. Д. — к.м.н., в.н.с. отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Института профессионального образования и аккредитации;

Сененко А. Ш. — к.м.н., в.н.с. отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения;

Шептулина А. Ф. — к.м.н., в.н.с., руководитель лаборатории экспериментальной и профилактической гастроэнтерологии отдела фундаментальных и прикладных аспектов ожирения, доцент кафедры терапии и профилактической медицины;

Шепель Р. Н. — к.м.н., зам. директора по перспективному развитию медицинской деятельности, доцент кафедры терапии и профилактической медицины.



РЕБАГИТ®

СПОСОБСТВУЕТ УСТРАНЕНИЮ ПОВЫШЕННОЙ
ПРОНИЦАЕМОСТИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ –
ОСНОВНОЙ ПРИЧИНЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖКТ
И ДРУГИХ БОЛЕЗНЕЙ^{1, 2, 3, 4}



Ребамипид включен в Консенсус экспертов Российской ассоциации геронтологов и гериатров:
Новая коронавирусная инфекция SARS-CoV-2 (COVID-19) у пациентов пожилого и старческого возраста:
особенности профилактики, диагностики и лечения.

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ И МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

1. Lijima K. et al. Rebamipide, a Cytoprotective Drug, Increases Gastric Mucus Secretion in Human: Evaluations with Endoscopic Gastrin Test, *Dig Dis Sci.* 2009 Jul; 54 (7): 1500–1507.
2. Suzuki T. et al., «Prophylactic effect of rebamipide on aspirin-induced gastric lesions and disruption of tight junctional protein zonula occludens-1 distribution», *J Pharmacol Sci.* 2008 Mar;106(3):469–77.
3. Kleine A. et al. Stimulation of prostaglandin biosynthesis mediates gastroprotective effect of rebamipide in rats, *Dig Dis Sci.* 1993;38:1441–1449.
4. Tarnawski AS et al. Rebamipide activates genes encoding angiogenic growth factors and Cox2 and stimulates angiogenesis: a key to its ulcer healing action?, *Dig Dis Sci.* 2004 Feb;49(2):202-9.
Уполномоченный представитель держателя РУ в РФ: ЗАО «ПРО.МЕД.ЦС», 115193, г. Москва, ул. 7-я Кожуховская, д. 15, стр. 1. Тел./факс: (495) 679-07-03, (985) 993-04-15; info@promedcs.ru

PRO.MED.CS
Praha a.s.
www.rebagit.ru

ЛПН № 001532 (ПР-РУ) от 09.12.2022 г.