

ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России
РЕКОМЕНДУЕТ



ТАКТИКА ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА УЧАСТКОВОГО

ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО

Под редакцией
члена-корреспондента РАН О.М. Драпкиной,
академика РАН А.И. Мартынова



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие.....	4
Участники издания.....	5
Список сокращений и условных обозначений.....	7
Клинические рекомендации и доказательная медицина.....	9
Глава 1. Тактика врача-терапевта участкового при оказании медицинской помощи по поводу заболевания.....	11
1.1. Анемия железодефицитная.....	11
1.2. Анемия хронических заболеваний.....	11
1.3. Артериальная гипертензия.....	12
1.4. Внебольничная пневмония.....	24
1.5. Бронхиальная астма.....	31
1.6. Грипп.....	49
1.7. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.....	58
1.8. Дислипидемия.....	64
1.9. Инфекция мочевыводящих путей: пиелонефрит, цистит, бессимптомная бактериурия.....	71
1.10. Ишемическая болезнь сердца.....	79
1.11. Остеоартроз.....	87
1.12. Остеопороз.....	94
1.13. Острый тонзиллофарингит.....	94
1.14. Ревматоидный артрит.....	102
1.15. Сахарный диабет.....	110
1.16. Синдром раздраженного кишечника.....	122
1.17. Функциональная диспепсия.....	130
1.18. Хроническая болезнь почек.....	136
1.19. Хроническая обструктивная болезнь легких.....	143
1.20. Хроническая сердечная недостаточность.....	156
1.21. Язвенная болезнь.....	165
Глава 2. Тактика врача-терапевта участкового при оказании медицинской помощи при неотложных состояниях.....	173
2.1. Неотложная помощь при анафилактическом шоке.....	173
2.2. Неотложная помощь при ангионевротическом отеке.....	175
2.3. Неотложная помощь при приступе бронхиальной астмы.....	177
2.4. Неотложная помощь при гипертоническом кризе.....	179
2.5. Неотложная помощь при желудочно-кишечном кровотечении.....	183
2.6. Неотложная помощь при кардиогенном шоке.....	184
2.7. Неотложная помощь при отеке легких.....	188
2.8. Неотложная помощь при остром коронарном синдроме.....	189
Глава 3. Тактика врача-терапевта участкового для раннего выявления онкологической патологии.....	200
Приложение. Вакцинопрофилактика респираторных инфекций групп риска.....	203
Список литературы.....	205

ПРЕДИСЛОВИЕ

Настоящее практическое руководство из серии «Тактика врача» предназначено для врачей амбулаторно-поликлинического звена и освещает актуальные вопросы терапии.

Цель данной серии — помочь врачам первичного звена за короткое время найти оптимальное решение в любых ситуациях, придерживаясь подходов, изложенных в национальных клинических рекомендациях.

В книгу вошли наиболее часто встречающиеся болезни органов дыхания, пищеварения, а также такие важные заболевания и состояния, как хроническая сердечная недостаточность, сахарный диабет, дислипидемия и анемии. Материал изложен по единой структуре, состоящей из определения, классификаций с примерами формулировок диагноза, диагностики, лечения, реабилитации и профилактики. Особенно удачной находкой является указание для каждой болезни ориентировочных сроков временной нетрудоспособности и критериев выздоровления. В электронных приложениях авторы предложили уточняющий материал, при помощи которого врач может получать дополнительную информацию, отражающую ключевые утверждения современных рекомендаций.

Практическое руководство создано большим коллективом авторов, которые стремились понятным для врачей языком изложить оптимальный объем и последовательность лечебно-диагностических мероприятий. Формат и дизайн руководства позволили хорошо структурировать материал, ключевые вопросы диагностики и лечения изложены в виде таблиц и схем. Особенностью книги является раздел формирования приверженности пациентов к профилактике и лечению заболеваний, который содержит специальные речевые модули и инфографику.

Мы надеемся, что книга станет удобным инструментом для врачей-терапевтов участковых. В свою очередь, авторы с благодарностью примут предложения по улучшению практического руководства и критические замечания.

*Доктор медицинских наук,
профессор, член-корреспондент РАН,
директор ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России
О.М. Драпкина*

УЧАСТНИКИ ИЗДАНИЯ

Главные редакторы

Драпкина Оксана Михайловна — доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, директор ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России, президент АНО «Национальное общество усовершенствования врачей имени С.П. Боткина»

Мартынов Анатолий Иванович — доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, президент Российского научного медицинского общества терапевтов

Рецензенты

Антипушина Диана Николаевна — врач-пульмонолог ФГБУ «ГВКГ им. академика Н.Н. Бурденко» Минобороны России, г. Москва

Булгакова Елена Сергеевна — младший научный сотрудник отдела фундаментальных и прикладных аспектов ожирения ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России

Гиляревский Сергей Руджерович — доктор медицинских наук, профессор кафедры клинической фармакологии и терапии ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России, член правления Общества специалистов по сердечной недостаточности

Зятенкова Елена Витальевна — кандидат медицинских наук, врач-кардиолог ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России

Кобалава Жанна Давидовна — доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой внутренних болезней с курсом кардиологии и функциональной диагностики РУДН

Лавренова Евгения Александровна — научный сотрудник отдела фундаментальных и прикладных аспектов ожирения, врач-эндокринолог ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России

Небиеридзе Давид Васильевич — доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела профилактики метаболических нарушений ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России, член правления Всероссийского научного общества кардиологов, национальный координатор по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний от Европейского общества кардиологов

Поверина Регина Ямилевна — руководитель группы по разработке и реализации профильных образовательных программ отдела организационно-методического управления и анализа качества медицинской помощи ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России

Скрипникова Ирина Анатольевна — доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела профилактики остеопороза ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России

Смирнова Маргарита Игоревна — кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний в системе здравоохранения ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России

Хадзегова Алла Блаловна — доктор медицинских наук, профессор кафедры общей терапии, кафедры клинической функциональной диагностики ФДПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

Шаталова Анастасия Марковна — кандидат медицинских наук, заместитель директора по перспективному развитию медицинской деятельности ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России

Шепель Руслан Николаевич — помощник директора по региональному развитию ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России, руководитель отдела организационно-методического управления и анализа качества медицинской помощи ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России

Явелов Игорь Семенович — доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник отдела клинической кардиологии и молекулярной генетики ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России

Авторский коллектив

Архипов Евгений Викторович — кандидат медицинских наук, доцент кафедры общей врачебной практики факультета повышения квалификации и профессиональной подготовки специалистов ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России

Балеева Лариса Васильевна — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры кардиологии факультета повышения квалификации и профессиональной подготовки специалистов ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России

Гайфуллин Рустем Фаизович — главный врач ГАУЗ «Городская поликлиника № 21» г. Казани

Галеева Зульфия Марселевна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры кардиологии факультета повышения квалификации и профессиональной подготовки специалистов ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России

Галявич Альберт Сарварович — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой кардиологии факультета повышения квалификации и профессиональной подготовки специалистов ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России

Зинатуллина Роза Салиховна — заслуженный врач Республики Татарстан, врач-терапевт «Городская поликлиника № 21» г. Казани

Камалов Гадель Маратович — кандидат медицинских наук, доцент кафедры кардиологии факультета повышения квалификации и профессиональной подготовки специалистов ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России

Камашева Гульнара Рашитовна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры общей врачебной практики факультета повышения квалификации и профессиональной подготовки специалистов ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России

Касимова Любовь Николаевна — заместитель главного врача по экспертизе временной нетрудоспособности ГАУЗ «Городская поликлиника № 21» г. Казани

Надеева Розалия Акимовна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры общей врачебной практики факультета повышения квалификации и профессиональной подготовки специалистов ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России

Тимерзянов Айрат Исмаилович — врач-онколог ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер» Минздрава Республики Татарстан

Шулаев Алексей Владимирович — доктор медицинских наук, профессор, проректор по региональному развитию здравоохранения ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России

Менеджеры проекта

Муртазин Альберт Инзирович — координатор электронной версии

Чернобровкина Гульнара Ильдаровна — руководитель проекта «Тактика врача»

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ И ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

Клинические рекомендации (*guidelines*) — это документ, который создается группой экспертов на основании выполненного систематического анализа наилучших доказательств наиболее эффективных лечебных или диагностических вмешательств, а также содержит информацию об эпидемиологии соответствующего заболевания и его прогнозе.

Обоснованность применения каждого пункта рекомендации определяется классом рекомендаций с указанием уровня доказательности, который отражает качество и/или объем соответствующей доказательной информации, на которых основана такая рекомендация.

Классы рекомендаций по использованию метода диагностики (лечения) для описанного заболевания в упрощенном виде выражают следующую позицию авторов: «согласно представленным доказательствам, при данном заболевании это делать нужно/можно/нельзя».

- Класс I («РЕКОМЕНДУЕТСЯ»). Доказательства и/или общее соглашение свидетельствуют, что применение метода в указанной ситуации является благоприятным, полезным и эффективным.
- Класс IIa («следует рассматривать возможность применения»). Доказательства противоречивы и/или имеются противоположные мнения относительно пользы/эффективности метода, однако преобладают аргументы в пользу его применения.
- Класс IIb («можно рассматривать возможность применения»). Доказательства противоречивы и/или имеются противоположные мнения относительно пользы/эффективности метода, при этом аргументы в пользу применения метода недостаточно хорошо обоснованы.
- Класс III («НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ»). Доказательства и/или общее соглашение свидетельствуют, что применение метода не является полезным/эффективным и в некоторых случаях может навредить пациенту.

Уровень доказательности отражает степень проверенности лежащих в ее основе фактов с позиций статистики.

- Уровень А. Доказательства основаны на данных нескольких рандомизированных клинических исследований или метаанализов, что снижает вероятность методологических ошибок исследования.
- Уровень В. Доказательства основаны на данных единственного рандомизированного клинического исследования или нескольких крупных нерандомизированных исследований.
- Уровень С. Доказательства основаны на согласованных мнениях авторитетов (консенсус) и/или небольших исследованиях, ретроспективных исследованиях, регистрах.

В рекомендациях российских профессиональных ассоциаций может использоваться другая схема ранжирования: по уровню достоверности (от 1 до 4) и по уровню убедительности (от А до D). Наиболее высокий уровень рекомендаций соответствует 1А.

Доказательства эффективности какого-либо метода лечения не заменяют клиническое мышление и не снимают с врача ответственности за принятие индивидуального решения в отношении каждого конкретного пациента.

Доказательная медицина (в оригинале *evidence-based medicine*) является фундаментом, на котором базируются, во-первых, отказ от неэффективных (вредных) методик и вытеснение их из медицинской практики, во-вторых — выявление и продвижение эффективных методов медицинской помощи. Это раздел медицины, основанный на доказательствах и предполагающий поиск, сравнение, обобщение и широкое распространение полученных доказательств для использования в интересах пациентов (определение рабочей группы *Evidence Based Medicine Working Group*, 1993).

Поэтапная реализация принципов доказательной медицины включает правильно сформулированный вопрос, получение ответа, оценку доказательств, оценку применимости в данной клинической ситуации и проверку практикой.

Глава 1

ТАКТИКА ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА УЧАСТКОВОГО ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ

1.1. АНЕМИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ



1.2. АНЕМИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ



1.3. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

Артериальная гипертензия (АГ) — синдром повышения систолического артериального давления (АД) ≥ 140 мм рт.ст. и/или диастолического АД ≥ 90 мм рт.ст. при офисном измерении АД. Термин «гипертоническая болезнь», предложенный Г.Ф. Лангом в 1948 г., соответствует термину «эссенциальная гипертензия», используемому за рубежом. **Гипертоническая болезнь** — хронически протекающее заболевание, при котором повышение АД не связано с выявлением явных причин, приводящих к развитию вторичных форм АГ.

Диагноз АГ следует основывать:

- на повторных офисных измерениях АД;
- при логистической и экономической целесообразности — на данных амбулаторного суточного мониторирования АД или домашнего мониторирования АД.

КОДЫ ПО МКБ-10, КЛАССИФИКАЦИЯ



ПРИМЕРЫ ДИАГНОЗОВ

- Гипертоническая болезнь 2-й степени, стадия III, риск 4. Атеросклероз аорты, сонных артерий.
- Гипертоническая болезнь стадия II, риск 3. Нефросклероз. Хроническая болезнь почек (ХБП) 2-й стадии.
- Гипертоническая болезнь 1-й стадии, риск 2. Дислипидемия (ДЛП).
- Гипертоническая болезнь 3-й стадии, риск 4. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) I стадии с сохраненной фракцией выброса (ФВ) левого желудочка.

ФОРМУЛИРОВКА ДИАГНОЗА

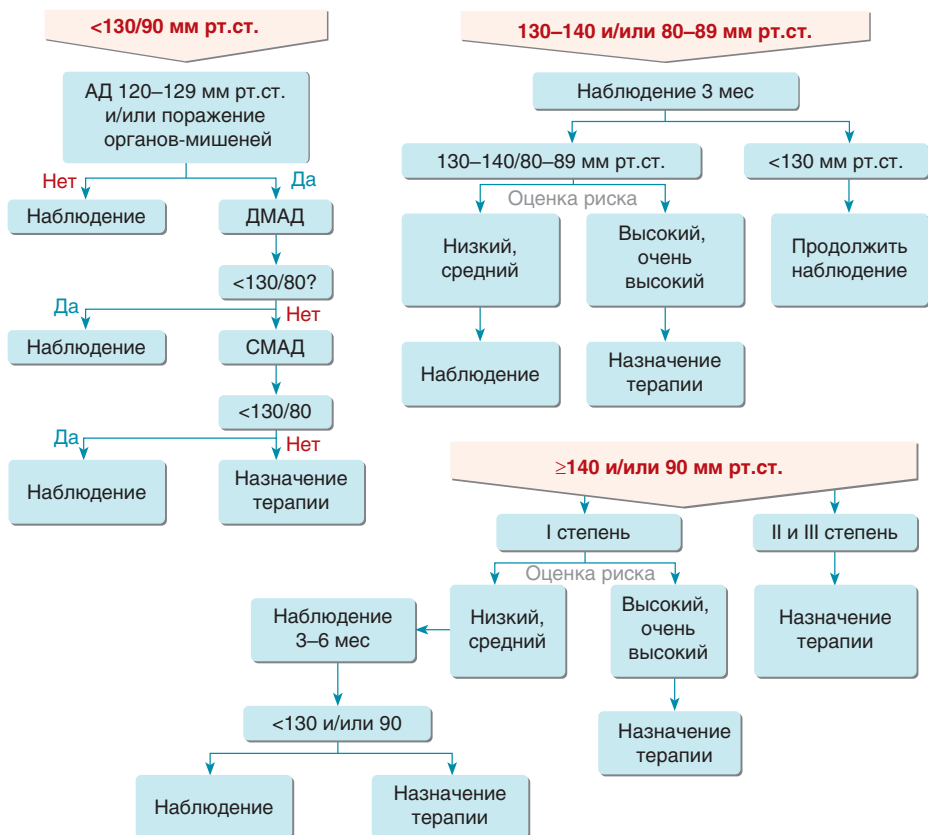


ДИАГНОСТИКА

В первую очередь у больного следует (I) подтвердить диагноз АГ, (II) исключить причины вторичной АГ и (III) оценить сердечно-сосудистый риск, поражение органов-мишеней и сопутствующие проблемы со здоровьем. Для этого необходимо измерить АД, собрать медицинский анамнез, включая семейный, провести физикальное и лабораторное обследование, а также дополнительные диагностические тесты.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Краткие алгоритмы ведения пациентов на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи (пособие для врачей-терапевтов)
(Письмо Минздрава России № 17-9/9414 от 18.01.2019 г.)



Определение стадии гипертонической болезни, сердечно-сосудистого риска

Факторы риска	Бессимптомное ПОМ	Имеющиеся ССЗ
• Мужской пол • ≥55 лет у мужчин, ≥65 лет у женщин • Курение • Дислипидемия • Глюкоза 5,6–6,9 ммоль/л, НТГ • Ожирение: ИМТ ≥30 кг/м² (в том числе абдоминальное: >94 у мужчин, >80 у женщин) • Семейный анамнез ранних ССЗ (<55 лет у мужчин, <65 лет у женщин)	• Пульсовое давление ≥60 мм рт.ст. (пожилой и старческий возраст) • ГЛЖ (индекс Соколова–Лайона >35 мм, ИММЛЖ >115 г/м² у мужчин и >95 г/м² у женщин) • КИМ >0,9 мм или бляшка • СРПВ >10 м/с • ЛПИ <0,9 • СКФ 30–60 мл/мин/м² • Микроальбуминурия	• ЦВБ (ИИ, кровоизлияния в мозг, ТИА) • ИБС: ИМ, стенокардия, реваскуляризация • Сердечная недостаточность • Клинически манифестное поражение периферических артерий • СКФ <30 мл/мин/м², протеинурия >300 мг/сут • Тяжелая ретинопатия

Исключение симптоматической АГ:

Синдром обструктивного апноэ сна, реноваскулярная, ренопаренхиматозная, эндокринная (гиперальдостеронизм, феохромоцитомы, гиперкортицизм, патология ЩЖ)

ПОМ — поражение органов-мишеней; ЦВЗ — цереброваскулярные заболевания; ХБП — хроническая болезнь почек; НТГ — нарушение толерантности к глюкозе; КИМ — комплекс интима-медиа; СРПВ — скорость распространения пульсовой волны; ГЛЖ — гипертрофия левого желудочка; СМАД — суточное мониторирование АД; ДМАД — домашнее мониторирование АД; ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания; ЛПИ — лодыженно-плечевой индекс; ЩЖ — щитовидная железа.

Критерии диагностики	Комментарии
Клиническое обследование и оценка поражения органов, опосредованного гипертензией, у больных АГ	
1. Клиническое обследование	
1.1. Цель. 1.1.1. Установление диагноза и степени АГ. 1.1.2. Скрининг для исключения возможных причин развития вторичной АГ. 1.1.3. Выявление факторов, способствующих развитию АГ (ОЖ — окружность живота, лекарственные препараты, наследственность). 1.1.4. Определение наличия сопутствующих факторов сердечно-сосудистого риска (в том числе ОЖ и семейный анамнез). 1.1.5. Выявление сопутствующих заболеваний. 1.1.6. Определение наличия поражений органов, обусловленных АГ, ССЗ, цереброваскулярными или почечными заболеваниями	Измерение АД Рекомендуется проводить скрининговое обследование для выявления АГ. Всем взрослым (лицам старше 18 лет) следует измерять офисное АД и регистрировать его в медицинской карте, а также знать свои показатели АД (IB). - Показаны дальнейшие измерения АД, не реже чем каждые 5 лет, если АД остается оптимальным (IC). - Показаны дальнейшие измерения АД, не реже чем каждые 3 года, если АД остается нормальным (IC). - Если показатели АД соответствуют высоко-нормальным значениям, рекомендуется контролировать АД как минимум ежегодно (IC). - У пациентов старшего возраста (>50 лет) рекомендуется проводить скрининговое обследование более часто для каждой категории давления, поскольку систолическое АД постепенно увеличивается с возрастом (IaC). - Рекомендуется измерять офисное АД на обеих руках хотя бы при первом посещении врача, поскольку разница показателей систолического АД >15 мм рт.ст. предполагает наличие атеросклеротического поражения сосудов и ассоциируется с повышенным сердечно-сосудистым риском (IA). - При наличии разницы АД на руках рекомендуется в дальнейшем определять АД на руке с более высокими значениями (IC). - Рекомендуется устанавливать диагноз АГ на основании: - повторных измерений офисного АД во время нескольких визитов к врачу, за исключением ситуаций, когда выявляется тяжелая АГ (например, АГ 3-й степени, особенно у лиц высокой категории риска). Во время каждого визита следует выполнить три измерения АД с интервалами 1–2 мин, дополнительные измерения следует проводить, если первые два измерения отличаются на >10 мм рт.ст. За уровень АД пациента следует принимать среднее значение из двух последних измерений (IC) или - определения внеофисных значений АД по результатам суточного и/или домашнего мониторингирования АД, в том случае, если использование этих методов оправдано экономически и удобно для выполнения (IC).

Критерии диагностики	Комментарии
	• Определение внеофисного АД (суточное или домашнее мониторирование АД) особенно рекомендуется в ряде клинических ситуаций, например, для выявления гипертензии «белого халата» и маскированной гипертензии, оценки результатов проводимого лечения, а также выявления возможных причин нежелательных явлений (например, симптомной гипотензии) (IA). • Рекомендуется оценивать пульс в покое всем пациентам с АГ для оценки сердечного ритма и выявления аритмий (IC)
2. Анамнез	
Необходимо собрать полный медицинский анамнез, при этом следует обратить особое внимание на следующие факторы: • время установления диагноза АГ, включая данные о любых предшествующих обследованиях, госпитализациях и т.п.; • все имеющиеся записи об уровнях АД в настоящем и прошлом; • все сведения о приеме АГП; • сведения о приеме любых других лекарственных препаратов; • семейный анамнез, касающийся АГ, сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), инсультов или заболеваний почек; • оценка ОЖ, включая степень физических нагрузок, динамику массы тела, диетические привычки, статус курения, употребление алкоголя, наркотических препаратов, состояние сна, а также влияние любых методов терапии на сексуальную функцию; • указание в анамнезе на наличие любых факторов сердечно-сосудистого риска; • описание и признаки всех сопутствующих заболеваний, имевших место в прошлом и наблюдающихся в настоящем; • специфические признаки, свидетельствующие о возможном вторичном генезе АГ. История течения беременностей и приема пероральных контрацептивов. История течения менопаузы и приема гормональной заместительной терапии. Употребление препаратов, обладающих прессорным действием	Факторы риска • Семейный и индивидуальный анамнез АГ, ССЗ, инсультов и заболеваний почек. • Семейный и индивидуальный анамнез ассоциированных факторов риска (например, семейной гиперхолестеринемии). • Анамнез курения. • Диетические привычки и употребление поваренной соли. • Употребление алкоголя. • Недостаток физической нагрузки/малоподвижный образ жизни. • Указание в анамнезе на эректильную дисфункцию • Состояние сна, наличие храпа, эпизодов ночного апноэ (информация от членов семьи). • Наличие АГ во время беременности/преэклампсия. • Наличие в анамнезе или признаки поражений органов, обусловленных АГ, ССЗ, инсульта и заболеваний почек. • Головной мозг и органы зрения: головные боли, вертиго, синкопе, нарушения зрения, транзиторные ишемические атаки (ТИА), нарушения моторных или сенсорных функций, инсульт, реваскуляризация сонных артерий, когнитивные нарушения, деменция (у пожилых). • Сердце: боль в грудной клетке, одышка, отеки, инфаркт миокарда, реваскуляризация коронарных артерий, синкопе, сердечные аритмии (особенно фибрилляция предсердий), сердечная недостаточность (СН). • Почки: жажда, полиурия, никтурия, гематурия, инфекции мочевыводящего тракта. • Периферические артерии: похолодание конечностей, перемежающаяся хромота, дистанция при ходьбе, боли в покое, реваскуляризация периферических артерий.

Критерии диагностики	Комментарии
	• Индивидуальный или семейный анамнез ХБП (например, поликистоз почек). Признаки возможной вторичной АГ • Развитие АГ 2-й или 3-й степени в молодом возрасте (<40 лет), или внезапное развитие АГ, или быстрое ухудшение течения АГ у пожилых. • Указания в анамнезе на заболевания почек/мочевыводящего тракта. • Употребление наркотических препаратов/субстанций/сопутствующая терапия: глюкокортикоидами, назальными вазоконстрикторами, химиотерапия. • Повторяющиеся эпизоды потливости, головных болей, тревоги или сердцебиений, дающие возможность заподозрить феохромоцитому. • Указание в анамнезе на эпизоды спонтанной или спровоцированной диуретиками гипокалиемии, приступы мышечной слабости или судорог (гиперальдостеронизм). • Признаки заболеваний щитовидной или паращитовидных желез. • Беременность или употребление оральных контрацептивов в настоящее время. • Указания в анамнезе на синдром ночного апноэ. Антигипертензивная терапия • Текущая/прошлая антигипертензивная терапия, включая эффективность и переносимость препаратов. • Приверженность терапии
3. Физикальное обследование и клиническое исследование	
Физикальное обследование предоставляет важную информацию о наличии возможных признаков вторичной АГ, сопутствующих заболеваний и поражении органов-мишеней, обусловленном АГ. Офисное АД и пульс следует оценивать, как описано ниже. Измерение АД в кабинете врача 	Основные требования к физикальному обследованию <i>Внешний вид</i> • Определение массы тела и роста с помощью калиброванных приборов, с определением индекса массы тела (ИМТ). • Окружность талии. <i>Признаки поражения органов, обусловленного АГ</i> • Неврологическое обследование и оценка когнитивного статуса. • Фундоскопия для выявления гипертонической ретинопатии. • Пальпация и аускультация сердца и сонных артерий. • Пальпация периферических артерий. • Определение АД на обеих руках (как минимум однократно)

Критерии диагностики	Комментарии
	<i>Вторичные гипертензии</i> • Осмотр кожных покровов: признаки нейрофиброматоза (феохромоцитомы). • Пальпация почек для исключения их увеличения при поликистозе. • Аускультация сердца и почечных артерий для выявления шумов, являющихся признаком коарктации аорты или реноваскулярной гипертензии. • Сравнение пульсации на радиальных и бедренных артериях для выявления задержки пульсовой волны при коарктации аорты. • Признаки синдрома Кушинга или акромегалии. • Признаки заболеваний щитовидной железы
4. Рекомендованы рутинные методы обследования при АГ	
	Рутинное обследование пациентов с АГ • Рутинные лабораторные тесты. • Гемоглобин и/или гематокрит. • Уровень глюкозы натощак и гликированного гемоглобина (HbA1c). • Уровень липидов крови: общий холестерин, липопротеины низкой плотности (ЛПНП), липопротеины высокой плотности (ЛПВП). • Триглицериды крови. • Уровень калия и натрия крови. • Уровень мочевой кислоты крови. • Уровень креатинина крови и СКФ. • Показатели функции печени. • Анализ мочи: микроскопия осадка, белок или отношение альбумин:креатинин (оптимально). • ЭКГ в 12 отведениях
5. Дополнительные инструментальные исследования, направленные на оценку поражения органов, опосредованного АГ 	

ЦЕЛЕВЫЕ ЗНАЧЕНИЯ ОФИСНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ





ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Большинство пациентов с гипертонической болезнью могут эффективно лечиться в домашних условиях, т.е. амбулаторно.

Показания для госпитализации (плановой, неотложной и экстренной)	Ориентировочные действия врача
АГ 3-й степени, резистентная к терапии	Направление на плановый консультативный прием врача-кардиолога
Гипертонический криз, осложненный	Вызов скорой медицинской помощи для экстренной госпитализации
Гипертонический криз, неосложненный	Оказание неотложной помощи в амбулаторно-поликлинических условиях



ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ



ТЕРАПИЯ И РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОБРАЗУ ЖИЗНИ В ПЕРИОД ЗАБОЛЕВАНИЯ

МОДИФИКАЦИЯ ОБРАЗА ЖИЗНИ



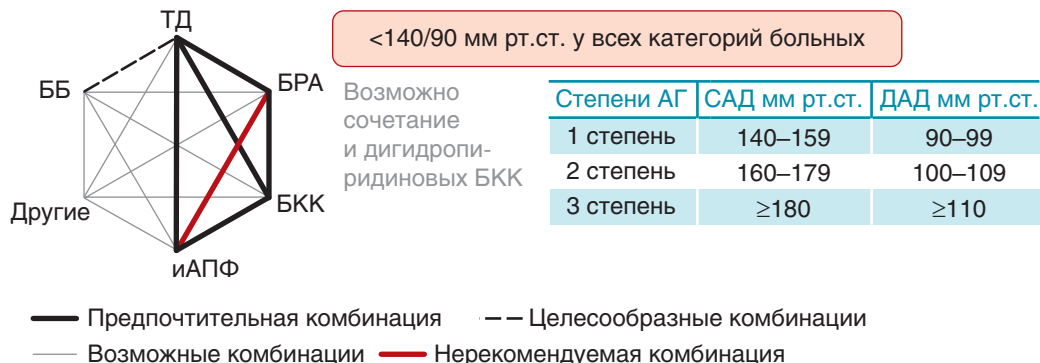
ФАРМАКОТЕРАПИЯ

Для медикаментозного лечения применяются пять основных классов препаратов: ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ), блокаторы рецепторов ангиотензина, блокаторы кальциевых каналов, тиазидные и тиазидоподобные диуретики и β -адреноблокаторы. Для терапии АГ рекомендуются пероральные пролонгированные препараты 12–24-часового действия. Рекомендуется применять алгоритмы терапии при определенных состояниях. Отдается предпочтение фиксированным комбинациям. Эффективность терапии оценивается через 2 нед терапии.

Этот алгоритм подходит для большинства пациентов с поражением органов, обусловленным АГ, цереброваскулярной болезнью, диабетом или заболеваниями периферических артерий. β -Адреноблокаторы могут быть целесообразны на любом этапе лечения при наличии специфических показаний к их назначению, например при СН, стенокардии, перенесенном инфаркте миокарда, фибрилляции предсердий, или у молодых женщин, планирующих беременность, либо беременных.

РАЦИОНАЛЬНЫЕ И НЕРАЦИОНАЛЬНЫЕ КОМБИНАЦИИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Краткие алгоритмы ведения пациентов на этапе оказания первичной
медико-санитарной помощи (пособие для врачей-терапевтов)
(Письмо Минздрава России № 17-9/9414 от 18.01.2019 г.)



Выбор препарата в зависимости от клинической ситуации

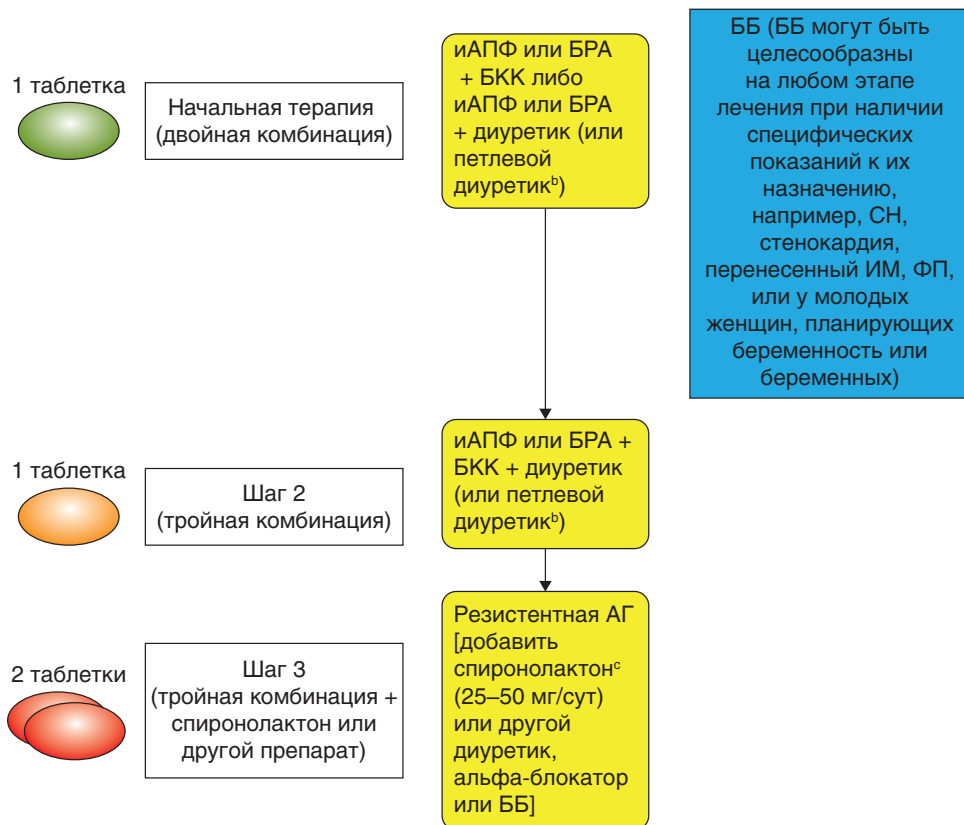
Клиническая ситуация	Препарат
ГЛЖ	иАПФ/БРА, ББК
Бессимптомный атеросклероз	ББК, иАПФ
МАУ, протеинурия, нарушение функции почек	иАПФ/БРА
Инсульт в анамнезе	Любой препарат эффективно контролирующий АД
ИМ в анамнезе	ББ, иАПФ/БРА
Стенокардия	ББ, ББК
Сердечная недостаточность	Диуретик, ББ, иАПФ/БРА, АМКР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

Порядок амбулаторного наблюдения при АГ

1. Наблюдение врачом общей практики: больные с низким/средним риском после достижения целевых значений АД (периодичность: 1 раз в 6 мес).
2. Наблюдение кардиологом:
 - больные высокого/очень высокого риска после достижения целевого АД (периодичность: 1 раз в 3 мес);
 - больные с трудноконтролируемым АД.
3. Консультация невролога, офтальмолога 1 раз в год при соответствующих симптомах.
4. Оценка эффективности подобранной схемы лечения — через 3–4 нед

ББ — бета-блокаторы; ББК — блокаторы кальциевых каналов; иАПФ — ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента; БРА — блокаторы рецепторов ангиотензина; ИСАГ — изолированная систолическая АГ; ФП — фибрилляция предсердий

СТРАТЕГИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ СОЧЕТАНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК



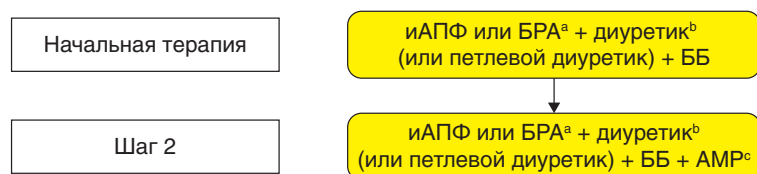
У больных с ХБП^a, получающих антигипертензивную терапию, особенно при назначении иАПФ или блокаторов рецепторов ангиотензина, можно ожидать снижения СКФ и повышения уровня креатинина, однако повышение уровня креатинина на >30% требует немедленного обследования пациента для исключения реноваскулярного поражения.

^a ХБП диагностируется при СКФ <60 мл/мин/1,72 м² вне зависимости от наличия протеинурии.

^b Использовать петлевые диуретики при СКФ <30 мл/мин/1,72 м², поскольку тиазидные/тиазидоподобные диуретики значительно менее эффективны или неэффективны при снижении СКФ до этих значений.

^c Внимание: риск гиперкалиемии при назначении спиронолактона, особенно если СКФ <45 мл/мин/1,72 м² или уровень калия исходно ≥4,5 ммоль/л.

СТРАТЕГИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ СОЧЕТАНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СО СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА



Если антигипертензивная терапия не требуется, лечение следует проводить в соответствии с рекомендациями по СН.

^a Оценить целесообразность назначения ингибитора неприлизина вместо иАПФ или блокаторов рецепторов ангиотензина в соответствии с рекомендациями по СН.

^b Диуретик: тиазидный или тиазидоподобный. Оценить целесообразность назначения петлевых диуретиков у больных с отеками.

^c Антагонисты минералокортикоидных рецепторов (АМР) (спиронолактон или эплеренон).

СТРАТЕГИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ СОЧЕТАНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ



Добавить антикоагулянт согласно рекомендациям шкалы CHA2DS2-Vasc.

^a В рутинной практике комбинация β -адреноблокаторов и недигидропиридиновых блокаторов кальциевых каналов (верапамила или дилтиазема) не рекомендуется из-за вероятности существенного уменьшения ЧСС.

Возможные противопоказания к назначению отдельных групп антигипертензивных препаратов



КРИТЕРИИ УЛУЧШЕНИЯ

Достигнуто снижение АД на 25% от исходных значений не позднее 2 ч от момента поступления в стационар (при гипертоническом кризе).

Достигнут целевой уровень АД или снижение АД от 25 до 30% исходных значений при АГ III стадии на момент выписки из стационара (согласно приказу Министерства здравоохранения РФ от 10.05.2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»).



ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ТЕРАПИИ

Приверженность терапии — соответствие поведения пациента рекомендациям врача, включая прием препаратов.

ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- При своевременном распознавании, соблюдении режима, всех правил лечения и рекомендаций лечащего врача прогноз при АГ благоприятный с минимальным риском осложнений и возникновения побочных эффектов от терапии.

КАЧЕСТВО ТЕРАПИИ

- Терапия соответствует рекомендациям по лечению больных с артериальной гипертензией 2018 ЕОК/ЕОАГ, российским рекомендациям.
- Несоблюдение врачебных требований, например отказ от лечения или его прерывание в силу разных причин, затягивает достижение целевых уровней АД и повышает вероятность развития тяжелых и опасных для жизни осложнений.

ЦЕЛЬ ТЕРАПИИ — ДОСТИЖЕНИЕ ЦЕЛЕВОГО УРОВНЯ АД И ЗАЩИТА ОРГАНОВ- МИШЕНЕЙ

- Для достижения целевых уровней АД необходимо изменить образ жизни и принимать антигипертензивную терапию.
- Достижение целевых уровней АД позволяет защитить органы-мишени от повреждений.
- Антигипертензивные препараты являются основным компонентом лечения АГ. Важно неукоснительно соблюдать рекомендуемые врачом дозы, частоту, сроки, длительность приема препаратов.

ЦЕЛЬ ТЕРАПИИ — ПЛАВНОЕ СНИЖЕНИЕ АД И ЗАЩИТА ОРГАНОВ- МИШЕНЕЙ

- Антигипертензивные препараты снижают АД. Важно помнить, что максимальный гипотензивный эффект от антигипертензивных препаратов (АГП) наступает примерно ко второй неделе от начала применения терапии.
- Необоснованно быстрая смена АГП способствует формированию негативного отношения к терапии и снижению приверженности.
- АГП применяются строго по назначению врача.

ПРИМЕНЯЕМЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

- Все назначенные препараты разрешены к медицинскому применению в Российской Федерации.
- При назначении лечения врач учитывает эффективность препарата и возможные побочные эффекты.
- Необходимо соблюдать правила приема лекарственных препаратов.



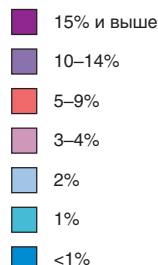
- Развернутые речевые модули формирования приверженности терапии.



СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА



Систолическое АД, мм рт.ст.	Женщины											Возраст	
	Некурящие					Курящие							
	180	7	8	9	10	12	180	13	15	17	19	22	65
	160	5	5	6	7	8	160	9	10	12	13	16	
	140	3	3	4	5	6	140	6	7	8	9	11	
	120	2	2	3	3	4	120	4	5	5	6	7	
	180	4	4	5	6	7	180	8	9	10	11	13	60
	160	3	3	3	4	5	160	5	6	7	8	9	
	140	2	2	2	3	3	140	3	4	5	5	6	
	120	1	1	2	2	2	120	2	3	3	4	4	
180	2	2	3	3	4	180	4	5	5	6	7	55	
160	1	2	2	2	3	160	3	3	4	4	5		
140	1	1	1	1	2	140	2	2	2	3	3		
120	1	1	1	1	1	120	1	1	2	2	2		
180	1	1	1	2	2	180	2	2	3	3	4	50	
160	1	1	1	1	1	160	1	2	2	2	3		
140	0	1	1	1	1	140	1	1	1	1	2		
120	0	0	1	1	1	120	1	1	1	1	1		
180	0	0	0	0	0	180	0	0	0	1	1	40	
160	0	0	0	0	0	160	0	0	0	0	0		
140	0	0	0	0	0	140	0	0	0	0	0		
120	0	0	0	0	0	120	0	0	0	0	0		
	4	5	6	7	8		4	5	6	7	8		
Концентрация общего холестерина в крови, ммоль/л													
Систолическое АД, мм рт.ст.	Мужчины											Возраст	
	Некурящие					Курящие							
	180	14	16	19	22	26	180	26	30	35	41	47	65
	160	9	11	13	15	16	160	18	21	25	29	34	
	140	6	8	9	11	13	140	13	15	17	20	24	
	120	4	5	6	7	9	120	9	10	12	14	17	
	180	9	11	13	15	18	180	18	21	24	28	33	60
	160	6	7	9	10	12	160	12	14	17	20	24	
	140	4	5	6	7	9	140	8	10	12	14	17	
	120	3	3	4	5	6	120	6	7	8	10	12	
180	6	7	8	10	12	180	12	13	16	19	22	55	
160	4	5	6	7	8	160	8	9	11	13	16		
140	3	3	4	5	6	140	5	6	8	9	11		
120	2	2	3	3	4	120	4	4	5	6	8		
180	4	4	5	6	7	180	7	8	10	12	14	50	
160	2	3	3	4	5	160	5	6	7	8	10		
140	2	2	2	3	3	140	3	4	5	6	7		
120	1	1	2	2	2	120	2	3	3	4	5		
180	1	1	1	2	2	180	2	2	3	3	4	40	
160	1	1	1	1	1	160	1	2	2	2	4		
140	0	1	1	1	1	140	1	1	1	2	2		
120	0	0	1	1	1	120	1	1	1	1	1		
	4	5	6	7	8		4	5	6	7	8		
Концентрация общего холестерина в крови, ммоль/л													



SCORE — градация суммарного сердечно-сосудистого риска

С 2003 г. европейские рекомендации по профилактике ССЗ предлагают использовать шкалу SCORE (Systematic COro-nary Risk Evaluation), поскольку она основана на данных, полученных у больших репрезентативных когорт европейского населения (доступна на:

<http://www.escardio.org/Guidelines-&Education/Practicetools/CVD-prevention-toolbox/SCORE-Risk-Charts>)

Шкала SCORE позволяет оценить 10-летний риск развития первого фатального события, ассоциированного с атеросклерозом, в зависимости от возраста, пола, статуса курения, уровня общего холестерина и систолического АД. Шкала SCORE адаптирована для различного уровня сердечно-сосудистого риска в различных европейских странах. В настоящее время шкала применима у пациентов старше 40 лет.

Необходимо минимизировать влияние модифицируемых факторов, определяющих сердечно-сосудистый риск у больных АГ. При АГ обязательно диспансерное наблюдение.

Сравнение рисков

1.4. ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ

Внебольничная пневмония — острое инфекционное воспалительное заболевание преимущественно бактериальной этиологии, возникшее во внебольничных условиях (вне стационара или позднее 4 нед после выписки из него, либо диагностированное в первые 48 ч от момента госпитализации, либо развившееся у пациента, не находившегося в домах сестринского ухода/отделениях длительного медицинского наблюдения свыше 14 сут), с поражением респираторных отделов легких (альвеол, бронхов мелкого калибра и бронхиол), частым наличием характерных симптомов (остро возникшая лихорадка, сухой кашель с последующим выделением мокроты, боль в грудной клетке, одышка) и выявлением ранее отсутствовавших клиничко-рентгенологических признаков локального поражения, не связанных с другими известными причинами.

КОДЫ ПО МКБ-10, КЛАССИФИКАЦИЯ



ПРИМЕРЫ ДИАГНОЗОВ

- Внебольничная очаговая пневмония в нижней доле правого легкого (S_8), легкое течение (*если в диагнозе нет указания на дыхательную недостаточность, то это подразумевает ее отсутствие*).
- Внебольничная долевая пневмония в верхней доле левого легкого (S_2), осложненная абсцессом, кровохарканьем, тяжелое течение. Дыхательная недостаточность 2-й степени.

ФОРМУЛИРОВКА ДИАГНОЗА



ДИАГНОСТИКА

Критерии диагностики	Комментарии
У пожилых, ослабленных пациентов, лиц с хроническими заболеваниями часто могут отсутствовать лихорадка, лейкоцитоз и другие типичные жалобы, физикальные признаки и лабораторно-инструментальные изменения, а клиническая симптоматика представлена неспецифическими жалобами на немотивированную слабость, утомляемость, тахикардию, сильное ночное потоотделение, нарушения сознания или симптомы декомпенсации сопутствующих хронических заболеваний	

Критерии диагностики	Комментарии
1. Рекомендован сбор анамнеза и оценка клинических данных (1С)	
1.1. Лихорадка, кашель, синдром интоксикации, одышка	• Лихорадка выше 38 °С в течение 3 сут и более, особенно с ознобом и потливостью. • Кашель (в первые дни может отсутствовать) сухой, малопродуктивный или с мокротой (слизистой, гнойной, «ржавой»). • Синдром интоксикации (бледность, головная боль, анорексия, отказ от питья, беспокойство или вялость, сонливость). • Одышка
2. Рекомендовано физикальное обследование (1С)	
2.1. Аускультация легких	• Ослабленное везикулярное или бронхиальное дыхание. • Мелкопузырчатые влажные звонкие хрипы или крепитация на стороне поражения. • Усиление бронхофонии и голосового дрожания. • Укорочение перкуторного звука
3. Рекомендованы лабораторные исследования (1С)	
3.1. Общий (клинический) анализ крови	Лейкоциты $>10 \times 10^9/\text{мкл}$ и/или сдвиг формулы влево до палочкоядерного нейтрофилиза $>10\%$ или токсической зернистости нейтрофилов, нейтрофильно-лимфоцитарное соотношение >20 ; СОЭ >20 мм/ч
3.2. С-реактивный белок	Уровень С-реактивного белка коррелирует с тяжестью течения, распространенностью воспалительной инфильтрации и прогнозом. Отсутствие значимого снижения уровня С-реактивного белка на фоне антибактериальной терапии у госпитализированных пациентов является предиктором более высокой летальности. При концентрации >100 мг/л его специфичность в подтверждении диагноза превышает 90%
4. Рекомендована оценка тяжести состояния по следующим критериям (1С)	
4.1. Шкала CURB-65 (или CRB-65 — без азота мочевины при отсутствии доступных б/х данных)	1. Нарушение сознания, обусловленное пневмонией. 2. Повышение уровня азота мочевины >7 ммоль/л. 3. Тахипноэ $\geq 30/\text{мин}$. 4. Снижение систолического АД <90 мм рт.ст. или диастолического ≤ 60 мм рт.ст. 5. Возраст больного ≥ 65 лет
4.2. Критерии IDSA/ATS	«Большие» критерии • Выраженная дыхательная недостаточность, требующая искусственной вентиляции легких. • Септический шок (необходимость введения вазопрессоров). «Малые» критерии • Частота дыхательных движений (ЧДД) >30 в минуту. • $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 250$. • Мультилобарная инфильтрация. • Нарушение сознания. • Уремия (остаточный азот мочевины ≥ 20 мг/дл). • Лейкопения (лейкоциты $<4 \times 10^9/\text{л}$). • Тромбоцитопения (тромбоциты $<100 \times 10^9/\text{л}$). • Гипотермия ($<36$ °С). • Гипотензия, требующая интенсивной инфузионной терапии
Наличие одного «большого» или трех «малых» критериев IDSA/ATS является показанием к госпитализации пациента в отделение реанимации и интенсивной терапии. Оценка шкал CURB-65 и SMART-COP	

Критерии диагностики	Комментарии
Оценка шкал CURB-65 и SMART-COP	
	
5. При сочетании кашля и гипертермии с двумя из следующих симптомов: дыхательная недостаточность (одышка, цианоз в покое или при нагрузке); выраженные симптомы интоксикации; типичные для пневмонии локальные аускультативно-перкуторные изменения — рекомендована рентгенография легких (A1). Дополнительные методы исследования 	

PaO_2 — парциальное давление кислорода в артериальной крови.

ОРИЕНТИРОВОЧНЫЕ СРОКИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПАЦИЕНТОВ И ИХ ЗАКОННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ

J15.0 — 20–21 день — легкая форма; 25–30 дней — средней тяжести; 35–65 дней — тяжелая форма; J13.0 — 20–21 день — легкая форма; 25–30 дней — средней тяжести; 30–50 дней — тяжелая форма; J18.0 — 20–21 день — легкая форма; 25–30 дней — средней тяжести; 30–60 дней — тяжелая форма.

КРИТЕРИИ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ

Нормализация температуры тела, улучшение самочувствия и состояния больного, исчезновение клинических, лабораторных и рентгенологических признаков воспалительного процесса.



ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Показания для госпитализации (плановой, неотложной и экстренной)	Ориентировочные действия врача
См. «Критерии IDSA/ATS»	Оказание неотложной помощи в амбулаторно-поликлинических условиях (см. Главу 2). Вызов скорой медицинской помощи для экстренной госпитализации
2 балла по шкале CURB-65 (1–2 балла по CRB-65)	Госпитализация и лечение в стационаре
3–5 баллов по шкале CURB-65 (3–4 балла по CRB-65)	Вызов скорой медицинской помощи для неотложной госпитализации



РЕАБИЛИТАЦИЯ

Лечебная физкультура, физиотерапевтическое и санаторно-курортное лечение. Курильщиков консультируют для отказа от табакокурения.



ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ



ТЕРАПИЯ И РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОБРАЗУ ЖИЗНИ В ПЕРИОД ЗАБОЛЕВАНИЯ

МОДИФИКАЦИЯ ОБРАЗА ЖИЗНИ



ФАРМАКОТЕРАПИЯ

Препараты выбора	Особенности применения
1. Антибактериальный препарат выбора у пациентов с нетяжелой внебольничной пневмонией без сопутствующих заболеваний и других факторов риска инфицирования редкими и/или полирезистентными бактериальными возбудителями — амоксициллин, альтернативные — макролиды (1С)	
Амоксициллин 	0,5 г внутрь каждые 8 ч или 1 г внутрь каждые 12 ч
Азитромицин 	0,5 г внутрь каждые 24 ч (3-дневный курс). 0,5 г в 1-й день, затем по 0,25 г каждые 24 ч (5-дневный курс). 0,5 г внутривенно каждые 24 ч
Длительность антибактериальной терапии определяется индивидуально и согласно критериям достаточности (1С): - стойкое снижение температуры тела $<37,2^{\circ}\text{C}$ в течение не менее 48 ч; - отсутствие интоксикационного синдрома; - частота дыхания $<20/\text{мин}$ (у пациентов без хронической дыхательной недостаточности); - отсутствие гнойной мокроты (за исключением пациентов с ее постоянной продукцией); - количество лейкоцитов в крови $<10 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилов $<80\%$, юных форм $<6\%$	