



Общая врачебная практика

Национальное руководство

Под редакцией
профессора О.Ю. Кузнецовой,
профессора О.М. Лесняк,
профессора Е.В. Фроловой

Том 1



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

Участники издания	8
Предисловие	14
Список сокращений и условных обозначений	16
Глава 1. Основы общей врачебной практики	22
1.1. История развития семейной медицины: прошлое, настоящее, будущее (Т.В. Заугольникова)	22
1.2. Определение специальности врача-специалиста общей практики (семейного врача) (Т.В. Заугольникова)	37
1.3. Философия и принципы семейной медицины (Т.В. Заугольникова)	44
1.4. Биопсихосоциальный подход и наука о семье в общей врачебной практике (А.Г. Закроева)	51
1.5. Взаимоотношения врача и пациента (А.Г. Резе)	76
1.6. Обучение пациентов в общей врачебной практике (О.В. Андриянова)	91
1.7. Консультирование в общей врачебной практике (А.Г. Резе)	105
1.8. Доказательная медицина для семейного врача (В.В. Власов, А.В. Власова)	117
Список литературы	132
Глава 2. Профилактика в общей врачебной практике	135
2.1. Здоровое питание (Е.В. Фролова)	135
2.2. Консультирование курящего пациента (Д.М. Максимов)	144
2.3. Вакцинопрофилактика (И.Е. Моисеева)	150
2.4. Скрининги на хронические неинфекционные заболевания (Ж.В. Максимова)	173
2.5. Профилактический медицинский осмотр и диспансеризация определенных групп взрослого населения (М.А. Похазникова)	180
Список литературы	194
Глава 3. Психическое здоровье: депрессивные и тревожные расстройства в общей врачебной практике (А.Г. Закроева)	196
3.1. Депрессивные расстройства в общей врачебной практике	197
3.2. Тревожные расстройства в общей врачебной практике	218
3.2.1. Генерализованное тревожное расстройство	220
3.2.2. Паническое расстройство	225
3.2.3. Фобические расстройства	229
3.2.4. Смешанное хроническое тревожно-депрессивное расстройство	231
Список литературы	234
Глава 4. Болезни органов дыхания (Е.А. Андреева, М.А. Похазникова)	235
4.1. Острый бронхит	235
4.2. Внебольничная пневмония	243
4.3. Хроническая обструктивная болезнь легких	255
4.4. Бронхиальная астма	273
4.5. Особенности болезней органов дыхания у беременных	291
4.6. Особенности болезней органов дыхания у пожилых людей	298
Список литературы	304
Глава 5. Болезни сердца и сосудов	307
5.1. Ишемическая болезнь сердца (Е.В. Фролова)	307
5.2. Артериальная гипертензия (Ж.В. Максимова)	347
5.3. Аритмии (Ж.В. Максимова)	365
5.4. Хроническая сердечная недостаточность (Ж.В. Максимова)	386
5.5. Нарушения липидного обмена (дислипидемии) (Е.В. Фролова)	397
5.6. Особенности болезней сердца и сосудов у беременных (И.Е. Моисеева)	413

5.7. Особенности болезней сердца и сосудов у пожилых и старых людей (Е.В. Фролова)	429
5.8. Заболевание сосудов нижних конечностей (Д.М. Максимов)	436
Список литературы	458
Глава 6. Болезни органов пищеварения (И.Г. Бакулин, Н.В. Бакулина, И.А. Оганезова, М.И. Скалинская)	462
6.1. Гастроэнтерологические синдромы, требующие проведения дифференциальной диагностики	462
6.2. Функциональные гастроинтестинальные расстройства	473
6.2.1. Функциональная диспепсия	473
6.2.2. Функциональные расстройства билиарного тракта	478
6.2.3. Синдром раздраженного кишечника	483
6.3. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	490
6.4. <i>Helicobacter pylori</i> -ассоциированные заболевания	496
6.4.1. <i>Helicobacter pylori</i> -ассоциированная диспепсия	500
6.4.2. Хронический гастрит	502
6.4.3. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	504
6.5. Хронический панкреатит	510
6.6. Желчнокаменная болезнь	519
6.7. Воспалительные заболевания кишечника	527
6.8. Геморрой	549
6.9. Хронические заболевания печени	565
6.9.1. Алкогольная болезнь печени	565
6.9.2. Неалкогольная жировая болезнь печени	569
6.10. Цирроз печени	572
6.10.1. Печеночная энцефалопатия	575
6.10.2. Асцит	580
6.10.3. Инфицирование асцитической жидкости	583
6.10.4. Гепаторенальный синдром	584
6.10.5. Портальная гипертензия и кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка	586
6.10.6. Дилуционная гипонатриемия	588
6.10.7. Гепатоцеллюлярная карцинома	589
Список литературы	589
Глава 7. Анемии (Л.Н. Дегтярева, А.Ф. Томилов)	593
7.1. Постгеморрагические анемии	596
7.2. Железодефицитная анемия	598
7.3. Анемия при беременности	605
7.4. Анемия, обусловленная нарушением реутилизации железа (анемия хронического заболевания)	606
7.5. Мегалобластные анемии	607
7.5.1. Витамин В ₁₂ -дефицитные анемии	607
7.5.2. Фолиеводефицитная анемия	612
7.6. Гемолитические анемии	615
7.6.1. Наследственная сфероцитарная гемолитическая анемия Минковского–Шоффара	615
7.6.2. Приобретенные гемолитические анемии	618
7.7. Апластические анемии	620
Список литературы	620
Глава 8. Болезни почек и мочевыводящих путей	621
8.1. Гломерулонефриты (О.Н. Сигитова)	621
8.2. Тубулоинтерстициальный нефрит (Р.А. Надеева, О.Н. Сигитова)	643

8.3. Инфекции мочевыводящих путей (О.Н. Сигитова)	655
8.4. Хроническая болезнь почек (О.Н. Сигитова)	678
8.5. Диагностика, классификация, лечение и профилактика диабетической нефропатии (Р.А. Надеева, О.Н. Сигитова)	695
Список литературы	712
Глава 9. Болезни эндокринной системы	716
9.1. Сахарный диабет (А.Ю. Майоров)	716
9.2. Негоксический зоб (Ф.М. Абдулхабирова)	758
9.3. Гипотиреоз (Ф.М. Абдулхабирова)	765
9.4. Тиреотоксикоз (Н.Ю. Свириденко)	772
9.5. Ожирение и избыточная масса тела (Е.В. Фролова)	786
9.6. Остеопороз (О.М. Лесняк)	803
Список литературы	824
Глава 10. Болезни опорно-двигательного аппарата и ревматические заболевания	829
10.1. Остеоартрит (остеоартроз) (О.М. Лесняк)	829
10.2. Ревматическая полимиалгия (О.М. Лесняк)	844
10.3. Боль в пятке – плантарный фасциит (О.М. Лесняк)	850
10.4. Поражения периартикулярных тканей в области плеча (плечелопаточный периартрит) (О.М. Лесняк)	852
10.5. Подагра (О.М. Лесняк)	859
10.6. Ревматоидный артрит (И.З. Гайдукова, В.И. Мазуров)	871
10.7. Спондилоартриты (И.З. Гайдукова, В.И. Мазуров)	882
Список литературы	896
Глава 11. Аллергические заболевания (Н.Н. Климко, А.В. Соболев, Я.И. Козлова)	900
11.1. Аллергический ринит	900
11.2. Аллергический конъюнктивит	905
11.3. Крапивница	910
11.4. Инсектная аллергия	918
11.5. Пищевая аллергия	924
11.6. Лекарственная аллергия	934
Список литературы	941
Глава 12. Болезни и состояния нервной системы (Д.В. Кандыба)	942
12.1. Головная боль	942
12.1.1. Мигрень	949
12.1.2. Головная боль напряжения	957
12.1.3. Вторичные головные боли	961
12.2. Боль в спине	966
12.3. Головокружение	981
12.4. Инсульт	997
Список литературы	1020

Глава 2

Профилактика в общей врачебной практике

2.1. ЗДОРОВОЕ ПИТАНИЕ

Питание — это процесс потребления питательных веществ, содержащихся в пище, и их дальнейшего усвоения в организме. Питание обеспечивает жизнедеятельность человека и протекающие в организме физиологические процессы (рост, выработку энергии, восстановление тканей тела и др.). Питание напрямую влияет на рост, развитие, репродуктивность человека. Однако питание — это не только физиологический процесс. Оно обеспечивает как физическое, так и психическое благополучие. Несбалансированное питание может оказывать влияние на здоровье индивидуума, но в меньшей степени и всего общества в целом. С другой стороны, обеспечение сбалансированного питания связано с пищевыми привычками человека, финансовыми возможностями, снабжением продуктами и их доступностью, безопасностью, качеством, распределением, уровнем просвещения населения и отношением общества к этим вопросам. Принципы правильного питания сформированы на основе экспериментальных, клинических и эпидемиологических исследований.

Влияние нерационального питания на здоровье проявляется не сразу, требуется время, чтобы возникло или развилось хроническое заболевание или болезненное состояние. Если, например, в результате дорожно-транспортного происшествия последствия в виде травмы возникают немедленно, то связь между нерациональным питанием и болезнью не всегда отчетливо ясна. Доказать ее существование бывает непросто. Таким образом, один из важнейших аспектов деятельности врача — информирование, обучение пациентов принципам правильного питания. Изучение диетических факторов как причин заболеваемости отличается большими методологическими сложностями, перечисленными ниже.

1. *Рацион человека представляет собой комплекс и комбинацию самых разных компонентов, разделить влияние которых на организм иногда не представляется возможным.* Эти компоненты могут взаимодействовать друг с другом, подавлять и усиливать воздействие других веществ.

2. *Очень трудно измерить «дозу» воздействия, поскольку определение количества потребляемых пищевых веществ является одной из сложнейших проблем нутрициологии (от англ. nutrition — питание). Как правило, это устанавливается «непрямым» способом, с помощью опросов и дневников. Подобные данные отличаются неточностью.*

3. *Измерение содержания продуктов метаболизма пищевых веществ в тканях не обеспечивает точную информацию об их потреблении, так как содержание одних нутриентов может влиять на усвояемость, а значит, и концентрацию в тканях других.* Например, повышенное потребление аскорбиновой кислоты приводит к относительной недостаточности витаминов группы В.

4. *Необходимо учитывать, что влияние пищи на организм может меняться в зависимости от ее физических свойств: степени измельчения, нагрева, влажности и т.д.* Так, крахмал картофеля практически не усваивается, если он был приготовлен в цельном виде без добавления воды и съеден холодным.

К сожалению, некоторые ученые, а особенно средства массовой информации, проводят причинно-следственные связи при анализе характера питания, заболеваемости и смертности. Так, появляются утверждения о том, например, что потребление 12 орехов в день увеличивает продолжительность жизни на 12 лет. Маловероятно, что небольшое количество микронутриентов сможет существенным образом изменить продолжительность жизни. Следует еще раз подчеркнуть, что сведения из метаанализов, когортных исследований не могут быть единственными источниками для создания национальных рекомендаций по здоровому питанию.

Тем не менее даже в повседневной врачебной практике требуется и должна проводиться оценка характера питания пациентов. Для этой цели подходит такой метод, как ведение пищевого дневника и последующий совместный с врачом анализ его содержания. Пищевой дневник служит не только инструментом для первичной оценки особенностей питания и выявления ошибок в планировании рациона, но и как средство контроля выполнения врачебных рекомендаций.

ОСНОВНЫЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ

Компоненты, составляющие продукты питания человека, могут быть разделены на несколько групп.

- Главные источники энергии — протеины, углеводы, жиры, алкоголь (макронутриенты).
- Эссенциальные вещества — минералы и витамины (микронутриенты), липиды и аминокислоты. Эти компоненты человек может получить только с пищей.
- Добавки — вещества, которые добавляются в пищу с целью консервации, окрашивания, загустения или изменения консистенции, вкуса.
- Химические вещества, применяемые согласно сельскохозяйственным технологиям. Это пестициды, фунгициды, гербициды, а также гормоны роста для растений и животных.
- Микробные тела и токсины — например, продукт жизнедеятельности *Aspergillus flavus*.
- Неорганические примеси — например, металлы, синтетические вещества.
- Химические вещества, сформировавшиеся во время приготовления пищи.
- Натуральные токсины растений.
- Другие натуральные компоненты, не являющиеся питательными, но обладающие полезными свойствами, например биофлавоноиды, полифенолы.

- К макронутриентам относятся углеводы, жиры, белки, вода. Эти вещества являются источниками энергии и материалом для структурных преобразований. Участие их в жизнедеятельности необходимо для поддержания здоровья и целостности организма. Недостаток любого из макронутриентов, равно как и избыток, может приводить к развитию болезней. К макронутриентам причисляют и алкоголь, который является только источником энергии.

Основной источник энергии для организма — углеводы. При потреблении 1 г углеводов организм получает 4 ккал энергии. Это меньше, чем дают организму жиры, но в рационе человека углеводы всегда являлись традиционно преобладающим компонентом. Углеводы делятся на простые и сложные. К простым относятся моно- и дисахариды, к сложным — гликоген, крахмал и пищевые волокна. Глюкоза, фруктоза и галактоза являются простыми сахарами, или моносахаридами, имеют одинаковую формулу, но различное пространственное расположение атомов. Эта «химическая» разница обеспечивает различие во вкусе, которым обладают три моносахарида. Фруктоза имеет ярко выраженный сладкий вкус, содержится в ягодах и фруктах, а также в меде. Глюкоза и галактоза — менее сладкие сахара. Глюкоза является основной единицей энергетического обмена, «конвертируемой валютой», участницей всех процессов жизнедеятельности организма. К сложным углеводам относятся крахмал, гликоген и пищевые волокна. И крахмал, и гликоген представляют цепи молекул глюкозы, по-разному ориентированные в пространстве. Оба полисахарида выступают аккумуляторами энергии. Однако крахмал играет эту роль в растительных организмах, а гликоген — только в животных. Таким образом, источником крахмала является растительная пища, а источником гликогена — животная. Роль гликогена заключается в хранении энергии в организме человека. При необходимости он легко разрушается, поставляя глюкозу. Главные депо гликогена — печень и мышцы. Пища, богатая крахмалом, — это зерна или крупы, бобовые, картофель. В процессе переваривания крахмал подвергается гидролизу на молекулы глюкозы, из которых и синтезируется затем гликоген для хранения энергетических запасов. Один кубический сантиметр пищи может содержать от 500 тыс. до 1 млн молекул крахмала.

Пищевые волокна составляют структуру растений, которые и являются источником этого необходимого компонента пищи. В отличие от сложных углеводов, пищевые волокна, даже содержащие моносахариды, не перевариваются под воздействием ферментов в пищеварительном тракте человека. Однако бактерии, заселяющие кишечник, могут способствовать перевариванию некоторых видов пищевых волокон. Наиболее известная классификация делит пищевые волокна на растворимые и нерастворимые. К первым относятся слизи, пектин и некоторые виды гемицеллюлозы; группа нерастворимых включает лигнин, большинство разновидностей гемицеллюлозы и целлюлозу. Можно отметить следующие физические свойства пищевых волокон: гидрофильность, способствующая удержанию воды и разбуханию содержимого ЖКТ; вязкость (способность образовывать гелеобразные растворы); ионообменная способность, благодаря которой они могут удерживать минералы; способность адсорбировать желчь; наконец, они могут в разной степени подвергаться воздействию бактерий и, разрушаясь на более мелкие компоненты, усваиваться организмом.

Углеводный обмен регулируется большим количеством гормонов и ферментов, работающих по принципу обратной связи, позволяя поддерживать постоянный уровень глюкозы в крови.

Сладкий вкус пищи в течение сотен лет очень привлекателен для человека, начиная с тех пор, когда он открыл сладость меда, ягод и фруктов. В большинстве развитых стран сахара зерен, фруктов, овощей и молока составляют только

половину всех потребляемых сахаров. Остальную половину население развитых стран съедает в виде рафинированного сахара, в том числе и добавленного в разнообразные кондитерские изделия. Натуральные фрукты могут быть равными по энергетической ценности (калорийности) сахару или меду, но они одновременно поставляют организму большое количество витаминов, пищевых волокон и минералов. Согласно рекомендациям ВОЗ количество энергии, полученной в сутки из простого сахара, должно быть не более 10% всей энергетической ценности суточного рациона. Таким образом, если индивидууму необходимо в сутки 2000 ккал, то не более 200 ккал он может получить, потребляя сахар. Это всего 4 столовые ложки кристаллического сахара или такое количество кондитерских изделий или напитков, в которых содержится не более 4 столовых ложек сахара. Однако в будущем ВОЗ рекомендует сократить потребление сахара до 5% общей энергетической ценности в сутки.

Опубликованные в последние несколько лет монографии и исследования говорят о том, что сахар в виде глюкозы, а также сахара, содержащие фруктозу искусственного происхождения, являются основной причиной инсулинорезистентности и ожирения, широко распространенных в настоящее время.

Эпидемиологические данные свидетельствуют, что существует положительный эффект употребления пищевых волокон, который заключается, возможно, в предупреждении возникновения раковых заболеваний: популяции, чей рацион содержит большие количества пищевых волокон, имеют более низкую заболеваемость раком кишки. Это связано, по всей видимости, с тем, что с помощью пищевых волокон канцерогенные вещества быстро адсорбируются и выводятся из кишки. С другой стороны, профилактический эффект может быть связан с ферментативной деятельностью бактерий, разлагающих резистентный крахмал и пищевые волокна, и снижающих рН кишечного содержимого. Пищевые волокна оказывают положительное воздействие на больных СД, адсорбируя и элиминируя глюкозу из кишки, и на ЖКТ, способствуя ускоренному транзиту пищевого комка по кишечнику. Это предупреждает развитие запоров и дивертикулитов. Рекомендуемое ежедневное количество пищевых волокон в рационе должно составлять от 20 до 35 г на 1000 ккал.

Класс пищевых жиров включает группы триглицеридов, фосфолипидов и стеролов. Собственно липидами являются триглицериды. В пище они представлены твердыми и жидкими жирами. Липиды включают в свою структуру, так же как и углеводы, атомы кислорода, водорода и углерода, однако в другом соотношении, что позволяет им снабжать организм большей энергией при утилизации — 9 ккал на 1 г. Источником насыщенных жирных кислот для человека являются животные продукты (мясо и жирные молочные продукты), а также жиры, предназначенные для приготовления пищи в домашних условиях (твердые маргарины, сливочное масло, животные жиры, топленое масло), и блюда готового питания, приготовленные на пальмовом или кокосовом масле (чипсы, жареные продукты индустрии быстрого питания). Ненасыщенные жирные кислоты содержатся большей частью в растительных маслах. Некоторые ненасыщенные жирные кислоты являются эссенциальными, то есть абсолютно необходимыми для нормального метаболизма. Они могут быть получены только извне, то есть с пищей. К ним относятся в первую очередь линолевая и линоленовая (известные также как ω_6 и ω_3) кислоты. Их роль в организме чрезвычайно велика, это и формирование клеточных мембран, и регуляция АД, формирование кровяного сгустка, обеспечение нормального иммунного ответа. Источниками ω_6 -кислот (линолевой и арахидоновой) являются листовые овощи, семена, орехи, зерна, растительные масла — соевое, подсолнечное, кукурузное, сафлоровое, кунжутное, ω_3 -кислоты содержатся

в масле сои, грецких орехов, каноловом (линоленовая); рыбе скумбрии, лососе, сардинах, сельди, анчоусах, тунце и грудном молоке (эйкозопентаеновая, докозагексаеновая). Эссенциальные жирные кислоты, которые организм человека не может синтезировать, должны обязательно содержаться в пище, обеспечивая не менее 3% всей суточной энергии. При этом важно помнить, что баланс между ω_3 - и ω_6 -кислотами тоже должен соблюдаться. Желательно преобладание ω_3 -кислот в рационе. Это требует сократить потребление растительных масел, популярных в нашей стране: подсолнечного, кукурузного и соевого, употреблять больше рыбы. Если рацион сбалансирован и содержит достаточное количество зерновых продуктов, листовых овощей, рыбы и растительного масла, дефицит ненасыщенных жирных кислот не возникает.

Стероиды, или стероиды, как принято в русскоязычной литературе, — это третья группа веществ, относящихся к липидам. Наиболее известные стероиды — это холестерин (холестерин), половые гормоны, компоненты желчи, витамин D, гормоны коры надпочечников. И растительная, и животная пища содержит стероиды, но только в животной есть холестерин. Холестерин необходим для нормального существования организма. Он является структурным компонентом клеточных мембран, предшественником желчных кислот, половых гормонов. В организме взрослого человека содержится примерно 140 г холестерина. Основная масса его сосредоточена в печени, почках, кишечной стенке, плазме крови, головном и спинном мозге и других органах. Такое же распределение холестерина существует и в продуктах питания, то есть в тканях животных: высоко его содержание в печени, почках, мозге животных. Продукты с низким содержанием холестерина (кроме растительных, где, как уже говорилось, вообще его нет) — это треска, индейка, кура, обезжиренные молочные изделия.

Сливочное и растительные масла, свиное сало, говяжий, утиный и гусиный жир, другие жиры — это видимые жиры. Есть еще жиры, которые не видны, — они содержатся в готовых блюдах, молочных продуктах, мясе. Даже в постном мясе около 10% невидимого жира. Овощи и зерновые продукты содержат очень мало жира. Однако при приготовлении блюд человек часто добавляет жир для придания блюдам приятного вкуса. Это значительно повышает их энергетическую ценность и приводит к избыточному потреблению жиров. Заправленный майонезом салат, жареные котлеты, запеченный с маслом и сметаной картофель почти в 3 раза калорийнее, чем салат с лимонным соком, мясо на гриле и отварной картофель. Жиры являются источником жирорастворимых витаминов. Так, растительные масла содержат витамин E, сливочное масло — витамин A, рыбий жир — витамин D. Именно поэтому полноценный рацион должен включать и животные продукты, и жирную рыбу как источник полиненасыщенных жирных кислот. Однако следует избегать приготовления блюд с добавлением жира, так как это значительно повышает калорийность пищи и, следовательно, риск развития ожирения.

Процесс переваривания жиров начинается в ротовой полости и желудке с выделения липазы — фермента, расщепляющего жиры. Основной липолиз происходит в тонкой кишке. Отсюда же и всасывается большинство жиров. Сложность абсорбции жиров обусловлена тем, что они не растворяются в воде, а переносятся специальными транспортными белками. Роль жиров в метаболизме заключается в первую очередь в обеспечении энергией. Кроме того, жировая прослойка способствует сохранению тепла и амортизирует удары и неблагоприятные механические воздействия. Жир запасается в жировых клетках — адипоцитах, составляющих основу жировой ткани в организме. У здорового мужчины доля жировых запасов составляет примерно 17% массы тела, а у женщины — около 27%. Жировая ткань подкожной локализации, расположенная на бедрах и ягодицах, функционально

отличается от внутривисцерального жира. Последний более чувствителен к стимулам липолиза, быстрее поступает в печень через систему воротной вены и там используется. Подкожный жир гораздо устойчивее к суточным колебаниям энергетических затрат и потребностей организма. Существует еще одно соединение из группы липидов — это искусственно образующиеся в процессе гидрогенизации трансизомеры жирных кислот. Трансжирные кислоты повышают риск развития атеросклероза, что доказано с помощью оценки содержания биомаркеров воспаления в организме человека.

Белки, или протеины, — это высокомолекулярные соединения, состоящие из аминокислот. В составе белков пищи их насчитывается 20. Белок необходим для роста и обновления структур и тканей организма, он является основой ферментов, гормонов, выполняет транспортную функцию и регуляцию метаболических процессов. Собственные белки образуются из аминокислот белков, полученных с продуктами питания. Белок должен обеспечивать 10–15% энергетической ценности рациона. С точки зрения нутрициологии аминокислоты делятся на заменимые — организм человека может их синтезировать, — и незаменимые, которые должны обязательно поступать с пищей. Рацион должен быть полноценным настолько, чтобы содержать все необходимые аминокислоты в достаточном количестве. Растительные и животные белки имеют разный аминокислотный состав. Набор аминокислот в животных белках ближе к человеческому, поэтому белки животных лучше усваиваются. В процессе пищевой обработки меняется пространственная структура белка, но его аминокислотный состав остается неизменным.

Белки — важнейшая составляющая пищи человека и животных. Практически все пищевые продукты содержат белок. Принято считать, что больше всего белка в мясе, яйцах, молоке. На самом деле речь идет об усвояемости, белки из этих продуктов более доступны действию ферментов — протеаз и поэтому лучше усваиваются организмом человека, на 96–93%. Белки хлеба усваиваются на 60–80%, овощей — на 80%, бобовых и картофеля — на 70%. Пищевая обработка, особенно приготовление при умеренной температуре, облегчает усвоение растительных белков, потому что происходит их частичная денатурация. Наоборот, интенсивное обжаривание с образованием корочки и обугливания снижает усвояемость белка, так как разрушаются некоторые аминокислоты. Основные источники белка в России — мясо животных, блюда и продукты из него. Некалорийные, но содержащие высокое количество белка продукты — это творог, треска, хек, судак, телятина. Бобовые, ржаной хлеб, куры с успехом дополняют список полезных с точки зрения здоровья продуктов. Таким образом, правильным будет не тот рацион, где белка много, а тот, где правильно комбинируются аминокислоты, их количество соответствует норме потребления, все незаменимые кислоты обеспечены и кулинарная обработка сохранила пищевую ценность белков. Физиологическая потребность в белке составляет 0,75 г/кг массы тела. Если в пище преобладают растительные белки, то потребность повышается до 0,8–1 г/кг массы тела. Следует между тем помнить, что потребление белка больше 1,5 г/кг массы тела опасно. При этом доля энергии, поступающей из белка, должна составлять в рационе не более 15% в сутки. Нормальный традиционный российский рацион обеспечивает потребность в белке полностью. Дополнительное обогащение пищи здорового человека белковыми добавками не требуется.

Вода не поставляется организму энергии, но является абсолютно необходимым компонентом питания. Тело человека состоит на 60% из воды. Потребность в воде составляет в среднем около 1,5–2 л в сутки. Основное количество жидкости должно поступать в виде чистой воды. В современной среде, окружающей человека, много приборов и устройств, усиливающих сухость окружающего воздуха: конди-

ционеры, отопительные приборы. Именно поэтому нужно помнить о регулярном восполнении потерянной жидкости, используя для этого прежде всего чистую воду, а не сладкие напитки или соки, отличающиеся высокой энергетической ценностью (калорийностью).

К *минералам* относятся вещества, поступающие с продуктами питания, участвующие в метаболизме, но не выполняющие роль источника энергии. К наиболее важным причисляются натрий, калий, кальций, железо, йод. Известен также ряд веществ, чьи функции недостаточно хорошо изучены, а потребности организма в них неизвестны, — это медь, селен, цинк.

Структура *витаминов* отличается от строения основных пищевых веществ. Они не обеспечивают ни энергетическую, ни пластическую функции. Все витамины делятся на водорастворимые (тиамин, рибофлавин, ниацин, биотин, пантотеновая кислота, пиридоксин, фолаты, цианкобаламин, аскорбиновая кислота) и жирорастворимые (А, D, Е, К). Потребность в витаминах для человека выражается в миллиграммах (мг) и микрограммах (мкг). Важное качество витаминов — биодоступность — это скорость, с которой вещество абсорбируется и используется. На биодоступность могут повлиять: эффективность пищеварения и время транзита через ЖКТ; предшествующий пищевой статус и количество съеденной пищи, в том числе и с этими витаминами; другая пища, съеденная в то же время; метод приготовления еды (сырая, приготовленная, консервированная); источник питательного вещества (синтетический, обогащенный или естественный). Организм человека не синтезирует витамины или синтезирует (никотиновая кислота), но в недостаточном количестве. Именно поэтому большинство витаминов должно поступать с пищей. В настоящее время известно 13 витаминов, без которых невозможна нормальная жизнедеятельность организма человека. Ни один пищевой продукт не содержит все витамины, поэтому очень важно питаться разнообразно, чтобы все витамины поступали в организм. При правильном, разнообразном питании человек не нуждается в дополнительном приеме витаминных препаратов и тем более поливитаминных комплексов. Известно, что избыток водорастворимых витаминов выводится из организма с мочой, а жирорастворимые витамины, накапливаясь, могут вызывать явления передозировки, токсические эффекты. При кулинарной обработке пищи водорастворимые витамины разрушаются, особенно при длительном нагревании. Для того чтобы максимально сохранить в пище витамины, продукты не следует измельчать, долго замачивать в воде, варить в большом количестве жидкости. Надо употреблять как можно больше свежих овощей и фруктов, хранить их в холодильнике в неочищенном виде. Жирорастворимые витамины хранятся дольше, более устойчивы при кулинарной обработке. В КНР многих стран подчеркивается, что из пищи организм может извлечь гораздо больше полезных витаминов и ровно столько, сколько ему нужно, чем из химических препаратов. Так что здоровому человеку нет нужды пить добавки витаминов. Какие из них принимать больному, может определить только врач.

Энергетические потребности человека определяются его затратами. Благодаря эпидемиологическим и экспериментальным исследованиям потребности человека в основных веществах хорошо изучены. В настоящее время имеются таблицы состава пищи (основных продуктов и блюд), а также базы данных пищевых продуктов. Чтобы человек мог планировать и оценивать свой рацион, характер своего питания, рекомендации принято изображать графически в виде пирамиды (рис. 2.1). Также диетологами были разработаны модификации пищевой пирамиды для разных областей мира в соответствии с культурными и этническими особенностями (рис. 2.2–2.6, см. цв. вклейку).

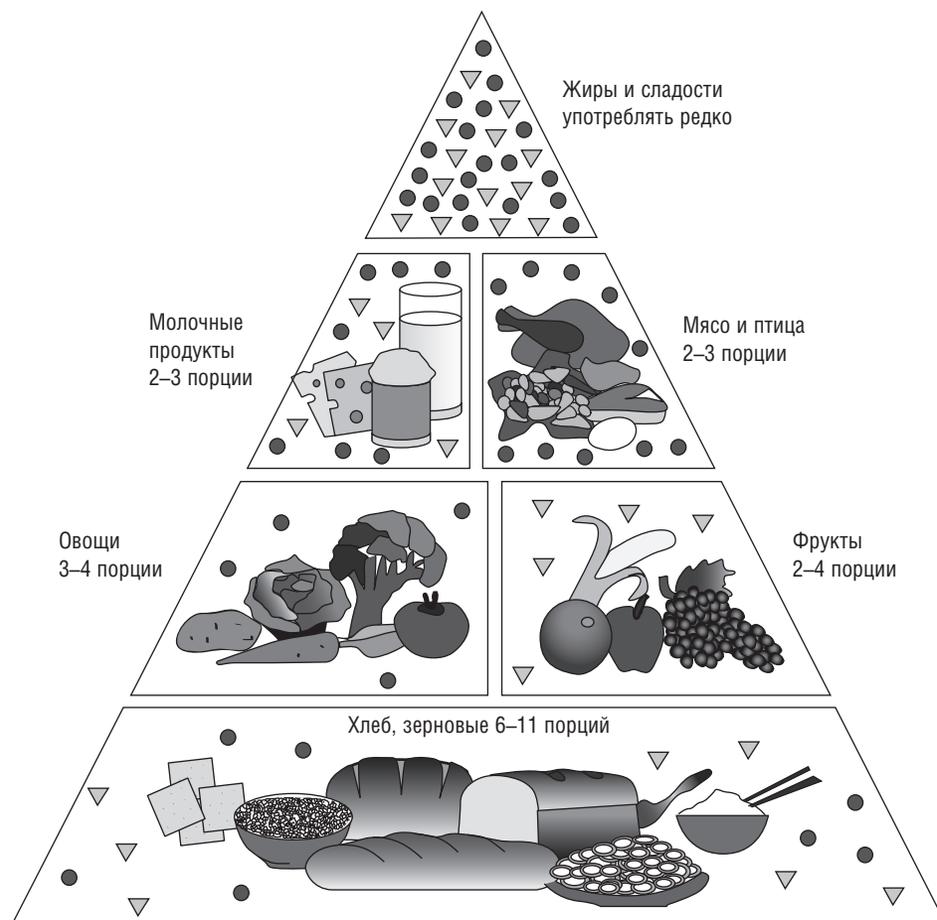


Рис. 2.1. Пирамида питания

Возможно, что эти графические рекомендации претерпят определенные изменения, так как получены данные нового исследования PURE (2017), о котором говорится ниже.

Все потребляемые человеком продукты делятся на несколько групп, а их количество измеряется порциями. Для разных продуктов существует свое описание порции. В занятиях с пациентами лучше использовать муляжи или картинки для большей наглядности и запоминания.

Приводим примерное описание порции различных групп продуктов.

1 порция овощей: 1/2 стакана приготовленных или измельченных сырых овощей; 1 стакан сырых листовых овощей.

1 порция фруктов: 1 целый фрукт, например целое яблоко, апельсин или банан; 3/4 стакана сока (приготовленного без добавления сахара); 1/2 стакана ягод, или приготовленных или консервированных фруктов; 1/4 стакана сушеных фруктов.

Продукты, содержащие углеводы: 1 ломтик хлеба; половина булки для бутербродов, плюшки, бублика; 1 оладушек; 4 крекера; 1/2 стакана риса, гречи, макарон, лапши или рассыпчатой каши; 40 г (4 столовые ложки) готовых к употреблению хлопьев (мюсли); 1 стакан воздушной кукурузы (приготовленной без обжаривания в масле); 1 средняя картофелина.

Таблица 2.1. Содержание питательных веществ в одной порции

Продукты	Углеводы, г	Белок, г	Жир, г	Энергетическая ценность, кДж
Одна порция хлеба, круп, зерновых, хлопьев, риса и макарон	15	3	1	336
Одна порция овощей	5	2	Сладости	105
Одна порция фруктов	15	Сладости	Сладости	252
Одна порция молока, кефира, сыра, йогурта				
Обезжиренное молоко и обезжиренные молочные продукты	12	8	1	378
Молочные продукты низкой жирности	12	8	5	504
Цельное молоко и продукты	12	8	8	630
Одна порция мяса, птицы, рыбы, сухих бобовых, яиц и орехов				
Постные продукты	Сладости	7	3	231
Продукты средней жирности	Сладости	7	5	315
Продукты высокой жирности	Сладости	7	8	420

Моложные продукты: 1 стакан молока, натурального йогурта (без добавления сахара), кефира, простокваши, ряженки; 45 г твердого сыра; 65 г мягкого сыра; 1/2 стакана творога.

Мясные, рыбные продукты и их заменители: 75–90 г мяса, дичи или рыбы; 2 яйца; 1 стакан приготовленных бобовых; 4 столовые ложки арахисового масла (по содержанию белка оно приравнивается к мясу и не содержит холестерина); 35 г семян подсолнуха или орехов.

1 порция алкоголя: 90 г вина; 1 банка пива (330 г); 20 г водки или коньяка.

Несмотря на кажущуюся приблизительность таких рекомендаций, они соответствуют рекомендуемому содержанию микро- и макронутриентов и витаминов в рационе (табл. 2.1).

В 2017 г. были обнародованы результаты крупномасштабного исследования PURE. Исследователи изучали смертность и потребление различных групп пищевых продуктов в 26 странах пяти континентов. Всего было включено 195 тыс. человек. Результаты исследования перевернули наше представление о рациональном питании. В частности, было показано, что смертность растет при употреблении большого количества углеводов, — например, при потреблении на уровне более 60% суточной калорийности отношение шансов смерти составляет 1,28 (1,12–1,46). В то же время люди, чей рацион характеризуется высоким содержанием жиров, в том числе насыщенных, имели гораздо более низкий (на 23% ниже) риск смерти. Сбалансированная диета, содержащая 3–4 порции (375 г) овощей, фруктов и бобовых в день, ассоциируется со снижением смертности. Анализ данных исследования продолжается, и оно, безусловно, послужит базой для разработки новых рекомендаций как в национальном, так и в мировом масштабе.

ВОЗ в 2000 г. сформулировала принципы здорового питания для всех людей — «12 шагов к здоровому питанию». Большинство из них по-прежнему актуальны.

1. Ешьте питательную пищу, основу которой составляют разнообразные продукты главным образом растительного, а не животного происхождения.

2. Несколько раз в день ешьте хлеб, зерновые продукты, макаронные изделия, рис или картофель.

3. Несколько раз в день ешьте разнообразные овощи и фрукты, предпочтительнее в свежем виде и местного происхождения (не менее 400 г в день).

4. Поддерживайте массу тела в рекомендуемых пределах (индекс массы тела от 18 до 24 кг/м²) с помощью умеренных физических нагрузок, лучше ежедневных.

5. Выбирайте такие продукты, в которых мало сахара, снижайте количество рафинированного сахара, ограничивая употребление сладких напитков и сладостей.

6. Выбирайте пищу с низким содержанием соли. Суммарное потребление соли должно быть не более одной чайной ложки (6 г) в день, включая соль, содержащуюся в хлебе и обработанных, вяленых, копченых или консервированных продуктах.

7. Поддерживайте высокий уровень физической активности.

8. Готовьте пищу безопасным и гигиеничным способом. Уменьшить количество добавляемых жиров помогают приготовление пищи на пару, выпечка, варка или обработка в микроволновой печи.

9. Способствуйте исключительно грудному вскармливанию детей в течение примерно 6 мес, но не менее 4 мес, и вводите соответствующие продукты через правильные промежутки времени в течение первых лет жизни.

10. Роль медицинских работников в пропаганде принципов здорового питания трудно переоценить. Вот почему рекомендуется в отделениях общей практики широко информировать посетителей о том, как правильно питаться. Для этого можно не только вывешивать информацию в комнатах ожидания, но и давать для заполнения анкеты, во время лечебных консультаций обязательно проводить беседы о питании, подкрепляя их печатной продукцией: листовками, буклетами, брошюрами.

2.2. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ КУРЯЩЕГО ПАЦИЕНТА

Эпидемиология табакокурения

Табакокурение является ведущей устранимой причиной преждевременной смерти в мире, приводя к гибели 7 млн человек ежегодно. Общее число курильщиков превышает 1 млрд, причем 80% из них проживают в странах с низким и средним уровнем доходов, преимущественно в Китае, Индии и странах Юго-Восточной Азии. По данным крупного эпидемиологического исследования Global Adults Tobacco Survey (GATS), в 2016 году в РФ курили более 36 млн человек (31% взрослого населения). В последнее десятилетие в РФ наблюдается снижение распространенности табакокурения приблизительно на 1,2% в год, во многом благодаря присоединению к рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака и проведению активной государственной антитабачной политики. Тем не менее РФ по-прежнему остается в числе стран с высокой распространенностью курения, особенно среди мужчин (табл. 2.2).

Средний возраст начала ежедневного курения в РФ составляет 17 лет, у 64% курильщиков наблюдаются признаки сильной никотиновой зависимости, а 56% планируют или думают об отказе. К развитию табачной зависимости предрасполагают мужской пол, курящие члены семьи или сверстники, бедность, низкий уровень образования, а также перенесенное сильное психотравмирующее событие. Расстройства психического здоровья, антисоциальное и криминальное поведение также ассоциированы с более высокой распространенностью табакокурения.

Таблица 2.2. Распространенность табакокурения в Российской Федерации в сравнении с мировыми данными

Распространенность табакокурения	Всего, %	Мужчины, %	Женщины, %
Российская Федерация*	31	51	14
Страны с высоким уровнем доходов**	23	29	18
Среднемировой показатель**	21	35	6

* Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака (Global Adult Tobacco Survey, Russia, 2016).

** Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии (WHO report on the global tobacco epidemic, 2017).

Код по МКБ-10

Z72.0 Употребление табака.

F17.1 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением табака. Пагубное употребление.

F17.2 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением табака. Синдром зависимости.

Патофизиология табачной зависимости

Пагубное влияние табачного дыма на здоровье обусловлено длительным воздействием никотина, угарного газа и других продуктов сгорания. Собственно никотин оказывает психоактивное действие, вызывая чувство удовольствия за счет стимуляции выделения дофамина и эндогенных опиоидов в головном мозге. Кроме того, никотин стимулирует выброс адреналина, что приводит к усилению активности центральной нервной системы (ЦНС), подавлению чувства голода, а также повышению АД и ЧСС. При регулярном воздействии никотина естественная способность испытывать удовольствие атрофируется, в результате чего даже временное прекращение курения вызывает абстинентный синдром в виде повышенной тревожности, раздражительности, беспокойства, нарушения концентрации, бессонницы и повышения аппетита. Как следствие, эмоциональное равновесие у ежедневного курильщика в значительной степени определяется наличием или отсутствием никотина в крови. Возникающий порочный круг приводит к формированию сильной психофизической зависимости, сопоставимой с зависимостью от некоторых опиатов. Со временем у постоянного курильщика дополнительно формируются поведенческие автоматизмы и курительные ритуалы, с помощью которых он справляется, как ему кажется, с внешними стрессами, утомлением и скукой. В МКБ-10 табакокурение закономерно относится к психическим расстройствам и расстройствам поведения, связанным с употреблением психоактивных веществ. При этом вдыхание дыма как таковое является вынужденным следствием никотиновой зависимости, однако именно оно ответственно за основные неблагоприятные последствия для здоровья. Табакокурение — важный и нередко ведущий фактор риска большого числа сердечно-сосудистых, легочных и злокачественных заболеваний, репродуктивных расстройств, задержки нервно-психического развития у детей, катаракты, остеопороза, язвенной болезни, тиреотоксикоза и пр. В целом последствия систематического курения можно охарактеризовать как преждевременное старение. Ежедневный курильщик теряет около 15 лет полноценной жизни за счет раннего развития хронических заболеваний и преждевременной смерти. Врач любой специальности может много сделать для лечения

и общего оздоровления своих пациентов, если включит консультирование по отказу от курения в обязательный перечень своих рекомендаций.

Консультирование курящего пациента

Прекращение табакокурения является важнейшей медико-социальной задачей, поэтому в развитых системах здравоохранения врачей финансово и организационно стимулируют консультировать курящих пациентов. Как правило, отказ от курения не является основным поводом для обращения за медицинской помощью, поэтому врач должен быть готов уделить этому вопросу дополнительно 5–10 мин своего приема. Краткое консультирование рекомендуется проводить, следуя пяти последовательным правилам, рекомендованным ВОЗ (в оригинале — **5 A: Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange**):

- 1) **спрашивать** о курении всех пациентов;
- 2) **советовать** всем курильщикам бросить;
- 3) **оценить** готовность к отказу от курения;
- 4) **помочь** пациенту в осуществлении отказа;
- 5) **поддержать** в процессе отказа от курения.

1. Спрашивать о курении всех пациентов

У каждого амбулаторного или госпитального пациента старше 18 лет необходимо выяснить статус курения. Опрос (анкетирование) могут проводить врач, медицинская сестра в рамках доврачебного приема или администратор. Кроме регистрации статуса курения, желательно уточнить количество выкуриваемых в сутки сигарет, стаж курения (в годах) и рассчитать индекс пачка-лет (ИПЛ = [среднее число сигарет, выкуриваемых в сутки, · стаж курения в годах]/20). Статус курения (курит, никогда не курил, бросил курить) отмечается в первичной медицинской документации, при возможности — на лицевой стороне амбулаторной карты или истории болезни.

2. Советовать всем курильщикам бросить

Всем курильщикам следует недвусмысленно рекомендовать отказ, делая акцент на положительных последствиях освобождения от табачной зависимости. При этом желательно избегать авторитарного стиля общения и обвинительных нотаций. Примеры рекомендаций: «Отказ от курения — это самое лучшее, что Вы можете сделать для своего здоровья», «Как Ваш лечащий врач я Вам настоятельно рекомендую отказ от курения». Совет должен быть ясным, однозначным и персонализированным. Например, молодой женщине можно сказать о важности отказа от курения для рождения здорового ребенка; для родителей будет важен пример, который они подадут детям, или вред пассивного курения; у пациента средних лет можно оценить влияние курения на сердечно-сосудистый риск (ССР) или течение хронических заболеваний. Например: «Продолжение курения может существенно ухудшить течение Вашего заболевания, а отказ приведет к быстрому облегчению симптомов и уменьшению потребности в медикаментах». Всем курящим необходимо предложить помощь в отказе от курения.

3. Оценить готовность к отказу от курения

Признаками высокой готовности или мотивации к отказу являются прошлые попытки бросить курить, а также готовность бросить в ближайшее время, в том числе при наличии врачебной поддержки. Мотивация пациента и уверенность в собственных силах могут быть оценены с помощью двух вопросов: «Хотели бы Вы бросить курить?» и «Как Вы оцениваете свои шансы на успешный отказ?».

Можно задать нейтральный вопрос: «Что Вы думаете о своем курении?» В зависимости от ответа на эти вопросы курящие пациенты могут быть условно разделены на три группы: не готовые бросать и обсуждать отказ от курения; не готовые бросить в настоящее время, но не исключающие такую возможность в будущем (колеблющиеся); готовые бросить в ближайшее время.

Пациентам, которые не хотят бросать курить и даже отказываются обсуждать эту тему, надо предоставить возможность передумать: «Я понимаю, что сейчас Вы не настроены бросить курить, однако если Вы передумаете, я всегда буду рад(а) Вам помочь». При дальнейших контактах следует возвращаться к теме отказа от курения в доброжелательной манере, ожидая изменения мотивации пациентов.

С пациентами, которые не готовы к отказу в ближайшее время, но в перспективе не исключают для себя такую возможность, проводится краткое **мотивационное собеседование** (оригинальный термин – Motivational Interviewing). Мотивационное собеседование проводится в неконфронтационной, доброжелательной манере, помогая пациенту разрешить амбивалентность в отношении собственного курения, основываясь на долгосрочных позитивных целях. Под амбивалентностью понимается внутренний конфликт, который так или иначе присутствует у большинства курильщиков, например, когда пациент осознает всю противоестественность и вред курения, но предпочитает об этом не думать или пытается найти оправдание своему поведению. Задача врача – проявить этот внутренний конфликт и помочь пациенту разрешить его в позитивном направлении. Собственно название «мотивационное собеседование» или «мотивационное интервью» предполагает использование открытых, безоценочных вопросов, которые помогают пациенту выразить свое отношение к табакокурению. Упрощенный вариант мотивационного собеседования включает пять основных компонентов (в оригинале – **5 R: Relevance, Risks, Rewards, Roadblocks, Repetition**).

1. Значимость. Поощрить пациента высказаться, почему отказ от курения может быть важен лично для него. Например: «Ради чего Вы могли бы сделать попытку отказа от курения?».

2. Риски. Попросить пациента озвучить проблемы, которые он связывает с курением. Например: «Есть ли у Вас проблемы со здоровьем, которые вызваны курением?», «Знаете ли Вы что-нибудь о рисках для своего здоровья или для здоровья близких людей, которые могут быть связаны с курением?».

3. Вознаграждение. Попросить пациента перечислить позитивные последствия отказа от курения. Например: «Что хорошего произойдет в Вашей жизни, если Вы бросите курить?», «Знаете ли Вы, как отказ от курения может улучшить Ваше здоровье?», «Обрадуются ли Ваши близкие, если Вы бросите курить?».

4. Препятствия. Спросить у пациента о проблемах, которые препятствуют успешному отказу, и порекомендовать способы их преодоления. Это может быть боязнь синдрома отмены или прибавки массы тела, влияние курящего окружения или высокий уровень стресса. Пациентам, опасаящимся синдрома отмены, можно посоветовать постепенное снижение числа выкуриваемых сигарет на фоне использования препаратов никотинзаместительной терапии (см. ниже).

5. Повторение. При последующих посещениях необходимо возвращаться к теме отказа от курения и оценивать изменения в мотивации. Если пациент по-прежнему не готов к отказу, следует закончить собеседование на позитивной ноте, например: «Это непростая задача, но я уверен(а), что Вы сможете преодолеть зависимость от табака, и я всегда готов(а) Вам в этом помочь».

Пункты «Риски» и «Вознаграждение» особенно важны для пациентов, которые сомневаются в необходимости отказа от курения. У пациентов, настроенных на отказ, но не уверенных в своей способности справиться с курением, особое внимание следует уделить пункту «Препятствия».

4. Помочь пациенту в отказе от курения

Пациентам, которые готовы отказаться от курения в ближайшее время, необходимо дать поведенческие рекомендации и, по показаниям, назначить медикаментозное лечение никотиновой зависимости.

Проводя **поведенческое консультирование**, врач эмоционально поддерживает пациента и обучает его навыкам самоконтроля, помогая преодолеть поведенческие автоматизмы и ритуалы, связанные с курением. В рамках консультирования рекомендуется установить точную дату отказа, обсудить важность полного воздержания от курения особенно в первые две недели; посоветовать обдумать защитное поведение в типичных ситуациях, которые могут спровоцировать срыв (волнение, скука, употребление алкоголя, курящая компания); порекомендовать способы преодоления внезапного желания закурить, например глубокое и медленное брюшное дыхание. Также рекомендуется обсудить с пациентом основные позитивные ожидания и преимущества, связанные с отказом от курения, и поддержать главный мотив, ради которого предпринимается попытка отказа. Пациентам, обеспокоенным прибавкой массы тела, необходимо дать рекомендации по рациональному питанию (например, пирамида здорового питания) и увеличению физической активности. Для скорейшего восстановления естественного эмоционального равновесия пациенту рекомендуется избегать конфликтных ситуаций, стремиться к позитивным эмоциям, высыпаться, избегать употребления алкоголя и освоить навыки релаксации.

Медикаментозное лечение

Медикаментозное лечение помогает купировать проявления синдрома отмены и тягу к сигарете, повышая шансы на успешный отказ как минимум в 2 раза. Чем сильнее никотиновая зависимость, тем более оправдано назначение медикаментов. Признаками сильной никотиновой зависимости являются ежедневное выкуривание более 10 сигарет, выкуривание первой сигареты в течение 30 мин после просыпания («утреннее накуривание»), а также типичные проявления синдрома отмены при прошлых попытках отказа или вынужденном воздержании от курения. Медикаментозное лечение не показано тем, кто курит не каждый день или выкуривает менее 5 сигарет в день. Синдром отмены никотина проходит в течение 2–4 нед, медикаментозное лечение назначается на срок 8–10 нед.

Наиболее изученными средствами лечения табачной зависимости являются препараты **никотинзаместительной терапии (НЗТ)**, их чаще всего рекомендуют в качестве средств первой линии. Медицинский никотин уменьшает проявления синдрома отмены, при этом не вызывает привыкания. Для тех, кто курит 5–10 сигарет в сутки, рекомендуют использовать препараты НЗТ короткого действия по потребности: таблетку, жевательную резинку или спрей Никоретте*. Одна доза препарата обычно составляет 2 мг и позволяет заменить около 2 сигарет. Спрей является наиболее быстродействующим средством. При курении 10–20 сигарет в сутки рекомендуют использовать пластырь с замедленным высвобождением никотина Никоретте* 16-часового действия в дозе 15 или 25 мг; при курении 20 сигарет (пачка) и более — пластырь 25 мг и одно из короткодействующих средств (жевательная резинка, таблетка, спрей) по потребности. Пластырь 24-часового действия Никвитин* 21 (14, 7) мг рекомендуют при выраженном утреннем накуривании или при круглосуточном курении (работе в ночные смены). НЗТ назначают в полной дозе за 2 нед до даты отказа (на фоне сокращения числа выкуриваемых сигарет или непосредственно в день отказа от

курения, лечение продолжается в течение 8–10 нед. В последние недели лечения используют пластырь Никоретте* 10 мг или короткодействующие средства по потребности. Препараты НЗТ обычно хорошо переносятся и отпускаются без рецепта. В редких случаях возможны побочные эффекты, связанные с адренергическим действием никотина (сердцебиение, головная боль, бессонница, повышение АД) или местными аллергическими реакциями при использовании пластыря. В этих случаях рекомендуют уменьшить дозу или сменить вид препарата НЗТ. Ограничениями к использованию препаратов НЗТ являются обострения ССЗ и беременность.

Другая группа препаратов для лечения табачной зависимости представлена **агонистами-антагонистами никотиновых рецепторов (ААНР)**. Они конкурентно связываются с рецепторами центра удовольствия, блокируя доступ никотина к головному мозгу, при этом за счет стимулирующего дофаминергического эффекта облегчают проявления синдрома отмены. Растительный ААНР Табекс* (цитизин) с успехом используют для лечения табачной зависимости в странах Восточной Европы уже более 50 лет. В последнее десятилетие в высококачественных клинических испытаниях этот препарат подтвердил свою высокую эффективность и безопасность, сопоставимую с другими медикаментами для лечения табачной зависимости. Табекс* назначается за 1–5 дней до даты отказа на фоне снижения числа выкуриваемых сигарет и принимается по схеме в течение месяца. Препарат, как правило, хорошо переносится и отпускается без рецепта, противопоказания в целом аналогичны НЗТ. Преимуществом препарата является его невысокая стоимость, а к недостаткам следует отнести сложную схему приема.

Единственным синтетическим ААНР на рынке является препарат Чампикс* (варениклин). Чампикс* сопоставим по эффективности с комбинированной НЗТ, повышая шансы на успешный отказ приблизительно в три раза. Препарат назначают за 2 нед до даты отказа от курения в дозе 0,5–1 мг в сутки, затем его принимают в течение 10 нед по таблетке 1 мг 2 раза в сутки. Варениклин в целом хорошо переносится, наиболее частым побочным эффектом является тошнота (до 30% пациентов). Ранее существовали опасения о повышении риска суицидальных и сердечно-сосудистых событий на фоне приема препарата, однако в последних крупных исследованиях эти данные не подтверждаются. Варениклин назначает лечащий врач с учетом противопоказаний и индивидуальных особенностей пациента, препарат отпускается по рецепту.

5. Поддержать в процессе отказа от курения

Пациентам, бросающим курить, рекомендуются повторные консультации через неделю и месяц после даты отказа. При повторном визите необходимо оценить выраженность синдрома отмены, уточнить эффективность и переносимость медикаментов, при необходимости скорректировать дозу или лекарственную форму препаратов НЗТ, оценить динамику массы тела. Также полезно повторить поведенческое консультирование с акцентом на позитивных изменениях психического и физического здоровья после отказа и эмоционально поддержать пациента. В случае рецидива курения необходимо совместно проанализировать причины срыва, рекомендовать повторную попытку, при необходимости рассмотреть другой вариант медикаментозного лечения.

Пациент считается излеченным от табачной зависимости, если через 6 мес от даты отказа ему удается полностью воздерживаться от курения. К этому сроку у большинства пациентов восстанавливается естественная саморегуляция настроения и угасают курительные ритуалы.



Рис. 2.7. Алгоритм консультирования курящего пациента: НЗТ — никотинзаместительная терапия

Обследование для ранней диагностики ассоциированных с курением хронических заболеваний (скрининг)

Всем курящим в возрасте 40 лет и старше следует измерить АД, уровень холестерина в плазме и оценить 10-летний ССР с использованием прогностической шкалы SCORE или аналогов (например, ASCVD). Пациентам 55–85 лет с большим стажем курения (ИПЛ ≥ 30) рекомендуется ежегодная низкодозная компьютерная томография для ранней диагностики рака легких. Курящим мужчинам 65 лет и старше рекомендуется однократное ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной аорты для ранней диагностики атеросклеротической аневризмы.

Алгоритм консультирования курящего пациента представлен на рис. 2.7.

2.3. ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА

Вакцинопрофилактика — один из самых эффективных методов предупреждения инфекционных заболеваний, позволивший ликвидировать заболеваемость натуральной оспой, а также снизить распространенность и частоту осложнений таких инфекционных заболеваний, как, например, дифтерия, столбняк, полио-

миелит. В последние десятилетия в России существенно изменились подходы к вакцинации: расширился перечень профилактических прививок, сократилось число противопоказаний к вакцинации.

Вакцинация — метод активной специфической профилактики инфекционных заболеваний, позволяющий сформировать у привитого человека специфический иммунитет против того или иного возбудителя. При проведении в течение длительного времени массовой вакцинации в популяции формируется иммунная прослойка населения, невосприимчивого к определенной инфекции, что снижает возможность циркуляции и распространения инфекционного агента в данной популяции, а следовательно, заболеваемости даже среди непривитых лиц. Также вакцинация против некоторых вирусов может предотвратить не только развитие инфекционного заболевания, но и его осложнений и последствий (например, рака шейки матки — при папилломавирусной инфекции).

Основными законодательными документами по вакцинопрофилактике в России являются Федеральный закон от 17.09.1998 № 157-ФЗ (ред. от 07.03.2018) «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» и Федеральный закон от 30.03.1999 № 52-ФЗ (ред. от 03.08.2018) «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».

Закон РФ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» (№ 157-ФЗ от 17.09.1998, ред. от 07.03.2018) предусматривает:

- доступность для граждан профилактических прививок;
- бесплатное проведение профилактических прививок, включенных в национальный календарь профилактических прививок и календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям, в организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения;
- социальную поддержку граждан при возникновении поствакцинальных осложнений;
- разработку и реализацию федеральных целевых программ и региональных программ;
- использование для осуществления иммунопрофилактики эффективных иммунобиологических лекарственных препаратов;
- государственный контроль качества, эффективности и безопасности иммунобиологических лекарственных препаратов для иммунопрофилактики;
- поддержку научных исследований в области разработки новых иммунобиологических лекарственных препаратов для иммунопрофилактики;
- обеспечение современного уровня производства иммунобиологических лекарственных препаратов для иммунопрофилактики;
- государственную поддержку отечественных производителей иммунобиологических лекарственных препаратов для иммунопрофилактики;
- включение в федеральные государственные образовательные стандарты подготовки медицинских работников вопросов иммунопрофилактики;
- совершенствование системы статистического наблюдения;
- обеспечение единой государственной информационной политики;
- развитие международного сотрудничества.

В соответствии с законом граждане имеют право:

- на получение от медицинских работников полной и объективной информации о необходимости профилактических прививок, последствиях отказа от них, возможных поствакцинальных осложнениях;
- на выбор медицинской организации или индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность;

- на бесплатные профилактические прививки, включенные в национальный календарь профилактических прививок и календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям, в медицинских организациях государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения;
- на медицинский осмотр и при необходимости медицинское обследование перед профилактическими прививками, получение медицинской помощи в медицинских организациях при возникновении поствакцинальных осложнений в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- на социальную поддержку при возникновении поствакцинальных осложнений;
- на отказ от профилактических прививок.

Действующий в настоящее время в России национальный календарь профилактических прививок (табл. 2.3) определен приказом Минздрава России от 21.03.2014 № 125н (ред. от 13.04.2017) «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям».

Таблица 2.3. Национальный календарь профилактических прививок (Приложение № 1 к приказу Минздрава России от 21.03.2014 № 125н)

Категория и возраст граждан, подлежащих обязательной вакцинации	Наименование профилактической прививки
Новорожденные в первые 24 ч жизни	Первая вакцинация против вирусного гепатита В (прим. 1)
Новорожденные на 3–7-й день жизни	Вакцинация против туберкулеза (прим. 2)
Дети 1 мес	Вторая вакцинация против вирусного гепатита В (прим. 1)
Дети 2 мес	Третья вакцинация против гепатита В (группы риска) (прим. 3)
	Первая вакцинация против пневмококковой инфекции
Дети 3 мес (прим. 6.1)	Первая вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка
	Первая вакцинация против полиомиелита (прим. 4)
	Первая вакцинация против гемофильной палочки (группы риска) (прим. 5)
Дети 4,5 мес (прим. 6.1)	Вторая вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка
	Вторая вакцинация против полиомиелита (прим. 4)
	Вторая вакцинация против гемофильной инфекции (группы риска) (прим. 5)
	Вторая вакцинация против пневмококковой инфекции
Дети 6 мес (прим. 6.1)	Третья вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка
	Третья вакцинация против вирусного гепатита В (прим. 1)

Продолжение табл. 2.3

Категория и возраст граждан, подлежащих обязательной вакцинации	Наименование профилактической прививки
	Третья вакцинация против полиомиелита (прим. 6)
	Третья вакцинация против гемофильной инфекции (группы риска) (прим. 5)
Дети 12 мес	Вакцинация против кори, краснухи, эпидемического паротита
	Четвертая вакцинация против вирусного гепатита В (группы риска) (прим. 1)
Дети 15 мес	Ревакцинация против пневмококковой инфекции
Дети 18 мес (прим. 6.1)	Первая ревакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка
	Первая ревакцинация против полиомиелита (прим. 6)
	Ревакцинация против гемофильной инфекции (группы риска) (прим. 5)
Дети 20 мес	Вторая ревакцинация против полиомиелита (прим. 6)
Дети 6 лет	Ревакцинация против кори, краснухи, эпидемического паротита
Дети 6–7 лет	Вторая ревакцинация против дифтерии, столбняка (прим. 7)
	Ревакцинация против туберкулеза (прим. 8)
Дети 14 лет	Третья ревакцинация против дифтерии, столбняка (прим. 7)
	Третья ревакцинация против полиомиелита (прим. 6)
Взрослые от 18 лет	Ревакцинация против дифтерии, столбняка — каждые 10 лет от момента последней ревакцинации
Дети от 1 года до 18 лет, взрослые от 18 до 55 лет, не привитые ранее	Вакцинация против вирусного гепатита В (прим. 9)
Дети от 1 года до 18 лет (включительно), женщины от 18 до 25 лет (включительно), не болевшие, не привитые, привитые однократно против краснухи, не имеющие сведений о прививках против краснухи	Вакцинация против краснухи
Дети от 1 года до 18 лет (включительно) и взрослые до 35 лет (включительно), не болевшие, не привитые, привитые однократно, не имеющие сведений о прививках против кори; взрослые от 36 до 55 лет (включительно), относящиеся к группам риска (работники медицинских и образовательных организаций, организаций торговли, транспорта, коммунальной и социальной сферы; лица, работающие	Вакцинация против кори, ревакцинация против кори (прим. 10)

Категория и возраст граждан, подлежащих обязательной вакцинации	Наименование профилактической прививки
вахтовым методом, и сотрудники государственных контрольных органов в пунктах пропуска через государственную границу Российской Федерации), не болевшие, не привитые, привитые однократно, не имеющие сведений о прививках против кори	
Дети с 6 мес; учащиеся 1–11-х классов; обучающиеся в профессиональных образовательных организациях и образовательных организациях высшего образования; взрослые, работающие по отдельным профессиям и должностям (работники медицинских и образовательных организаций, транспорта, коммунальной сферы); беременные; взрослые старше 60 лет; лица, подлежащие призыву на военную службу; лица с хроническими заболеваниями, в том числе с заболеваниями легких, сердечно-сосудистыми заболеваниями, метаболическими нарушениями и ожирением	Вакцинация против гриппа

Примечания.

1. Первая, вторая и третья вакцинации проводятся по схеме 0–1–6 (первая доза — в момент начала вакцинации, вторая доза — через месяц после первой прививки, третья доза — через 6 мес от начала вакцинации), за исключением детей, относящихся к группам риска, вакцинация против вирусного гепатита В которых проводится по схеме 0–1–2–12 (первая доза — в момент начала вакцинации, вторая доза — через месяц после первой прививки, третья доза — через 2 мес от начала вакцинации, четвертая доза — через 12 мес от начала вакцинации).

2. Вакцинация проводится вакциной для профилактики туберкулеза для щадящей первичной вакцинации (БЦЖ-М); в субъектах Российской Федерации с показателями заболеваемости, превышающими 80 на 100 тыс. населения, а также при наличии в окружении новорожденного больных туберкулезом — вакциной для профилактики туберкулеза (БЦЖ).

3. Вакцинация проводится детям, относящимся к группам риска (родившимся от матерей — носителей HBsAg, больных вирусным гепатитом В или перенесших вирусный гепатит В в III триместре беременности, не имеющих результатов обследования на маркеры гепатита В, употребляющих наркотические средства или психотропные вещества, из семей, в которых есть носитель HBsAg или больным острым вирусным гепатитом В и хроническими вирусными гепатитами).

4. Первая и вторая вакцинации проводятся вакциной для профилактики полиомиелита (инактивированной).

5. Вакцинация проводится детям, относящимся к группам риска (с иммунодефицитными состояниями или анатомическими дефектами, приводящими к резко повышенной опасности заболевания гемофильной инфекцией; с аномалиями развития кишечника; с онкологическими заболеваниями и/или длительно получающим иммуносупрессивную терапию; детям, рожденным от матерей с ВИЧ-инфекцией; детям с ВИЧ-инфекцией; недоношенным и маловесным детям; детям, находящимся в домах ребенка).

6. Третья вакцинация и последующие ревакцинации против полиомиелита проводятся детям вакциной для профилактики полиомиелита (живой); детям, относящимся к группам риска (с иммунодефицитными состояниями или анатомическими дефектами, приводящими к резко повышенной опасности заболевания гемофильной инфекцией; с аномалиями развития кишечника; с онкологическими заболеваниями и/или длительно получающим иммуносупрессивную терапию; детям, рожденным от матерей с ВИЧ-инфекцией; детям с ВИЧ-инфекцией; недоношенным и маловесным детям; детям, находящимся в домах ребенка) — вакциной для профилактики полиомиелита (инактивированной).

6.1. Вакцинация и ревакцинация детям, относящимся к группам риска, может осуществляться иммунобиологическими лекарственными препаратами для иммунопрофилактики инфекционных болезней, содержащими комбинации вакцин, предназначенных для применения в соответствующие возрастные периоды.

7. Вторая ревакцинация проводится анатоксинами с уменьшенным содержанием антигенов.

8. Ревакцинация проводится вакциной для профилактики туберкулеза (БЦЖ).

9. Вакцинация проводится детям и взрослым, ранее не привитым против вирусного гепатита В, по схеме 0–1–6 (первая доза — в момент начала вакцинации, вторая доза — через месяц после первой прививки, третья доза — через 6 мес от начала вакцинации).

10. Интервал между первой и второй прививками должен составлять не менее 3 мес.

Порядок проведения профилактических прививок представлен в методических указаниях № 3.3.1889-04, утвержденных Главным государственным санитарным врачом РФ 04.03.2004, и в приказе Минздрава России от 21.03.2014 № 125н (ред. от 13.04.2017).

Методические указания № 3.3.1.1095-02 от 09.01.2002 содержат медицинские противопоказания к проведению профилактических прививок, рекомендации по вакцинации при наличии относительных противопоказаний.

В зависимости от конкретных изменений эпидемиологической ситуации в национальный календарь прививок вносятся изменения. Также могут издаваться нормативные акты, регламентирующие дополнительную иммунизацию по эпидемическим показаниям, вакцинацию отдельных групп населения и т.д. Так, в 2011 году в национальный календарь прививок в России была включена вакцинация против гемофильной инфекции (для детей из групп риска), а в 2014 г. — вакцинация против пневмококковой инфекции. Кроме того, были внесены некоторые изменения в перечень показаний к вакцинации против гриппа.

В некоторых регионах России в календарь прививок введены дополнительные вакцины. Так, в Москве в региональный календарь профилактических прививок, утвержденный приказом Департамента здравоохранения г. Москвы от 4 июля 2014 г. № 614, включена вакцинация детей в 12 мес против ветряной оспы, детей 3–6 лет против гепатита А (перед поступлением в детские дошкольные образовательные организации) и вакцинация девочек в 12–13 лет против вируса папилломы человека.

Прививки, не входящие в национальный календарь прививок и календарь прививок по эпидемическим показаниям, могут проводиться по желанию пациентов вакцинами, зарегистрированными в России, с учетом показаний и противопоказаний.

Финансирование вакцинации, не входящей в национальный календарь профилактических прививок, осуществляется за счет средств региональных бюджетов, средств граждан и из других источников, не запрещенных законодательством РФ.

ВИДЫ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ

Вакцины — препараты, которые содержат целые микроорганизмы, отдельные их компоненты или продукты их жизнедеятельности, то есть специфические антигены, вызывающие при введении в организм человека развитие иммунологических реакций (активный иммунный ответ), обеспечивающих в дальнейшем иммунную устойчивость к патогенным микроорганизмам. Таким образом, высказывания противников вакцинопрофилактики о том, что вакцинация угнетает собственный иммунитет, можно назвать необоснованными.

Все вакцинопрепараты оценивают по трем параметрам:

- 1) *безопасность*, то есть отсутствие патогенности (способности вызывать вакциноассоциированные заболевания) для человека;
- 2) *реактогенность*, или свойство вакцин вызывать побочные постпрививочные реакции;
- 3) *иммуногенность* — способность индуцировать выраженный защитный иммунный ответ.

Вакцины должны быть безопасными, обладать минимальной реактогенностью и при этом сохранять высокую иммуногенность.

В соответствии с методом получения и типом специфического антигена все вакцины можно разделить на несколько видов.

Живые вакцины (например, коревая, краснушная, оральная полиомиелитная) содержат ослабленные живые микроорганизмы, утратившие вирулентность, но

сохранившие иммуногенные свойства. К достоинствам живых вакцин относится способность стимулировать длительный и стойкий иммунитет, что позволяет вводить их однократно или с редкими ревакцинациями (один раз в 5–10 лет). К недостаткам живых вакцин относятся термолабильность, светочувствительность, невозможность строгого дозирования. Кроме того, у лиц с иммунодефицитными состояниями живые вакцины могут вызывать вакциноассоциированные заболевания.

Инактивированные (убитые) вакцины содержат инактивированные (убитые) высокой температурой, ультрафиолетовым излучением, спиртом и другими способами патогенные микроорганизмы (например, цельноклеточная коклюшная вакцина, инактивированная полиомиелитная вакцина) или субклеточные структуры (бесклеточная коклюшная вакцина, пневмококковая вакцина). Преимущества инактивированных вакцин — термостабильность и возможность строгого дозирования. В то же время они создают только гуморальный иммунитет, при этом менее стойкий, чем после введения живых вакцин, что требует неоднократного введения. Также инактивированные вакцины имеют такие недостатки, как неустойчивость к замораживанию и высокая реактогенность. При этом более реактогенны цельноклеточные вакцины, содержащие цельные убитые микроорганизмы. Препараты, в состав которых входят субъединичные структуры, гораздо реже вызывают побочные реакции.

Анатоксины (дифтерийный, столбнячный) — обезвреженные (инактивированные) химическим способом экзотоксины микроорганизмов, сохранившие антигенную структуру. По общим свойствам эти иммунопрепараты сходны с инактивированными вакцинами, в том числе они требуют неоднократного введения. Анатоксины создают только противотоксический иммунитет при отсутствии противомикробного. В случае инфицирования у пациентов, привитых анатоксинами, развиваются нетоксические формы инфекционного заболевания (например, дифтерии) или носительство, что позволяет избежать серьезных осложнений.

Рекомбинантные вакцины получают методами генной инженерии. К этому виду иммунопрепаратов относятся вакцины против вируса гепатита В (содержит поверхностный антиген вируса — HBsAg, вызывающий иммунный ответ), вируса папилломы человека, ротавируса. Достоинства данных вакцин — способность к формированию достаточно стойкого длительного иммунитета и низкая реактогенность.

ОСНОВНЫЕ ПРИВИВКИ НАЦИОНАЛЬНОГО КАЛЕНДАРЯ

Национальный календарь профилактических прививок был разработан с учетом международных рекомендаций и эпидемиологической ситуации в России.

Так, необходимость вакцинации против туберкулеза обусловлена сохраняющимся высоким уровнем заболеваемости в России (по данным Роспотребнадзора за 2018 г. — 41,96 на 100 тыс. населения).

Важность вакцинопрофилактики дифтерии, столбняка, коклюша, полиомиелита продиктована их тяжелым течением и высокими показателями летальности при этих заболеваниях.

Несмотря на продолжающееся снижение заболеваемости вирусным гепатитом В, остается актуальной иммунизация населения, особенно в группах риска, что обусловлено тяжелым течением гепатита В, частым переходом в хронические формы и высоким уровнем инвалидизации.

Вакцинация против краснухи направлена не только на предотвращение развития тяжелых форм данного заболевания, в особенности у подростков и взрослых, но и в первую очередь на профилактику этого заболевания у беременных, так как оно опасно развитием синдрома врожденной краснухи.

Вакцинопрофилактика кори и эпидемического паротита ориентирована на предупреждение возникновения тяжелых форм и серьезных осложнений этих заболеваний.

Высокий риск развития опасных для жизни осложнений при гриппе обуславливает необходимость его вакцинопрофилактики, особенно в группах риска, в том числе у детей и пожилых людей.

Вакцинация против гемофильной инфекции направлена на снижение частоты заболеваний, вызванных этим возбудителем. *Haemophilus influenzae b* — частая причина гнойного отита, пневмонии, менингита, эпиглоттита у детей. Наиболее часто болеют дети в возрасте от 4 мес до 5 лет. С этой инфекцией связано около 200 тыс. случаев смерти детей до 5 лет (в основном от менингита и пневмонии) в год. После менингита, вызванного гемофильной инфекцией, у 15–35% пациентов сохраняются стойкие нарушения, приводящие к инвалидизации. Около 5% детей с менингитом, вызванным гемофильной инфекцией, погибают.

Введение вакцинации против пневмококковой инфекции в национальный календарь прививок связано как с высокой частотой пневмококковых пневмоний, отитов, менингитов, так и с возрастающей устойчивостью пневмококков к антибиотикам.

Вакцинация против гепатита В

В соответствии с национальным календарем профилактических прививок вакцинация против вирусного гепатита В проводится всем новорожденным в первые 24 ч жизни. Необходимость раннего введения вакцины продиктована сохраняющимися высокими уровнями заболеваемости вирусным гепатитом В и вирусоносительства, в особенности в возрастной группе от 15 до 29 лет, а также высоким риском инфицирования ребенка в родах или при грудном вскармливании. Если ребенку при рождении по каким-либо причинам (наличие относительных противопоказаний, отказ родителей и т.п.) прививку не сделали, ее можно провести в любом возрасте, составив индивидуальный график вакцинации. Национальным календарем прививок также предусмотрена вакцинация против вирусного гепатита В непривитым детям от 1 до 18 лет и взрослым от 18 до 55 лет.

Для профилактики вирусного гепатита В применяют рекомбинантные (генно-инженерные) вакцины.

Вакцинация против вирусного гепатита В проводится по двум основным схемам — 0–1–6 и 0–1–2–12. Схема 0–1–6, когда первая вакцинация проводится в первые 24 ч жизни новорожденного (0), вторая вакцинация — в 1 мес (1), а третья — в 6 мес, рекомендуется детям, не относящимся к группам риска.

Схема вакцинации 0–1–2–12 (после первой вакцинации вторая проводится через 1 мес, третья — через 2 мес после первой, а четвертая — через 12 мес после первой) применяется у детей из групп риска, к которым относятся дети, родившиеся:

- 1) от матерей — носителей HBsAg, больных вирусным гепатитом В или перенесших вирусный гепатит в III триместре беременности, не имеющих результатов обследования на маркеры гепатита В;
- 2) от матерей, употребляющих наркотические средства или психотропные вещества;
- 3) в семьях, где есть носитель HbsAg, больной острым вирусным гепатитом В и хроническими вирусными гепатитами.

Также схема 0–1–2–12 используется у взрослых, относящихся к группам риска по инфицированию вирусом гепатита В (например, у пациентов, находящихся на гемодиализе).

Вакцинация против вирусного гепатита В детей, не относящихся к группе риска, не получивших прививки в возрасте до 1 года, а также подростков и взрослых, не привитых ранее, проводится по схеме 0–1–6 (первая доза — в день начала вакцинации, вторая доза — через 1 мес, третья доза — через 6 мес от начала иммунизации).

Вакцинация против туберкулеза

Для профилактики туберкулеза применяют вакцину БЦЖ (BCG — *Bacillus Calmette–Guerin*), содержащую живые ослабленные микобактерии вакцинного штамма (*Micobacterium bovis*), и БЦЖ-М, в которой содержание микобактерий меньше, чем в БЦЖ.

Вакцинацию против туберкулеза проводят новорожденным в первые 3–7 дней жизни. В регионах, где заболеваемость туберкулезом превышает 80 на 100 тыс. населения, для вакцинации новорожденных рекомендуют использовать БЦЖ. Эта же вакцина применяется для иммунизации новорожденных, в окружении которых есть больные туберкулезом. В остальных случаях детей прививают вакциной для профилактики туберкулеза для щадящей первичной вакцинации БЦЖ-М. Ревакцинация проводится в 7 лет неинфицированным детям, имеющим отрицательную реакцию Манту, вакциной БЦЖ.

Вакцинация против пневмококковой инфекции

В настоящее время для профилактики пневмококковой инфекции применяют два типа вакцин: конъюгированные и полисахаридные.

Пневмококковые конъюгированные вакцины (ПКВ) содержат полисахариды пневмококка, конъюгированные с белком-носителем. В состав ПКВ10 (Синфлорикс[®]) входят полисахариды 10 серотипов пневмококка, конъюгированные с D-протеином бескапсульной *H. influenzae*, столбнячным и дифтерийным анатоксинами. ПКВ13 (Превенар[®]) содержит полисахариды 13 серотипов пневмококка, конъюгированные с белком-носителем CRM197 (дифтерийным анатоксином). Конъюгированные вакцины не содержат консерванта. Пневмококковые конъюгированные вакцины применяют у детей первых 5 лет жизни, а ПКВ13 также у лиц старше 50 лет.

Пневмококковая полисахаридная вакцина (ППВ) содержит очищенные капсульные полисахариды 23 серотипов пневмококка (Пневмо 23[®]). ППВ применяют для вакцинации детей старше 2 лет и взрослых старше 65 лет, а также из групп риска.

В соответствии с национальным календарем прививок вакцинация против пневмококковой инфекции включает два введения конъюгированной вакцины на первом году жизни ребенка (в 2 и в 4,5 мес) и ревакцинацию в 15 мес.

Вакцинация против пневмококковой инфекции также рекомендуется лицам с высоким риском развития тяжелой пневмококковой инфекции. Их условно делят на две группы: иммунокомпетентные и иммунокомпрометированные пациенты. К группе иммунокомпетентных пациентов относятся:

- лица с хроническими бронхолегочными заболеваниями (ХОБЛ, БА при наличии сопутствующей патологии в виде хронического бронхита, эмфиземы, при частых рецидивах респираторной патологии, при длительном приеме системных глюкокортикоидов и др.);
- лица с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ИБС, сердечная недостаточность, кардиомиопатия и др.);
- лица с хроническими заболеваниями печени (включая цирроз);
- больные СД;

- лица, направляемые и находящиеся в специальных условиях пребывания: организованные коллективы (военнослужащие — за 1 мес до призыва, находящиеся в местах заключения, пребывающие в социальных учреждениях — домах инвалидов, домах сестринского ухода, интернатах и т.д.);
- лица, страдающие алкоголизмом;
- курильщики;
- работники вредных для дыхательной системы производств (сварщики; работники, контактирующие с пылью, мукой, и т.д.);
- лица в возрасте 65 лет и старше;
- реконвалесценты острого среднего отита, менингита, пневмонии.

К группе иммунокомпрометированных пациентов относятся:

- лица с врожденными и приобретенными иммунодефицитами (в том числе с ВИЧ-инфекцией и ятрогенными иммунодефицитами);
- пациенты, страдающие нефротическим синдромом/хронической почечной недостаточностью и требующие диализа;
- лица с кохлеарными имплантатами (или подлежащие кохлеарной имплантации);
- лица с подтеканием спинномозговой жидкости;
- лица, страдающие гемобластозами, получающие иммуносупрессивную терапию;
- лица с врожденной или приобретенной (анатомической или функциональной) асплинией;
- лица, страдающие гемоглобинопатиями (в том числе серповидноклеточной анемией);
- лица, состоящие в листе ожидания на трансплантацию органов или после таковой.

Вакцинацию против пневмококковой инфекции можно проводить в любое время года, однако удобнее провести ее одновременно с вакцинацией против гриппа перед началом сезона ОРВИ и гриппа, что соответствует рекомендациям ВОЗ. Иммунокомпрометированным пациентам первоначально рекомендуется однократное введение ПКВ13, а затем (не ранее чем через 8 нед) ППВ23. Если пациент ранее получал ППВ, рекомендуется введение ПКВ13 (не ранее чем через год с момента последней вакцинации). Пациентам, привитым до 65 лет, относящимся к группам риска, в возрасте 65 лет и старше (или не менее чем через 5 лет с момента введения первой дозы вакцины) рекомендуется ревакцинация.

Международные профессиональные сообщества рекомендуют следующие подходы к вакцинации взрослых против пневмококковой инфекции:

- одна доза ППВ23 вводится лицам 18–64 лет, не имеющим иммунокомпрометирующих состояний, являющимся курильщиками табака, пользователями электронных сигарет, вейпов и прочего, имеющим профессиональные вредности для дыхательной системы (сварщики; работники, контактирующие с пылью, мукой, и т.д.), реконвалесценты острого среднего отита, менингита, пневмонии, страдающие алкоголизмом;
- одна доза ППВ23 вводится лицам 18–64 лет, не имеющим иммунокомпрометирующих состояний (в том числе привитым ПКВ не менее чем год назад), за 1–2 мес до призыва на военную службу или при помещении их в специальные условия содержания — вводить одну дозу ППВ23;
- одна доза ПКВ13, затем (через год) одна доза ППВ23 вводится лицам 18–64 лет, страдающим хроническими заболеваниями легких (ХОБЛ, БА, эмфизема), сердца (ИБС, кардиомиопатия, сердечная недостаточность), печени (в том числе цирроз), почек, СД;

- одна доза ПКВ13, затем (не ранее чем через год) одна доза ППВ23 вводится лицам в возрасте 65 лет и старше, не имеющим иммунокомпрометирующих состояний; при этом лица, получившие ППВ23 в возрасте до 65 лет по любому показанию, должны получить очередную дозу вакцины в возрасте 65 лет или позже, если с момента получения предыдущей дозы ППВ23 прошло по крайней мере 5 лет;
- одна доза ПКВ13, затем (не ранее чем через 8 нед) одна доза ППВ23, с последующей ревакцинацией одной дозой ППВ23 (не ранее чем через 5 лет), рекомендованы лицам, имеющим иммунокомпрометирующие состояния.

Вакцинация против дифтерии и столбняка

Для вакцинопрофилактики дифтерии и столбняка применяют дифтерийный и столбнячный анатоксины, входящие в состав комбинированных препаратов (АКДС, АДС, АДС-М, Инфанрикс-гекса*, Пентаксим* и др.).

Вакцинация против дифтерии и столбняка проводится трехкратно, начиная с 3 мес, с интервалом между введениями 45 дней (1,5 мес). Ревакцинация проводится в 18 мес (или через год после последней вакцинации), в 7 лет и в 14 лет. Взрослым ревакцинация проводится каждые 10 лет после последнего введения вакцины.

Следует помнить, что введение анатоксинов позволяет сформировать только антитоксический иммунитет, поэтому привитые пациенты могут болеть, например, дифтерией, но заболевание будет протекать в виде бактерионосительства или в нетоксической форме, без развития тяжелых осложнений (при правильно проведенной иммунизации и адекватном иммунном ответе).

Вакцинация против полиомиелита

Для вакцинопрофилактики полиомиелита применяют живую оральную полиомиелитную вакцину (ОПВ) и инактивированную полиомиелитную вакцину (ИПВ). При этом ИПВ может быть как самостоятельным препаратом (Имовакс Полио*), так и компонентом комбинированной вакцины.

Вакцинация против полиомиелита проводится трехкратно (одновременно с введением АКДС), начиная с 3 мес, с интервалом между введениями вакцины 45 дней (1,5 мес). Ревакцинация проводится в 18 мес (также с АКДС) и в 20 мес. В 14 лет проводится последняя ревакцинация против полиомиелита.

В соответствии с календарем прививок первая и вторая вакцинации детей (в 3 и 4,5 мес) проводятся ИПВ, а третья и все последующие ревакцинации — ОПВ (при отсутствии противопоказаний). Возможно проведение полной серии вакцинации и ревакцинации инактивированной полиомиелитной вакциной. Детям, имеющим противопоказания к ОПВ (иммунодефицитные состояния, злокачественные новообразования), вводят ИПВ.

Вакцинация против коклюша

Профилактика коклюша наиболее важна у детей первого года жизни, так как это заболевание особенно тяжело протекает в раннем возрасте.

Для иммунопрофилактики коклюша используют комбинированные вакцины, содержащие убитые цельноклеточные коклюшные микробы, дифтерийный и столбнячный анатоксины (АКДС, Бубо-Кок*). Также применяются бесклеточные вакцины (Инфанрикс Гекса*, Пентаксим*), не содержащие цельного коклюшного компонента, что обеспечивает низкую реактогенность данных вакцин по сравнению с цельноклеточными.

Курс вакцинации против коклюша состоит из трех введений вакцины с интервалом 45 дней с ревакцинацией через год. В соответствии с календарем прививок вакцинацию проводят детям в 3, 4,5 и 6 мес, ревакцинацию — в 18 мес. При нарушении графика прививок вакцинацию против коклюша необходимо полностью завершить до достижения ребенком возраста 4 лет. После этого возраста вакцинацию против коклюша не проводят, а для иммунопрофилактики дифтерии и столбняка применяют препараты, не содержащие коклюшного компонента. Во многих странах Европы и в США в календарь прививок включена дополнительная ревакцинация детей в 4–6 лет бесклеточной (ацеллюлярной) коклюшной вакциной.

Вакцинация против гемофильной инфекции

Вакцинацию против гемофильной инфекции проводят детям из групп риска троекратно в 3, 4,5 и 6 мес, ревакцинацию — однократно в 18 мес (через 12 мес после третьей вакцинации). Если вакцинацию по каким-то причинам начинают после 6 мес, достаточно двукратного введения вакцины с интервалом 1–2 мес. К группам риска относятся дети с иммунодефицитными состояниями или анатомическими дефектами, повышающими риск заболевания гемофильной инфекцией; дети с онкогематологическими заболеваниями и/или длительно получающие иммуносупрессивную терапию; дети от матерей с ВИЧ-инфекцией; дети с ВИЧ-инфекцией; дети, находящиеся в домах ребенка.

Вакцинация против кори

Вакцинацию против кори проводят живой коревой вакциной или комбинированными дивакцинами (коревая–паротитная) или тривакцинами (коревая–паротитная–краснушная). Применение ди- и тривакцин предпочтительнее, чем моновакцин, так как позволяет сократить количество инъекций.

Вакцинацию против кори проводят в 12 мес однократно, ревакцинацию — в 6 лет. Кроме того, иммунизации против кори подлежат дети от 1 года до 18 лет и взрослые в возрасте до 35 лет (включительно), не болевшие, не привитые, привитые однократно, не имеющие сведений о профилактических прививках против кори, а также взрослые от 36 до 55 лет (включительно), относящиеся к группам риска (работники медицинских и образовательных организаций, организаций торговли, транспорта, коммунальной и социальной сферы; лица, работающие вахтовым методом, и сотрудники государственных контрольных органов в пунктах пропуска через государственную границу РФ), не болевшие, не привитые, привитые однократно, не имеющие сведений о профилактических прививках против кори.

Вакцинация против эпидемического паротита

Вакцинацию против эпидемического паротита проводят живой паротитной вакциной, а также ди- или тривакцинами (коревая–паротитная, коревая–паротитная–краснушная) в 12 мес однократно, ревакцинацию — в 6 лет.

Вакцинация против краснухи

Вакцинацию против краснухи проводят живой краснушной вакциной или тривакциной (корь–краснуха–паротит) в 12 мес однократно, ревакцинацию — в 6 лет. Кроме того, календарем прививок регламентирована вакцинация детей от 1 года до 18 лет, женщин от 18 до 25 лет (включительно), не болевших, не привитых, привитых однократно, не имеющих сведений о прививках против краснухи.

Вакцинация против гриппа

В соответствии с национальным календарем вакцинации подлежат дети с 6 мес; учащиеся 1–11-х классов; обучающиеся в профессиональных образовательных организациях и образовательных организациях высшего образования; взрослые, работающие по отдельным профессиям и должностям (работники медицинских и образовательных организаций, транспорта, коммунальной сферы); беременные; взрослые старше 60 лет; лица, подлежащие призыву на военную службу; лица с хроническими заболеваниями.

Вакцины против гриппа содержат антигены вирусов гриппа А/Н1N1, А/Н3N2 и В. Антигенный состав вакцин обновляют ежегодно в зависимости от прогнозируемой эпидемической ситуации.

Живая интраназальная вакцина содержит аттенуированные штаммы вируса гриппа, используется у детей с 3 лет и взрослых.

Субъединичные и сплит-вакцины применяют у детей с 6 мес и у взрослых. Субъединичные вакцины (Инфлювак[®], Агриппал S1[®]) содержат по 15 мкг антигенов каждого штамма. В состав субъединичной вакцины Гриппол плюс[®] входит иммуноадъювант полиоксидоний, а в состав вакцины Совигрипп[®] — иммуноадъювант СовидонTM, что позволяет уменьшить содержание антигенов каждого штамма до 5–11 мкг. Сплит-вакцины (расщепленные) — Бегривак[®], Ваксигрип[®], Флюарикс[®], Флюоваксин[®] — содержат по 15 мкг антигенов каждого штамма вируса гриппа. Практически все перечисленные субъединичные и сплит-вакцины выпускаются без консерванта. В России также зарегистрирована вирусомальная вакцина Инфлексал V^{*}, в состав которой входят виросомы высокоочищенных поверхностных антигенов вируса гриппа А (Н1N1 и Н3N2) и В (по 15 мкг на каждый штамм). Инфлексал V^{*} не содержит консервантов, формальдегида, антибиотиков.

Несмотря на то что современные инактивированные вакцины не содержат стабилизирующих препаратов и антибиотиков, необходимо учитывать, что для производства большинства этих вакцин используют куриные эмбрионы. В связи с этим допускается наличие в составе одной дозы до 0,05 мкг овальбумина, что может провоцировать нежелательные местные или системные реакции у лиц с непереносимостью куриного белка.

Вакцинация по эпидемическим показаниям

Календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям представлен в табл. 2.4. Перечисленные в нем вакцины вводят при повышенном риске заражения тем или иным инфекционным заболеванием, связанном с профессией, местом жительства, нахождением в очаге заболевания и т.д. Например, вакцинацию против бешенства и лептоспироза проводят лицам, которые по роду деятельности сталкиваются с безнадзорными животными, а следовательно, имеют высокий риск инфицирования возбудителями этих заболеваний. Контакт с больным дифтерией является показанием к вакцинации у ранее не привитых от этого заболевания лиц. В последние годы календарь прививок по эпидемическим показаниям в нашей стране также был расширен. В частности, в него включили вакцинацию против ветряной оспы, ротавирусной инфекции.

Одномоментная вакцинация

В соответствии с международными и национальными рекомендациями по вакцинопрофилактике сочетанная вакцинация несколькими вакцинами в один день возможна при использовании поливакцины или при введении моновакцин в различные участки тела разными шприцами. В национальном календаре

Таблица 2.4. Календарь профилактических прививок по эпидемическим показателям (приложение № 2 к приказу Минздрава России от 21.03.2014 № 125н)

Наименование прививки	Категории граждан, подлежащих профилактическим прививкам по эпидемическим показателям, и порядок их проведения
Против туляремии	<ul style="list-style-type: none"> ● Лица, проживающие на энзоотичных по туляремии территориях, а также прибывшие на эти территории лица, выполняющие следующие работы: <ul style="list-style-type: none"> ✦ сельскохозяйственные, гидромелиоративные, строительные, другие работы по выемке и перемещению грунта, заготовительные, промышленные, геологические, изыскательские, экспедиционные, дератизационные и дезинсекционные; ✦ по лесозаготовке, расчистке и благоустройству леса, зон оздоровления и отдыха населения. ● Лица, работающие с живыми культурами возбудителя туляремии
Против чумы	<ul style="list-style-type: none"> ● Лица, проживающие на энзоотичных по чуме территориях. ● Лица, работающие с живыми культурами возбудителя чумы
Против бруцеллеза	<ul style="list-style-type: none"> ● Лица, выполняющие в очагах козье-овечьего типа бруцеллеза следующие работы: <ul style="list-style-type: none"> ✦ по заготовке, хранению, обработке сырья и продуктов животноводства, полученных из хозяйств, где регистрируются заболевания скота бруцеллезом; ✦ по убою скота, больного бруцеллезом, заготовке и переработке полученных от него мяса и мясопродуктов. ● Животноводы, ветеринарные работники, зоотехники в хозяйствах энзоотичных по бруцеллезу. ● Лица, работающие с живыми культурами возбудителя бруцеллеза
Против сибирской язвы	<ul style="list-style-type: none"> ● Зооветработники и другие лица, профессионально занятые предубойным содержанием скота, а также убоем, снятием шкур и разделкой туш. ● Лица, выполняющие следующие работы: <ul style="list-style-type: none"> ✦ сбор, хранение, транспортировка и первичная обработка сырья животного происхождения; ✦ сельскохозяйственные, гидромелиоративные, строительные, по выемке и перемещению грунта, заготовительные, промышленные, геологические, изыскательские, экспедиционные на энзоотичных по сибирской язве территориях. ● Лица, работающие с материалом, подозрительным на инфицирование возбудителем сибирской язвы
Против бешенства	<ul style="list-style-type: none"> ● С профилактической целью вакцинируют лиц, имеющих высокий риск заражения бешенством: <ul style="list-style-type: none"> ✦ лица, работающее с «уличным» вирусом бешенства; ✦ ветеринарные работники, егеря, охотники, лесники; ✦ лица, выполняющие работы по отлову и содержанию животных
Против лептоспироза	<ul style="list-style-type: none"> ● Лица, выполняющие следующие работы: <ul style="list-style-type: none"> ✦ по заготовке, хранению, обработке сырья и продуктов животноводства, полученных из хозяйств, расположенных на энзоотичных по лептоспирозу территориях; ✦ по убою скота, больного лептоспирозом, заготовке и переработке мяса и мясопродуктов, полученных от больных лептоспирозом животных; ✦ по отлову и содержанию безнадзорных животных. ● Лица, работающие с живыми культурами возбудителя лептоспироза

Наименование прививки	Категории граждан, подлежащих профилактическим прививкам по эпидемическим показаниям, и порядок их проведения
Против клещевого вирусного энцефалита	<ul style="list-style-type: none"> ● Лица, проживающее на эндемичных по клещевому вирусному энцефалиту территориях, а также прибывшие на эти территории лица, выполняющие следующие работы: <ul style="list-style-type: none"> ✧ сельскохозяйственные, гидромелиоративные, строительные, по выемке и перемещению грунта, заготовительные, промысловые, геологические, изыскательские, экспедиционные, дератизационные и дезинсекционные; ✧ по лесозаготовке, расчистке и благоустройству леса, зон оздоровления и отдыха населения. ● Лица, работающие с живыми культурами возбудителя клещевого энцефалита
Против лихорадки Ку	<ul style="list-style-type: none"> ● Лица, выполняющие следующие работы: <ul style="list-style-type: none"> ✧ по заготовке, хранению, обработке сырья и продуктов животноводства, полученных из хозяйств, где регистрируются заболевания лихорадкой Ку скота; ✧ по заготовке, хранению и переработке сельскохозяйственной продукции на энзоотичных территориях по лихорадке Ку. ● Лица, работающие с живыми культурами возбудителей лихорадки Ку
Против желтой лихорадки	<ul style="list-style-type: none"> ● Лица, выезжающие за пределы Российской Федерации в энзоотичные по желтой лихорадке страны (регионы). ● Лица, работающие с живыми культурами возбудителя желтой лихорадки
Против холеры	<ul style="list-style-type: none"> ● Лица, выезжающие в неблагополучные по холере страны (регионы). ● Население субъектов Российской Федерации в случае осложнения санитарно-эпидемиологической обстановки по холере в сопредельных странах, а также на территории Российской Федерации
Против брюшного тифа	<ul style="list-style-type: none"> ● Лица, занятые в сфере коммунального благоустройства (работники, обслуживающие канализационные сети, сооружения и оборудование, а также организаций, осуществляющих санитарную очистку населенных мест, сбор, транспортировку и утилизацию бытовых отходов). ● Лица, работающие с живыми культурами возбудителей брюшного тифа. ● Население, проживающее на территориях с хроническими водными эпидемиями брюшного тифа. ● Лица, выезжающие в гиперэндемичные по брюшному тифу страны (регионы). ● Контактные лица в очагах брюшного тифа по эпидемическим показаниям. ● По эпидемическим показаниям прививки проводят при угрозе возникновения эпидемии или вспышки (стихийные бедствия, крупные аварии в водопроводной и канализационной сетях), а также в период эпидемии, при этом в угрожаемом районе проводят массовую вакцинацию населения
Против вирусного гепатита А	<ul style="list-style-type: none"> ● Лица, проживающие в регионах, неблагополучных по заболеваемости гепатитом А, а также лица, подверженные профессиональному риску заражения (медицинские работники, работники сферы обслуживания населения, занятые на предприятиях пищевой промышленности, а также обслуживающие водопроводные и канализационные сооружения, оборудование и сети). ● Лица, выезжающие в неблагополучные страны (регионы), где регистрируется вспышечная заболеваемость гепатитом А. ● Контактные в очагах гепатита А

Наименование прививки	Категории граждан, подлежащих профилактическим прививкам по эпидемическим показаниям, и порядок их проведения
Против шигеллезов	<ul style="list-style-type: none"> • Работники медицинских организаций (их структурных подразделений) инфекционного профиля. • Лица, занятые в сфере общественного питания и коммунального благоустройства. • Дети, посещающие дошкольные образовательные учреждения и выезжающие в организации, осуществляющие лечение, оздоровление и/или отдых (по показаниям). • По эпидемическим показаниям прививки проводят при угрозе возникновения эпидемии или вспышки (стихийные бедствия, крупные аварии в водопроводной и канализационной сетях), а также в период эпидемии, при этом в угрожаемом районе проводят массовую вакцинацию населения. Профилактические прививки предпочтительно проводить перед сезонным подъемом заболеваемости шигеллезами
Против менингококковой инфекции	<ul style="list-style-type: none"> • Дети и взрослые в очагах менингококковой инфекции, вызванной менингококками серогрупп А или С. • Вакцинация проводится в эндемичных регионах, а также в случае эпидемии, вызванной менингококками серогрупп А или С. • Лица, подлежащие призыву на военную службу
Против кори	Контактные лица без ограничения возраста из очагов заболевания, ранее не болевшие, не привитые и не имеющие сведений о профилактических прививках против кори или однократно привитые
Против гепатита В	Контактные лица из очагов заболевания, не болевшие, не привитые и не имеющие сведений о профилактических прививках против гепатита В
Против дифтерии	Контактные лица из очагов заболевания, не болевшие, не привитые и не имеющие сведений о профилактических прививках против дифтерии
Против эпидемического паротита	Контактные лица из очагов заболевания, не болевшие, не привитые и не имеющие сведений о профилактических прививках против эпидемического паротита
Против полиомиелита	<ul style="list-style-type: none"> • Контактные лица в очагах полиомиелита, в том числе вызванного диким полиовирусом (или при подозрении на заболевание): <ul style="list-style-type: none"> ◇ дети с 3 мес до 18 лет — однократно; ◇ медицинские работники — однократно; ◇ дети, прибывшие из эндемичных (неблагополучных) по полиомиелиту стран (регионов), с 3 мес до 15 лет — однократно (при наличии достоверных данных о предшествующих прививках) или троекратно (при их отсутствии); ◇ лица без определенного места жительства (при их выявлении) с 3 мес до 15 лет — однократно (при наличии достоверных данных о предшествующих прививках) или троекратно (при их отсутствии); ◇ лица, контактировавшие с прибывшими из эндемичных (неблагополучных) по полиомиелиту стран (регионов), с 3 мес жизни без ограничения возраста — однократно; ◇ лица, работающие с живым полиовирусом, с материалами, инфицированными (потенциально инфицированными) диким вирусом полиомиелита, без ограничения возраста — однократно при приеме на работу
Против пневмококковой инфекции	Дети в возрасте от 2 до 5 лет, взрослые из групп риска, включая лиц, подлежащих призыву на военную службу, а также лиц старше 60 лет, страдающих хроническими заболеваниями легких

Наименование прививки	Категории граждан, подлежащих профилактическим прививкам по эпидемическим показаниям, и порядок их проведения
Против ротавирусной инфекции	Дети для активной вакцинации с целью профилактики заболеваний, вызываемых ротавирусами
Против ветряной оспы	Дети и взрослые из групп риска, включая лиц, подлежащих призыву на военную службу, ранее не привитые и не болевшие ветряной оспой
Против гемофильной инфекции	Дети, не привитые на первом году жизни против гемофильной инфекции

прививок предусмотрено одномоментное (одновременное) введение нескольких вакцин (АКДС + ИПВ + гепатит В + гемофильная инфекция; корь + краснуха + паротит). Кроме того, при нарушенном графике или при необходимости проведения дополнительных прививок, не входящих в календарь (например, вакцинация контактных, не привитых ранее в очаге дифтерии по эпидемическим показаниям), возможно комбинирование и других вакцин.

Не рекомендуют проводить одновременную вакцинацию (в один день) только с вакциной БЦЖ (БЦЖ-М), так как существует опасность контаминации (в день введения БЦЖ противопоказаны любые парентеральные манипуляции!).

Одномоментная вакцинация с применением комбинированных вакцин предпочтительнее, чем раздельная вакцинация моновакцинами, так как при этом не только уменьшается число инъекций, но и снижается количество балластных веществ (например, консервантов), поступающих в организм с вакциной. Также сочетанная вакцинация позволяет сократить сроки, необходимые для выполнения полной серии иммунизации. Иммунный ответ при этом не снижается, а количество побочных реакций на вакцинацию не увеличивается.

Одновременная (сочетанная) вакцинация показана в том числе детям с отклонениями в состоянии здоровья, например часто болеющим детям, детям с неврологическими заболеваниями, БА.

ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ВАКЦИНАЦИИ

Вакцинацию осуществляют в строгом соответствии с требованиями, установленными нормативными и методическими документами.

Все профилактические прививки проводят по назначению врача (фельдшера).

Обязательное условие для вакцинации в соответствии с законодательными документами Российской Федерации — наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство (вакцинацию) гражданина, одного из родителей либо иного законного представителя несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет или больного наркоманией несовершеннолетнего в возрасте до 16 лет, законного представителя лица, признанного недееспособным в порядке, установленном законодательством РФ. Перед вакцинацией медицинский работник обязан предоставить пациенту полную и объективную информацию о необходимости проведения профилактических прививок, последствиях отказа от них, возможных поствакцинальных осложнениях.

В соответствии с международными и российскими правовыми и этическими нормами, любой пациент имеет право на отказ от профилактических прививок. В случае отказа от вакцинации пациент обязан подтвердить его в письменной форме. При этом врач должен разъяснить пациенту возможные последствия отказа. Отсутствие профилактических прививок влечет:

- запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок;
- временный отказ в приеме граждан в образовательные организации и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;
- отказ в приеме граждан на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями.

Перечень работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок, устанавливается уполномоченным Правительством РФ федеральным органом исполнительной власти.

Перед вакцинацией проводится опрос пациента, подлежащего иммунизации (или опрос родителей, если прививка проводится ребенку), изучение медицинской документации. После сбора анамнеза (предшествующие заболевания, переносимость ранее проведенных прививок, аллергические реакции на лекарственные препараты, продукты и др.) проводят осмотр с обязательной термометрией. При необходимости ВОП может назначить дополнительное обследование, объем которого зависит от индивидуальных особенностей пациента, наличия хронических заболеваний, противопоказаний и т.д.

Один из частых вопросов, которые приходится решать врачу, — вопрос о «подготовке» пациента с хроническим заболеванием к вакцинации. В большинстве современных рекомендаций отмечено, что специальной подготовки к вакцинации не существует. Основная задача врача — соблюдение правил проведения вакцинации, внимательная оценка состояния пациента и учет всех факторов, которые могут негативно сказаться на здоровье пациента. Следует соблюдать сроки проведения плановых прививок (не ранее чем через 1 мес после острого заболевания или последнего обострения хронического заболевания). Важно учитывать факторы, влияющие на течение хронического заболевания. Например, вакцинацию детей с БА предпочтительнее проводить зимой, вне сезона цветения растений, которые могут спровоцировать обострение, а детей из группы часто длительно болеющих лучше прививать в теплое время года.

Медикаментозная терапия назначается в соответствии с основным заболеванием. Так, антигистаминные препараты могут быть рекомендованы со дня вакцинации детям с аллергическими заболеваниями, но детям с неврологической патологией их назначение не показано. Если пациент получает постоянную базисную терапию, возможно, потребует ее коррекция или усиление. В частности, детям с БА при легких формах дополнительную медикаментозную терапию не назначают. При средне-тяжелых и тяжелых формах, если ребенок получает лечение, сохраняется базисная противорецидивная терапия, дозы и схемы введения препаратов не изменяют.

После вакцинации за пациентом, получившим профилактическую прививку, устанавливается медицинское наблюдение в течение срока, определенного инструкцией по применению препарата (не менее 30 мин).

В первые 3–5 дней поствакцинального периода привитому рекомендуют щадящий режим, гипоаллергенную диету (детям запрещено введение в рацион новых продуктов), а также ограничение посещения общественных мест (магазины, театры и т.д.) для сокращения возможных контактов с инфекционными больными. Обязателен контроль температуры тела: при введении убитых вакцин — с 2 ч после вакцинации и в первые 2 дня, при введении живых вакцин — с 4-го по 15-й день поствакцинального периода. При температуре тела выше 37,5–38,0 °С назначают жаропонижающие препараты (парацетамол, ибупрофен) в возрастной дозе.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ВАКЦИНАЦИИ

Вакцины, как любые другие лекарственные препараты, могут иметь противопоказания к применению. В последние годы перечни абсолютных противопоказаний к проведению профилактических прививок имеют тенденцию к сокращению. Так, из списка противопоказаний исключены многие хронические заболевания, а некоторые из них включены в перечень показаний к вакцинации. Например, ХОБЛ — показание к вакцинации против гриппа и пневмококковой инфекции, а при БА у детей рекомендована вакцинация против пневмококка и гемофильной инфекции. Во многих исследованиях, посвященных последствиям вакцинации у разных групп населения, в том числе у пациентов с различными хроническими заболеваниями, было показано, что отрицательное влияние вакцинации на их состояние здоровья зачастую сильно преувеличено.

Перечень противопоказаний к вакцинации (табл. 2.5) представлен в Методических указаниях № 3.3.1.1095-02 «Медицинские противопоказания к проведению профилактических прививок препаратами национального календаря прививок», утвержденных в 2002 году, и в методических рекомендациях «Противопоказания к вакцинации», разработанных ФГАУ «Национальный научно-практический центр здоровья детей» (2017).

Таблица 2.5. Абсолютные противопоказания к проведению профилактических прививок

Вакцина	Противопоказания
Все вакцины	<ul style="list-style-type: none"> • Сильная реакция или поствакцинальное осложнение на предыдущее введение*. • Непереносимость компонента вакцины, выражающаяся в тяжелых системных аллергических или анафилактических реакциях
Все живые вакцины (в том числе оральная живая полиомиелитная вакцина)	<ul style="list-style-type: none"> • Иммунодефицитное состояние (первично подтвержденное). • Иммуносупрессия, злокачественное новообразование. • Беременность. • Лактация (только для краснушной вакцины)
БЦЖ	<ul style="list-style-type: none"> • Масса тела ребенка при рождении менее 2000 г. • Келоидный рубец после предыдущей вакцинации. • Генерализованная БЦЖ-инфекция, выявленная у других детей в семье. • ВИЧ-инфекция с обнаружением нуклеиновых кислот. • ВИЧ-инфекция у матери, не получавшей трехэтапную химио-профилактику
АКДС (цельноклеточная)	<ul style="list-style-type: none"> • Прогрессирующее заболевание нервной системы. • Афебрильные судороги в анамнезе. • Возраст старше 3 лет 11 мес 29 дней
Живая коревая вакцина, живая паротитная вакцина, краснушная вакцина, а также комбинированные ди- и тривакципы (корь–паротит, корь–краснуха–паротит)	<ul style="list-style-type: none"> • Анафилактическая реакция на белок перепелиного яйца (кроме краснушной), аминокгликозиды. • Анафилактическая реакция на белок куриного яйца (кроме краснушной), аминокгликозиды
Вакцина против вирусного гепатита В	Анафилактические реакции на пекарские дрожжи

Вакцина	Противопоказания
Грипп	Аллергическая реакция на белок куриного яйца, аминогликозиды; сильная реакция на предыдущее введение любой гриппозной вакцины

* Сильной реакцией на вакцинацию считается повышение температуры выше 40 °С и/или отек/гиперемия в месте введения больше 5/8 см. К поствакцинальным осложнениям относятся энцефалит, энцефалопатия, судороги, выраженные немедленные реакции анафилактического типа (анафилактический шок, отек Квинке), синдром Стивенса–Джонсона, Лайелла, сывороточная болезнь; крапивница, вакциноассоциированный полиомиелит, продолжительный пронзительный крик, коллаптоидные состояния (гипотензивно-гиподинамические реакции), серозный менингит, неврит, полиневрит, а также афебрильные судороги; генерализованная БЦЖ-инфекция, остеоит, остеомиелит, вызванные вакциной БЦЖ; артрит хронический, вызванный вакциной против краснухи. Менее выраженные симптомы не являются противопоказанием к последующей вакцинации.

Поствакцинальные осложнения перечислены в Методических указаниях № 3.3.1.1095-02 в соответствии с перечнем, утвержденным постановлением Правительства РФ № 885 от 02.08.1999.

Иммунодефицитные состояния, указанные как противопоказание к вакцинации, должны быть верифицированы. Диагноз иммунодефицита может быть поставлен при клинически выраженных и лабораторно подтвержденных признаках нарушения иммунного ответа. Признаки, по которым (при обследовании или в анамнезе) можно заподозрить первичный иммунодефицит:

- тяжелое, особенно рецидивирующее, гнойное заболевание (пиодермия, абсцесс, отит, пневмония, сепсис);
- парапроктит, аноректальный свищ;
- упорный кандидоз полости рта или других слизистых оболочек и кожи;
- пневмоцистная пневмония;
- упорная экзема, в том числе себорейная;
- тромбоцитопения (снижение количества тромбоцитов ниже возрастной нормы, особенно в сочетании с анемией и лейкопенией);
- отягощенная наследственность по иммунодефицитным состояниям (наличие в семье больного иммунодефицитом).

В отличие от живых вакцин, инактивированные и рекомбинантные вакцины, а также анатоксины детям с иммунодефицитами вводят без ограничений в любом возрасте.

Беременность — противопоказание к введению всех живых вакцин, несмотря на то что в литературе не описано случаев их отрицательного влияния на плод. Тем не менее при рождении ребенка с врожденными нарушениями развития могут возникнуть сложности, связанные с исключением возможного тератогенного действия вакцины. Именно поэтому в период беременности вакцинация живыми вакцинами не рекомендуется. Кроме того, прививку против краснухи предпочтительнее сделать не менее чем за 2–3 мес до планируемой беременности. Однако в случае введения этой вакцины при недиагностированной беременности ее прерывание не проводится. Вакцинация беременных инактивированными вакцинами, анатоксинами и рекомбинантной вакциной против гепатита В допустима.

Вакцинация беременных против гриппа включена в национальный календарь прививок РФ, а в 2015 г. опубликованы соответствующие федеральные клинические рекомендации.

Детям, имеющим временные противопоказания к введению БЦЖ (недоношенность, масса тела менее 2000 г, гемолитическая болезнь новорожденных),

вакцинацию проводят после нормализации состояния, но желательно до выписки из родильного дома или стационара.

Прогрессирующие заболевания нервной системы и афебрильные судороги в анамнезе — противопоказание к введению коклюшного компонента, поэтому в таких случаях АКДС заменяют бесклеточными (ацеллюлярными) вакцинами (Пентаксим[®], Инфанрикс Гекса[®] и т.д.) или вакцинами, не содержащими коклюшный компонент (АДС). Детям с фебрильными судорогами в анамнезе введение АКДС не противопоказано, но вакцинацию проводят на фоне приема парацетамола (10–15 мг/кг 3–4 раза в сутки в течение 1–2 дней).

При решении вопроса о вакцинации пациента с хроническим заболеванием следует прежде всего определить, что будет хуже для здоровья этого пациента: возможная реакция на прививку или тяжелое течение инфекционного заболевания. Многие хронические заболевания сейчас рассматриваются не как противопоказание к вакцинации, а как показание к ней. Так, показаниями к вакцинации против гриппа в соответствии с национальным календарем прививок являются хронические заболевания, в том числе легочные и сердечно-сосудистые. Это обусловлено более тяжелым течением инфекционных заболеваний (например, гриппа, пневмококковой инфекции, коклюша) у пациентов с хроническими заболеваниями, например БА, ХОБЛ, СД.

Кроме абсолютных противопоказаний, существуют относительные (временные) противопоказания к вакцинации, такие, например, как острые респираторные заболевания с фебрильными реакциями, обострения хронических заболеваний и т.п. Наличие временных противопоказаний требует отсрочки вакцинации. Так, при острых заболеваниях и обострении хронических заболеваний вакцинацию рекомендуют проводить через 2–4 нед после выздоровления (при хронических заболеваниях — после достижения полной или частичной ремиссии). Временное противопоказание для введения живых вакцин — состояние после введения иммуноглобулинов, препаратов плазмы крови, в том числе альбумина, факторов свертывания. В таких случаях вакцинацию проводят не менее чем через 3 мес. Если препараты плазмы вводились в течение 2 нед после уже проведенной прививки, вакцинацию следует повторить, но не ранее чем через 3 мес.

При необходимости экстренной иммунопрофилактики по эпидемическим показаниям (например, вакцинация контактных в очаге) прививку делают, несмотря на наличие относительных противопоказаний.

Распространенность состояний, при которых вакцинация абсолютно противопоказана, не слишком велика. Однако зачастую вакцинацию не проводят, обосновывая это выявлением ложных противопоказаний — заболеваний или состояний, которые не требуют отсрочки иммунопрофилактики.

К ложным противопоказаниям к проведению профилактических прививок относятся следующие состояния и заболевания:

- перинатальная патология ЦНС («перинатальная энцефалопатия»);
- стабильные или регрессирующие неврологические состояния и заболевания (детский церебральный паралич, болезнь Дауна, задержка психомоторного развития и пр.);
- увеличение тени тимуса;
- аллергия, БА, экзема;
- анемия;
- врожденные пороки развития органов и систем;
- дисбактериоз;
- поддерживающая терапия;
- местное применение глюкокортикоидов.

Также ложными противопоказаниями является определение в анамнезе следующих состояний:

- недоношенность;
- сепсис;
- болезнь гиалиновых мембран;
- гемолитическая болезнь новорожденных;
- осложнения после вакцинации в семье (у родственников);
- аллергия в семье;
- эпилепсия в семье;
- внезапная смерть сибса в поствакцинальном периоде.

Опасность расширения списка противопоказаний к вакцинации заключается в возможном увеличении заболеваемости, сокращении иммунной прослойки (доли населения, невосприимчивого к инфекции). Так произошло, например, в России с дифтерией в конце XX века, с коклюшем — в начале XXI в. Зачастую необоснованные отводы от прививок можно рассматривать как нарушение права пациента на жизнь и здоровье.

НОРМАЛЬНЫЙ И ОСЛОЖНЕННЫЙ ВАКЦИНАЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС

Современные вакцины эффективны и безопасны, однако следует помнить, что, как любые лекарственные препараты, они могут иметь побочные эффекты. Введение вакцин может вызывать отклонения в состоянии здоровья в поствакцинальном периоде. Большинство состояний, возникающих после введения вакцины, являются *нормальными вакцинальными реакциями*, под которыми подразумевают клинические и лабораторные изменения, связанные со специфическим действием вакцины, не требующие, как правило, медицинской помощи. Реже отмечают *патологические вакцинальные реакции* — клинические расстройства, возникающие вследствие прививки и несвойственные обычному течению вакцинального процесса, имеющие с прививкой очевидную или доказанную связь, и *поствакцинальные осложнения* — тяжелые и/или стойкие нарушения состояния здоровья вследствие профилактических прививок.

Нормальные реакции на вакцинацию могут быть общими и местными.

Общие реакции при нормальном вакцинальном процессе могут включать повышение температуры тела, симптомы интоксикации, при введении живых вакцин — проявления со стороны органов-мишеней, сходные с таковыми при заболеваниях, вызываемых соответствующими возбудителями (увеличение слюнных желез при введении паротитной вакцины, увеличение и болезненность затылочных лимфатических узлов после вакцинации против краснухи и т.д.). Также в ответ на вакцинацию возможно обострение хронических заболеваний.

Общие реакции возникают в 1–3-и сутки после введения инактивированных и рекомбинантных вакцин и анатоксинов и с 4-х по 15-е сутки после применения живых вакцин. Длительность симптомов не должна превышать 3 сут. По степени выраженности общие проявления вакцинального процесса подразделяют в соответствии с уровнем повышения температуры тела:

- слабая степень (менее 37,5 °С);
- средняя степень (37,6–38,5 °С);
- сильная степень (более 38,5 °С).

Местные реакции характеризуются развитием отека и гиперемии мягких тканей в области введения вакцины, которые могут возникать в первые сутки после введения вакцины, независимо от ее вида. Длительность процесса не должна быть более 3 сут.

По размеру отека и гиперемии местные реакции можно разделить следующим образом:

- слабые (менее 2,5 см);
- средние (2,5–5 см);
- сильные (5–8 см).

Патологические реакции (поствакцинальные осложнения) на вакцинацию могут протекать в виде токсической, аллергической или неврологической форм.

Токсические формы характеризуются подъемом температуры тела выше 38,6 °С, симптомами интоксикации. Длительность данного состояния, в отличие от нормального вакцинального процесса, составляет более 3 сут.

Аллергические патологические реакции могут быть как местными (отек и гиперемия диаметром более 5 и 8 см соответственно), так и генерализованными (отек Квинке, анафилактический шок и т.д.).

Неврологические нарушения могут проявляться в виде пронзительного крика (после АКДС), фебрильных или афебрильных судорог, энцефалита или энцефалопатии, вакциноассоциированного полиомиелита (после оральной полиомиелитной вакцины).

Патологические реакции на прививку (поствакцинальные осложнения) возникают довольно редко. Например, анафилаксия при введении АКДС, АДС, вакцин против гепатита В регистрируется с частотой от 1 до 6 случаев на 1 млн вакцинаций, афебрильные судороги после АКДС — 0,18–0,26 на 1000 введений. Частота развития вакциноассоциированного полиомиелита, вызванного живой полиомиелитной вакциной, составляет 1 случай на 1,4–3,4 млн первых доз ОПВ, в основном за счет детей с иммунодефицитом, не проявившимся до момента вакцинации. В то же время летальность при коклюше составляет 0,25–4%, при дифтерии — 2,5–10%, а при полиомиелите — от 4 до 6%.

Подозрение на поствакцинальное осложнение требует немедленного и тщательного обследования пациента, при необходимости — в условиях стационара, для точного выяснения причины возникшего состояния.

Перечень основных тяжелых поствакцинальных осложнений, вызванных профилактическими прививками, входящими в национальный календарь, был утвержден постановлением Правительства РФ № 885 от 02.08.1999. Выявление этих осложнений дает гражданам право на получение государственных единовременных пособий.

В этот перечень вошли следующие состояния:

- анафилактический шок;
- тяжелые генерализованные аллергические реакции (рецидивирующий ангионевротический отек — отек Квинке, синдром Стивенса–Джонсона, синдром Лайелла, синдром сывороточной болезни и т.п.);
- энцефалит;
- вакциноассоциированный полиомиелит;
- поражения ЦНС с генерализованными или фокальными остаточными проявлениями, приведшими к инвалидности: энцефалопатия, серозный менингит, неврит, полиневрит, а также с клиническими проявлениями судорожного синдрома;
- генерализованная инфекция, остит (остит, остеомиелит), возникшие после введения вакцины БЦЖ;
- артрит хронический, вызванный вакциной против краснухи.

Еще одним вариантом течения поствакцинального периода может быть осложненный вакцинальный процесс, когда после вакцинации (но не вследствие ее) возникает интеркуррентное заболевание (например, ОРВИ). В таких случаях абсолютно неправильно говорить о поствакцинальных осложнениях или патологической реакции на прививку. Последующая иммунизация проводится по обычным схемам.

К сожалению, могут возникать ситуации, когда вопрос о связи возникшего заболевания с предшествующей вакцинацией требует длительного разбирательства. Так, в конце 1990-х годов во Франции появилось сообщение о том, что вакцинация против вирусного гепатита В может приводить к развитию рассеянного склероза. Однако исследования, выполненные в последующие годы в нескольких странах, показали, что заболеваемость рассеянным склерозом у привитых и непривитых не различалась. Сообщения о связи аутизма с введением вакцины против кори, краснухи и паротита MMR также были опровергнуты рядом исследований. Врача, который опубликовал статью о развитии аутизма и хронических расстройств кишечника у детей после введения вакцины MMR, Британский медицинский совет обвинил в несоблюдении этических норм при проведении исследований, после чего он был лишен права заниматься медицинской деятельностью.

Чтобы избежать развития патологических реакций и поствакцинальных осложнений, следует строго соблюдать правила проведения профилактических прививок. Обязательными условиями должны быть детальный сбор анамнеза, тщательный осмотр и термометрия пациента перед прививкой. Вакцинация лиц с хроническими заболеваниями, нарушенным графиком прививок, необходимость решения вопросов, связанных с выбором вакцины, — все это может потребовать направления пациента на консультацию к иммунологу, а также дообследования (лабораторного, инструментального).

Вакцинацию должен проводить обученный медицинский персонал, прошедший специальную подготовку, в специальных помещениях, с соблюдением всех санитарных правил и норм. Особое внимание должно уделяться правильности транспортировки и хранения иммунологических препаратов. После вакцинации пациент должен не менее 30 мин находиться под наблюдением врача или медицинской сестры.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Вакцинация — наиболее эффективный метод профилактики инфекционных заболеваний. Чтобы свести к минимуму возможность распространения инфекционных заболеваний, необходимо добиться максимального охвата населения прививками. Мероприятия по предупреждению инфекционных заболеваний — важный раздел работы ВОП, основным направлением деятельности которого является профилактика.

Для эффективной работы по вакцинопрофилактике семейному врачу необходимо иметь достаточный объем знаний. При решении вопросов, связанных с вакцинацией, врач общей практики должен пользоваться данными, основанными на принципах научно-доказательной медицины.

Обязательное условие эффективности профилактической работы ВОП — обучение пациентов. Семейный врач должен уметь правильно разъяснить вопросы, связанные с важностью иммунопрофилактики, показаниями и противопоказаниями к ее проведению, механизмами действия вакцин на организм человека.

2.4. СКРИНИНГИ НА ХРОНИЧЕСКИЕ НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Скрининг — это мероприятие вторичной профилактики по выявлению заболевания на доклинической стадии. Основная цель скрининга — выявить болезнь раньше, чем она вызовет симптомы, и полностью излечить ее. Под скринингом также подразумевают массовое обследование людей из определенных групп риска,

которые не считают себя больными и не обращаются к врачам, с целью раннего выявления у них вероятных заболеваний и проведения своевременного лечения. При этом стратегическая цель скрининга — не обнаружение некой скрытой болезни, а снижение заболеваемости и смертности, увеличение продолжительности качественной жизни и уменьшение расходов на лечение запущенных случаев. Поскольку скрининг является медицинским вмешательством, он может приносить не только пользу, но и вред. Любое обследование, особенно массовое, всегда обладает определенной долей погрешности, что может приводить к гипердиагностике, ненужному дополнительному обследованию, лечению и наносить психологический вред здоровым лицам, которых ошибочно признают больными. Именно поэтому, прежде чем рекомендовать скрининг к широкому использованию, нужно четко определить целевую группу населения, в которой польза массового обследования на конкретное заболевание существенно превышает возможный вред.

Теоретическое обоснование скрининга базируется на том, что многие заболевания имеют достаточно длительную скрытую или локальную стадию, которая может никак себя не проявлять, однако рано или поздно переходит в клинически выраженную форму.

Классические критерии для оценки целесообразности скрининга были разработаны еще в начале 60-х годов XX века и известны как критерии Вильсона–Джаннера; в дальнейшем они были модернизированы и дополнены. Суть этих критериев может быть выражена в следующем.

1. Состояние (заболевание), выявление которого предполагается проводить, должно представлять серьезную проблему для здравоохранения, быть широко распространенным и вносить существенный вклад в общую смертность.

2. Тест для выявления заболевания должен быть надежным, простым и точным. Метод должен быть достаточно чувствительным, чтобы выявить большинство больных, и достаточно специфичным, чтобы число ложноположительных результатов не было слишком большим.

3. Для лиц с выявленной доклинической стадией заболевания должны быть эффективные способы лечения, а также доказательства того, что лечение в доклинической стадии приводит к лучшим клиническим исходам, чем лечение, начатое на клинической стадии заболевания.

4. Польза от скрининговой программы должна превышать физический и психологический вред (вызываемый тестом, диагностическими процедурами или последующим лечением).

Ниже представлены скрининговые мероприятия, проведение которых оправдано с точки зрения доказательной медицины (табл. 2.6). При составлении таблицы использовались рекомендации рабочей группы профилактических программ США (U. S. Preventive Services Task Force — USPSTF), а также рекомендации по периодическим медицинским осмотрам Американской ассоциации семейных врачей (American Academy of Family Physicians — AAFP), которые считаются образцом при определении объемов и периодичности профилактических мероприятий. В мировой практике скрининговые программы реализуются в основном на уровне врачей первичного звена (врачей общей практики).

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

Скрининг на АГ (измерение АД, тонометрия) рекомендуется всем лицам начиная с 18 лет, обратившимся в медицинские учреждения по любому поводу. Повышенное АД (АГ) определяется у взрослых при САД 140 мм рт.ст. и выше или ДАД 90 мм рт.ст. и выше. Рекомендуется проводить повторное обследование

Таблица 2.6. Скрининговые вмешательства для раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний и их факторов риска

Заболевания (состояния)	Возраст, годы										Кратность проведения (при отрицательном результате)	
	18	20	25	30	35	40	45	50	55	60		65
Артериальная гипертензия	Измерение АД										Каждые 1–5 лет в зависимости от уровня артериального давления	
Курение	Определение статуса курения (опрос)										Однократно, далее по потребности	
Злоупотребление алкоголем	Оценка количества употребляемого алкоголя (анкета AUDIT-C)										Однократно, далее по потребности	
Ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м ²)	Определение индекса массы тела										Однократно, далее по потребности	
Депрессия	Опрос на симптомы депрессии (анкета PHQ-2)										Однократно, далее по потребности	
Сахарный диабет 2-го типа	Глюкоза плазмы натощак при ИМТ ≥ 25 кг/м ² и наличии других (≥ 1) факторов риска сахарного диабета*										Каждые 3 года	
Дислипидемия	Холестерин/оценка сердечно-сосудистого риска										Каждые 5 лет	
Рак шейки матки	–	Мазок на онкоцитологию с 21 года + ВПЧ-тест с 30 лет									Каждые 3 года (+ВПЧ-тест каждые 5 лет)	
Рак молочной железы	Маммография										Каждые 2 года	
Колоректальный рак	Кал на скрытую кровь, или ректороманоскопия, или колоноскопия										КСК ежегодно, или КСК + РРС каждые 5 лет, или КС каждые 10 лет	
Рак легких (курильщики)	Низкодозная КТ легких										Ежегодно, если ИПЛ ≥ 30	
Остеопороз (жен.)	Денситометрия или риск переломов по FRAX										Однократно	
Аневризма брюшной аорты (куращие мужчины)	УЗИ брюшной аорты										Однократно	

* Другие, помимо избыточной массы тела и ожирения, факторы риска СД: низкая физическая активность; СД у родственников первой степени родства (родители, братья и сестры); у женщин – рождение ребенка с массой тела более 4 кг, или гестационный диабет, или синдром поликистоза яичников; артериальная гипертензия (АД $\geq 140/90$ мм рт.ст. или терапия по поводу гипертензии); уровень ХС ЛПВП $< 0,90$ ммоль/л и/или триглицеридов $> 2,82$ ммоль/л.

Примечание: ВПЧ – вирус папилломы человека; ИМТ – индекс массы тела; ИПЛ – индекс паха/лег; КСК – колоноскопия; КТ – компьютерная томография; РС – ректороманоскопия; AUDIT-C (The Alcohol Use Disorders Identification Test) – тест для оценки потребления алкоголя; FRAX (Fracture Risk Assessment Tool) – метод (инструмент) оценки 10-летнего риска переломов; PHQ (Patient Health Questionnaire) – «Оценка здоровья пациента».

по меньшей мере один раз в 5 лет лицам с уровнем АД менее 120/80 мм рт.ст., один раз в 3 года при цифрах АД 120–129/80–84 мм рт.ст. и ежегодно при показателях 130–139/85–89 мм рт.ст. При выявлении АГ для подтверждения диагноза следует измерить АД при повторном визите (при АГ III степени сразу назначается медикаментозное лечение), предложить пациенту провести домашний мониторинг АД и обследование для диагностики поражения органов-мишеней и сопутствующих заболеваний. Пациентам рекомендуют изменение образа жизни и после дообследования решают вопрос о гипотензивном медикаментозном лечении.

ТАБАКОКУРЕНИЕ

Всем взрослым начиная с 18 лет рекомендуется скрининг на курение (опрос и последующее консультирование по отказу). При опросе желательно выяснить факт курения, оценить тяжесть никотиновой зависимости и мотивацию к отказу от курения. Признаками сильной зависимости от никотина являются выкуривание пачки сигарет и более в день, а также выкуривание первой сигареты натощак в первые 30 мин после просыпания. О высокой мотивации говорят попытки бросить курить в прошлом и готовность к полному отказу в ближайший месяц.

Тем, кто готов бросить курить, необходимо помочь разработать план отказа, определить точную дату прекращения курения, обсудить противодействия раздражителям, которые могут спровоцировать рецидив, включая проявления синдрома отмены никотина, содействовать социальной поддержке пациента, обеспечить литературой по самопомощи, по показаниям назначить медикаментозное лечение (никотинзаместительные препараты, цитизин, варениклин).

ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЕМ

Всем взрослым с 18 лет рекомендуется скрининг на злоупотребление алкоголем (опрос) и поведенческое консультирование по снижению употребления алкоголя. Уровень потребляемого алкоголя измеряется стандартными дозами. Одна доза — это порция алкогольных напитков, содержащая около 10 г, или 15 мл, чистого спирта (банка пива, бокал некрепленого вина или рюмка крепких алкогольных напитков). Допустимым уровнем считается эпизодическое употребление низких доз алкоголя (не более двух стандартных порций для мужчин и одной — для женщин). Злоупотреблением алкоголем считается: для мужчин — более 10 доз в неделю или более 2 доз в день, для женщин — более 5 доз в неделю или более 1 дозы в день. Употребление спиртосодержащих напитков в количестве, превышающем допустимый уровень, но при отсутствии признаков неблагоприятного влияния алкоголя на организм называется **рискованным**, поскольку ассоциировано с повышенным риском неблагоприятных физических, психологических или социальных последствий (заболеваний, отравлений, травм, несчастных случаев, рискованного поведения, насилия в семье и т.п.). Употребление алкоголя считается **вредным**, если есть соматические и психические последствия злоупотребления (АГ, гастрит, заболевания печени, травмы, тревожное расстройство, депрессия, бессонница), но отсутствует алкогольная зависимость. Оценить уровень употребления алкоголя можно с помощью короткого скринингового теста, например анкеты AUDIT-C. При выявлении злоупотребления необходимо порекомендовать полный отказ или сокращение употребления алкоголя до допустимого уровня. При консультировании важно оценить и довести до пациента индивидуальные риски, ассоциированные с употреблением алкоголя. При наличии признаков алкогольной зависимости рекомендуется консультация нарколога.

ОЖИРЕНИЕ

Всем взрослым 18 лет и старше рекомендуется скрининг на ожирение (определение индекса массы тела, ИМТ). ИМТ рассчитывается как масса (в килограммах), разделенная на рост (в метрах) в квадрате. ИМТ 25 и более расценивается как избыточная масса тела, ИМТ 30 и более — как ожирение. При выявлении ожирения показано поведенческое консультирование по коррекции пищевых привычек, рациональному (низкокалорийному) питанию и увеличению физической активности.

ДЕПРЕССИЯ

Скрининг на депрессию (опрос) рекомендуется всем взрослым начиная с 18 лет при условии, что есть специально обученный медицинский персонал, который будет в состоянии проводить адекватное лечение и наблюдение. Ключевыми симптомами депрессии являются пониженное настроение, ангедония (неспособность испытывать радость), снижение энергии, утрата смысла жизни, безысходность, суицидальные мысли. Для оценки наличия депрессии может использоваться короткий опросник PHQ-2 (табл. 2.7).

Таблица 2.7. Опросник PHQ-2 для выявления депрессии (баллы)

Как часто за последние 2 недели Вас беспокоили следующие проблемы?	Ни разу	Несколько дней	Более недели	Почти каждый день
Вам не хотелось ничего делать, привычные занятия не доставляли удовольствия	0	1	2	3
У Вас было плохое настроение, Вы были подавлены или испытывали чувство безысходности	0	1	2	3

Интерпретация: 3 балла и более — вероятная депрессия, необходимо подтверждение диагноза (расширенный тест PHQ-9).

При выявлении депрессии легкой и средней степени тяжести (без суицидальных намерений) лечение может проводить обученный врач первичного звена (ВОП). Лечение в основном заключается в простой психотерапии (терапия решения проблем, когнитивно-поведенческая терапия), по показаниям врач может назначать антидепрессанты. В случае выявления тяжелой депрессии с суицидальными намерениями, выраженной социальной дезадаптацией и признаками других психических заболеваний пациента направляют к психиатру (психотерапевту).

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2-ГО ТИПА

Скрининг на СД 2-го типа у бессимптомных взрослых 18 лет и старше показан при наличии избыточной массы тела (ИМТ ≥ 25) и одного дополнительного фактора риска СД или более: низкая физическая активность; СД у родственников первой степени родства (родители, братья и сестры); у женщин — рождение ребенка с массой тела более 4 кг, или гестационный диабет, или синдром поликистоза яичников; АГ (АД $\geq 140/90$ мм рт.ст. или терапия по поводу АГ); уровень ХС ЛПВП $< 0,90$ ммоль/л и/или триглицеридов $> 2,82$ ммоль/л. Если дополнительных факторов риска нет, то скрининг следует проводить начиная с 45 лет, один раз в 3 года. Приемлемыми скрининговыми методами являются исследование глюкозы плазмы натощак, гликированного гемоглобина (HbA_{1c}) и глюкозотолерантный тест. При выявлении повышенного уровня глюкозы в одном из тестов и отсутствии у пациента симптомов СД рекомендуется провести повторное исследование.

Диагноз СД устанавливается в случаях, если: глюкоза в плазме натощак $\geq 7,0$ ммоль/л, или через 2 ч после приема раствора Глюкозы* (75 г) $\geq 11,1$ ммоль/л,

или уровень $\text{HbA}_{1c} \geq 6,5\%$. Принципы лечения СД 2-го типа заключаются в диетических рекомендациях (уменьшении энергетической ценности пищи за счет животных жиров и простых углеводов), регулярной физической активности и приеме гипогликемических препаратов по показаниям.

ДИСЛИПИДЕМИЯ

Скрининг на дислипидемию и оценка ССР рекомендуются всем взрослым начиная с 40-летнего возраста каждые 5 лет, при необходимости — чаще.

Предпочтительными скрининговыми тестами на дислипидемию являются исследование в сыворотке крови общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеинов высокой и низкой плотности (ХС ЛПВП и ХС ЛПНП), независимо от времени последнего приема пищи. О дислипидемии свидетельствуют уровни: ОХС ≥ 5 ммоль/л, ХС ЛПНП ≥ 3 ммоль/л, ХС ЛПВП < 1 ммоль/л у мужчин и $< 1,2$ ммоль/л у женщин. При получении результатов, отклоняющихся от нормы, следует провести повторное исследование (первый и второй тесты должны проводиться в разные дни) и для окончательной оценки использовать среднее из двух значений.

Решение о лечении дислипидемии должно основываться не столько на уровне липидных показателей, сколько на оценке ССР (например, по шкале SCORE). Для большинства пациентов начальной рекомендацией является изменение образа жизни (диета, физическая активность, отказ от курения). Согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов (2016) лекарственная терапия статинами, наряду с коррекцией образа жизни, показана: при очень высоком риске ($\geq 10\%$ по шкале SCORE) и уровне ХС ЛПНП $\geq 1,8$ ммоль/л (целевой уровень $< 1,8$ ммоль/л или снижение на 50%, если исходный уровень 1,8–3,5 ммоль/л); при высоком риске (≥ 5 и $< 10\%$ по шкале SCORE) и уровне ХС ЛПНП $\geq 2,6$ ммоль/л (целевой уровень $< 2,6$ ммоль/л или снижение на 50%, если исходный уровень 2,6–5,2 ммоль/л). Пациентам с умеренным риском (1–4% по шкале SCORE) следует рассмотреть целесообразность назначения статинов при недостаточной эффективности немедикаментозных методов коррекции и уровне ХС ЛПНП $\geq 2,6$ ммоль/л, особенно $\geq 5,0$ ммоль/л (целевой уровень $< 3,0$ ммоль/л). Согласно рекомендациям рабочей группы профилактических программ США (2016) статины в низких/средних дозах (розувастатин 5–10 мг, аторвастатин 10–20 мг, симвастатин 10–20 мг) рекомендованы лицам 40–75 лет при наличии одного фактора риска ССЗ или более (дислипидемия, СД, АГ, курение) и 10-летнем ССР $\geq 10\%$ (по шкале Американской ассоциации кардиологов; <http://tools.acc.org/ASCVD-Risk-Estimator/>).

РАК ШЕЙКИ МАТКИ

Скрининг на рак шейки матки (РШМ) рекомендован женщинам с 21 года до 65 лет. В подавляющем большинстве случаев (более чем в 99%) причиной предраковых изменений (интраэпителиальная неоплазия) и рака шейки матки является персистирующее инфицирование высокоонкогенными ДНК-типами вируса папилломы человека (ВПЧ) половым путем. Генотипами ВПЧ высокого онкогенного риска являются: 16 (причина 55–60% случаев РШМ), 18 (причина 20% случаев РШМ), другие — 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68 (причина 25% случаев РШМ). Серотипы 16 и 18 определяются как по отдельности, так и в комбинации с другими генотипами (результат представляется как положительный или отрицательный, без дифференциации типа ВПЧ). Скрининговые методы включают цитологическое исследование мазка из шейки матки (с окрашиванием по Папаниколу — PAP-тест) и ВПЧ-тест (исследование биоматериала, взятого из цервикального канала, методом ПЦР). Рекомендуется начинать скрининг всем здоровым женщинам с 21 года и проводить каждые 3 года до 29 лет цитологическое

исследование мазка из шейки матки. С 30 до 65 лет предлагаются три варианта скрининга: либо мазок из шейки матки на онкоцитологию один раз в 3 года, либо ВПЧ-тест на онкогенные генотипы один раз в 5 лет, либо мазок на онкоцитологию в сочетании с ВПЧ-тестом один раз в 5 лет (предпочтительный). Интерпретация результатов исследования мазка из шейки матки проводится на основании цитологической классификации Бетесда. При выявлении атипичных клеток в мазке и/или положительном результате ВПЧ-теста пациентка направляется к гинекологу для решения вопроса о дальнейшей тактике.

РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Скрининг на рак молочной железы (маммография каждые 1–2 года) рекомендован для женщин 50–75 лет. Заболеваемость раком молочной железы у молодых женщин низка, поэтому скрининг в возрастной группе 40–49 лет несет больше вреда, чем пользы, так как приводит к большему числу ложноположительных результатов, ненужному дополнительному обследованию и лечению. При подозрении на рак пациентка направляется к онкологу (маммологу) для дополнительного обследования (биопсии).

КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК

Скрининг на колоректальный рак (КРР) рекомендуется проводить всем мужчинам и женщинам в возрасте 50–75 лет. Многочисленные данные указывают на то, что рак толстой кишки связан с некоторыми особенностями питания (чрезмерное употребление мясной, жирной, калорийной пищи, алкоголя). На сегодняшний день для скрининга бессимптомных пациентов старше 50 лет из группы среднего риска предлагаются несколько альтернативных вариантов:

- анализ кала на скрытую кровь (фекальный иммунохимический тест) ежегодно;
- гибкая ректороманоскопия каждые 5 лет;
- КТ-колонография каждые 5 лет;
- анализ кала на скрытую кровь ежегодно и гибкая ректороманоскопия каждые 10 лет;
- колоноскопия каждые 10 лет.

При выборе скрининга учитываются предпочтения пациента и доступность методов диагностики. Риск КРР существенно повышен при наличии родственников первой степени родства с КРР, при неспецифическом язвенном колите, болезни Крона и диффузном семейном полипозе толстой кишки. У таких лиц скрининг проводится чаще под наблюдением узкого специалиста. При повторном обнаружении скрытой крови в кале пациент направляется на колоноскопию. При выявлении рака или полипа толстой кишки пациента направляют к проктологу (онкологу).

РАК ЛЕГКИХ

Скрининг на рак легких (низкодозовая КТ) показан бессимптомным взрослым с 55 до 80 лет с индексом пачка/лет 30 и более, курящим или бросившим курить менее 15 лет назад. Индекс пачка/лет рассчитывается как произведение среднего числа сигарет, выкуриваемых в сутки, на стаж курения в годах, разделенного на 20. Скрининг рекомендуется проводить с кратностью один раз в год и прекратить, если с момента отказа от курения прошло 15 лет и более. При выявлении рака легких пациент направляется к онкологу.

ОСТЕОПОРОЗ

Скрининг на постменопаузный остеопороз рекомендуется всем женщинам 65 лет и старше. В качестве скринингового теста используют измерение

минеральной плотности костной ткани шейки бедра или позвоночника с помощью двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (денситометрия, DXA). В случае если денситометрия недоступна, для оценки 10-летнего риска остеопоротических переломов может использоваться калькулятор FRAX (<http://www.shef.ac.uk/FRAX>). Лечение показано при наличии переломов бедра и позвонков (клинических или рентгенологических), выявлении денситометрических признаков остеопороза (Т-критерий $\leq -2,5$ в шейке бедра или позвоночнике) или в случае сочетания остеопении (Т-критерий между $-1,0$ и $-2,5$) с высокой 10-летней вероятностью остеопоротических переломов по FRAX ($\geq 3\%$ для перелома шейки бедра и $\geq 20\%$ для переломов других локализаций). Основными методами лечения остеопороза являются программы по профилактике падений и применение препаратов, замедляющих резорбцию костной ткани.

АНЕВРИЗМА БРЮШНОЙ АОРТЫ

Однократный скрининг для выявления аневризмы брюшной аорты с помощью УЗИ рекомендуется проводить среди когда-либо куривших мужчин в возрасте 65–75 лет. Факторами риска аневризмы брюшной аорты являются возраст (65 лет и старше), мужской пол, курение иотягощенный семейный анамнез (наличие у родственника первой линии родства аневризмы брюшной аорты, потребовавшей хирургического лечения). При выявлении аневризмы пациент направляется к сосудистому хирургу для решения вопроса об оперативном лечении. У пожилых мужчин открытое хирургическое вмешательство оправдано при аневризме размерами от 5,5 см. При аневризме меньших размеров операция не рекомендуется, так как риск смерти от разрыва такой аневризмы сопоставим с операционной летальностью.

2.5. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР И ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

Хронические неинфекционные заболевания являются основной причиной инвалидности и преждевременной смертности взрослого населения, вызывая почти три из четырех смертей в российской популяции. К ХНИЗ относятся ССЗ, злокачественные новообразования, СД, хронические заболевания органов дыхания (прежде всего ХОБЛ). Диспансеризация как составная часть профилактической работы врача первичного звена здравоохранения с населением направлена на раннее выявление этих заболеваний и факторов риска их развития.

ХНИЗ имеют общие базовые факторы риска развития, распространенность которых, по данным российских исследований, чрезвычайно высока.

Опыт большого числа стран показал, что реализация научно обоснованных профилактических и лечебных мер позволяет в течение 15–20 лет снизить смертность от болезней системы кровообращения и ХНИЗ в целом в 2 раза и более. При этом вклад профилактических мер обуславливает успех более чем на 50% в сравнении с лечебными мероприятиями.

ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

Действующие законодательные акты, определяющие порядок проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации взрослых лиц в воз-

расте 18 лет и старше, совершенствуются и периодически обновляются. В настоящее время действует приказ Минздрава России от 13.03.2019 № 124н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», в котором объединены два действующих ранее приказа Минздрава России о профилактических медицинских мерах в отношении взрослых лиц.

Профилактический медицинский осмотр проводится в целях раннего (своевременного) выявления состояний, заболеваний и факторов риска их развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также в целях определения групп здоровья и выработки рекомендаций для пациентов.

Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, включающий профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения) и осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством РФ.

Гражданин проходит профилактический медосмотр и диспансеризацию в медицинской организации, в которой он получает первичную медико-санитарную помощь и подписывает информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. Гражданин имеет право отказаться от проведения профилактического медицинского осмотра и/или диспансеризации в целом либо от отдельных видов медицинских вмешательств.

Новый порядок имеет ряд существенных изменений по сравнению с предыдущими аналогичными документами. В действующем приказе определены ответственные за информирование и проведение мероприятий профилактического медосмотра и диспансеризации, включая органы исполнительной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья, уполномоченных лиц страховой медицинской организации, руководителей медицинской организации, медицинских работников отделения (кабинета) медицинской профилактики и центра здоровья, врачей первичного звена здравоохранения и фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов. Граждане должны иметь возможность пройти профилактический медосмотр и диспансеризацию в удобное время, в том числе вечером и по субботам, а также дистанционно записаться на приемы врачей и медицинские обследования. Согласно приказу № 124н профилактический медосмотр граждан всех возрастов является ежегодным. Профилактический медосмотр проводится в качестве самостоятельного мероприятия в рамках диспансеризации, в рамках диспансерного наблюдения при проведении первого в текущем году диспансерного приема, осмотре или консультации. Диспансеризация проводится раз в 3 года для граждан в возрасте от 18 до 39 лет и ежегодно для граждан старше 40 лет и отдельных категорий граждан. Перечень отдельных категорий расширен за счет работающих предпенсионеров (не достигших возраста, дающего право на назначение пенсии по старости, в том числе досрочно, в течение 5 лет до наступления такого возраста) и работающих граждан, получающих пенсии по старости или за выслугу лет. Отдельно выделен список мер для выявления онкологических заболеваний в различных возрастных группах. Увеличен объем мероприятий, входящих в профилактический медосмотр и объем диспансеризации. Новые исследования внесены в программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

ЦЕЛИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

1. Раннее выявление ХНИЗ (состояний), факторов риска их развития, а также риска потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача.

2. Определение группы здоровья, необходимых профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий.

3. Проведение профилактического консультирования граждан с выявленными ХНИЗ и факторами риска их развития.

4. Определение группы диспансерного наблюдения граждан с выявленными ХНИЗ и иными заболеваниями (состояниями), а также граждан с высоким и очень высоким ССР.

ЗАДАЧИ ВРАЧА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

Ответственность за организацию и проведение диспансеризации населения терапевтического участка несет участковый врач-терапевт или ВОП.

Задачами врача при проведении диспансеризации являются активное привлечение населения участка к прохождению диспансеризации, информирование о ее целях и задачах, объеме проводимого обследования, графике работы подразделений медицинской организации, необходимых подготовительных мероприятиях, а также повышение мотивации граждан к прохождению диспансеризации.

Врач проводит медицинский осмотр гражданина по итогам профилактического медосмотра, первого этапа диспансеризации, включающий осмотр на выявление онкологических заболеваний, осмотр кожных покровов, слизистых оболочек и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов с целью установления диагноза заболевания (состояния), определения группы здоровья, группы диспансерного наблюдения, медицинских показаний для осмотров (консультаций) и исследований в рамках второго этапа диспансеризации, а также прием (осмотр) по результатам второго этапа диспансеризации. При наличии медицинских показаний возможно направление на дополнительные диагностические исследования, не входящие в объем диспансеризации. В задачи врача входит разъяснение пациентам мер по снижению выявленных у них факторов риска ХНИЗ. При выявлении высокого риска развития угрожающего жизни заболевания (состояния) или его осложнения врач должен разъяснить гражданину действия при их развитии, включая своевременный вызов бригады СМП. При прохождении диспансеризации граждане должны быть информированы о возможности медицинского освидетельствования на ВИЧ-инфекцию с предоставлением адресов медицинских организаций, в которых можно осуществить добровольное, в том числе анонимное, освидетельствование на ВИЧ-инфекцию.

На основе сведений о прохождении гражданином профилактического медицинского осмотра и/или диспансеризации медицинским работником отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья заполняется карта учета диспансеризации.

Результаты приемов (осмотров, консультаций) медицинскими работниками, исследований и иных медицинских вмешательств, входящих в объем профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, вносятся в медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, с пометкой «Профилактический медицинский осмотр» или «Диспансеризация».

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

К модифицируемым факторам риска развития ХНИЗ, которые должны быть выявлены при профилактическом медицинском осмотре, относятся:

- повышенный уровень АД;
- гиперхолестеринемия;

- повышенный уровень глюкозы в крови натощак;
- курение табака;
- риск пагубного потребления алкоголя;
- нерациональное питание;
- низкую физическую активность;
- избыточную массу тела или ожирение;
- риск потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача.

Факторы риска имеют четкие диагностические критерии.

Повышенным считается САД, равное или выше 140 мм рт.ст., ДАД, равное или выше 90 мм рт.ст., либо проведение гипотензивной терапии. К числу граждан, имеющих данный фактор риска, относят имеющих гипертоническую болезнь или симптоматические АГ, а также людей с повышенным АД при отсутствии диагноза гипертонической болезни или симптоматической АГ.

Гиперхолестеринемия — уровень общего холестерина 5 ммоль/л и более.

Гипергликемия — уровень глюкозы плазмы натощак 6,1 ммоль/л и более либо наличие СД, в том числе в случае, если в результате эффективной терапии достигнута нормогликемия.

Курение табака — ежедневное выкуривание по крайней мере одной сигареты и более.

Нерациональное питание — избыточное по энергетической ценности потребление пищи, избыточное (без ограничений) потребление насыщенных жиров (сливочного масла, животных жиров), простых сахаров (сахар, мед, сладости, подслащенные соки и другие напитки), пищевой соли более 5 г в сутки (досаливание приготовленной пищи, частое употребление солений, консервов, колбасных изделий), недостаточное потребление фруктов и овощей (менее 400 г или менее 4–6 порций в сутки), морской рыбы и морепродуктов (менее 2–3 порций в неделю).

Низкая физическая активность — ходьба в умеренном или быстром темпе менее 30 мин в день.

Избыточная масса тела — ИМТ 25–29,9 и более.

Ожирение — ИМТ 30 и более.

Большинство факторов риска выявляют при проведении анкетирования.

Кроме того, ответы на вопросы анкеты позволяют выявить такие немодифицируемые факторы риска, как отягощенную наследственность по ССЗ (наличие инфаркта миокарда и/или мозгового инсульта у матери или родных сестер в возрасте до 65 лет или у отца, родных братьев в возрасте до 55 лет), по злокачественным новообразованиям (наличие у близких родственников в молодом или среднем возрасте или в нескольких поколениях злокачественных новообразований), по хроническим болезням нижних дыхательных путей и СД (наличие этих заболеваний у близких родственников в молодом или среднем возрасте).

Абсолютный ССР устанавливается у граждан в возрасте от 40 до 64 лет по шкале SCORE (Systematic coronary risk evaluation) при отсутствии выявленных заболеваний, связанных с атеросклерозом. Установленный риск более 5% считается высоким и требует интенсивного вмешательства, включая медикаментозное. У граждан в возрасте старше 65 лет и у имеющих ССЗ, СД 2-го типа, хроническое заболевание почек уровень абсолютного сердечно-сосудистого риска является очень высоким и по шкале ССР не рассчитывается. У граждан в возрасте от 21 до 39 лет устанавливается относительный ССР по дополнительной шкале SCORE, при этом высокому относительному ССР соответствуют значения более 1.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР

Ежегодный профилактический медицинский осмотр включает:

- анкетирование в целях сбора анамнеза, выявления отягощенной наследственности, жалоб, симптомов, характерных для ХНИЗ и состояний [стенокардии, перенесенной транзиторной ишемической атаки (ТИА) или ОНМК, ХОБЛ, заболеваний ЖКТ], и определения факторов риска и других патологических состояний и заболеваний, повышающих вероятность развития ХНИЗ (курения, риска пагубного потребления алкоголя, риска потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, характера питания, физической активности). Граждане в возрасте 65 лет и старше заполняют другую анкету с дополнительной целью выявления у них признаков старческой астении, риска падений, остеопороза, сердечной недостаточности, некорригированных нарушений слуха и зрения, недостаточности питания, саркопении (уменьшение массы мышечной ткани и мышечной силы), недержания мочи, когнитивных нарушений, депрессии;
- расчет на основании антропометрии ИМТ;
- измерение АД;
- исследование уровня общего холестерина в крови;
- определение уровня глюкозы в крови натощак;
- определение ССР (относительного — с 18 до 39 лет, абсолютного — с 40 до 64 лет);
- ЭКГ в покое (при первом прохождении медосмотра, ежегодно — с 35 лет);
- измерение внутриглазного давления (при первом прохождении медосмотра, ежегодно — с 40 лет);
- осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом — акушером-гинекологом женщин в возрасте от 18 до 39 лет.

Флюорография или рентгенография легких проводится один раз в 2 года.

Завершается профосмотр приемом врача-терапевта, ВОП или врача по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья, который анализирует результаты проведенных мероприятий и проводит осмотр кожных покровов, слизистых оболочек губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов для выявления визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний.

ЭТАПЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

Первый этап диспансеризации включает профилактический осмотр, скрининговые методы исследования, направленные на раннее выявление онкологических заболеваний; проведение краткого индивидуального профилактического консультирования в отделении (кабинете) медицинской профилактики (центре здоровья) врачом-терапевтом.

В соответствии с порядком в рамках профилактического медосмотра или первого этапа диспансеризации проводят следующие виды скрининга, направленные на выявление злокачественных новообразований:

- скрининг на выявление злокачественных новообразований шейки матки: осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом один раз в год с 18 лет и старше, цитологическое исследование мазка с шейки матки один раз в 3 года с 18 до 64 лет;
- скрининг на выявление злокачественных новообразований молочных желез: маммография в двух проекциях с двойным прочтением рентгенограмм один раз в 2 года от 40 до 75 лет включительно;

- скрининг на выявление злокачественных новообразований предстательной железы: определение простатоспецифического антигена в крови в 45, 50, 55, 60 и 64 года;
- скрининг на выявление злокачественных новообразований толстой кишки и прямой кишки: исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом с 40 до 64 лет один раз в 2 года, с 65 до 75 лет ежегодно;
- скрининг на выявление злокачественных новообразований пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки: эзофагогастродуоденоскопия в 45 лет;
- осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр кожного покрова, слизистых оболочек губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов.

Кроме того, в первый этап включен общий анализ крови (гемоглобин, лейкоциты, СОЭ) с 40 лет; проведение краткого индивидуального профилактического консультирования в отделении (кабинете) медицинской профилактики (центре здоровья). Завершается первый этап осмотром врачом-терапевтом и с целью установления диагноза, определения группы состояния здоровья, группы диспансерного наблюдения, определения медицинских показаний для осмотров (консультаций) и обследований в рамках второго этапа диспансеризации.

Второй этап диспансеризации проводится для уточнения предварительных диагнозов, сформулированных на первом этапе. Для этого в него включены консультации врачей-специалистов и лабораторно-инструментальные методы исследования. Также проводится скрининг на наличие ХОБЛ у лиц с подозрением на ее наличие (анкетирование на первом этапе).

Показаниями к консультации врачей-специалистов (невролог, хирург, уролог, колопроктолог, акушер-гинеколог, оториноларинголог, офтальмолог) являются выявленные патологические изменения в анализах, отягощенная наследственность по онкологическим заболеваниям, другие медицинские показания в результате анкетирования и/или осмотра на первом этапе. В перечень мероприятий скрининга и методов исследований, направленных на раннее выявление злокачественных новообразований, в рамках второго этапа диспансеризации при наличии медицинских показаний по назначению врача-терапевта, врача-хирурга или врача-колопроктолога включены ректороманоскопия, колоноскопия, фиброгастродуоденоскопия, рентгенография легких, компьютерная томография легких. Кроме того, во второй этап включены дуплексное сканирование брахицефальных артерий, спирометрия. Показания к проведению консультаций специалистов и выполнению дополнительных исследований определены действующим порядком.

В рамках второго этапа проводится индивидуальное или групповое углубленное профилактическое консультирование в отделении (кабинете) медицинской профилактики (центре здоровья) для следующих четырех групп граждан:

- 1) с выявленной ИБС, цереброваскулярными заболеваниями, хронической ишемией нижних конечностей атеросклеротического генеза или болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением;
- 2) с выявленным по результатам анкетирования риском пагубного потребления алкоголя и/или потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;
- 3) для всех граждан в возрасте 65 лет и старше в целях коррекции выявленных факторов риска и/или профилактики старческой астении;

- 4) при выявлении высокого относительного, высокого и очень высокого абсолютного ССР, и/или ожирения, и/или гиперхолестеринемии с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более, курения более 20 сигарет в день, риска пагубного потребления алкоголя и/или риска немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ.

Второй этап также завершает прием врача. Согласно результатам анкетирования, результатам скрининговых и дополнительных исследований, консультаций врачей-специалистов, осмотра врач устанавливает предварительный или окончательный диагноз, определяет группу здоровья, группу диспансерного наблюдения.

Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации считаются выполненными в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% объема профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации, при этом обязательным для всех граждан является проведение анкетирования и прием (осмотр) врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья или фельдшером, а также проведение маммографии, исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом, осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки, определение простатоспецифического антигена в крови в определенные возрастные периоды.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ

Профилактическое консультирование — это процесс информирования и обучения пациента для повышения его приверженности к выполнению врачебных назначений и формированию поведенческих навыков, способствующих снижению риска заболевания (при отсутствии заболеваний) и осложнений заболеваний (при их наличии).

Выделяют следующие виды профилактического консультирования: индивидуальное профилактическое консультирование; краткое профилактическое консультирование; углубленное (индивидуальное) профилактическое консультирование; углубленное (групповое) профилактическое консультирование.

Краткое профилактическое консультирование проводит врач-терапевт, ВОП в течение профилактического медосмотра, первого и/или второго этапов диспансеризации, на диспансерном приеме. Индивидуальное или углубленное (индивидуальное или групповое) профилактическое консультирование проводят в отделении (кабинете) медицинской профилактики (центре здоровья) сотрудники, имеющие специальную подготовку в этой области.

Профилактическое консультирование должно носить адресный характер и включать информирование гражданина о выявленных у него заболеваниях и/или факторах риска их развития, а также разъяснение алгоритма действия в случае развития жизнеугрожающих состояний.

ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ

Выделяют три группы здоровья.

1 группа — граждане, у которых не установлены ХНИЗ, отсутствуют их факторы риска развития или имеются указанные факторы риска при низком или среднем абсолютном суммарном ССР и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний).

II группа — граждане, у которых нет ХНИЗ, но есть факторы риска их развития при высоком или очень высоком абсолютном ССР, лица, у которых выявлено ожирение, гиперхолестеринемия (ОХ >8 ммоль/л), курение более 20 сигарет в день, риск пагубного потребления алкоголя, риск потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний).

IIIa группа — граждане, имеющие ХНИЗ, требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний (состояний), нуждающиеся в дополнительном обследовании.

IIIб группа — граждане, не имеющие ХНИЗ, но требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по поводу иных заболеваний, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний, нуждающиеся в дополнительном обследовании.

При наличии у пациента и ХНИЗ, и других заболеваний (состояний), требующих диспансерного наблюдения, его включают в IIIa группу состояния здоровья.

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Диспансерное наблюдение осуществляется в отношении граждан, страдающих отдельными видами хронических неинфекционных и инфекционных заболеваний или имеющих высокий риск их развития, а также в отношении граждан, находящихся в восстановительном периоде после перенесенных тяжелых острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений).

Диспансерное наблюдение проводится в организации, где пациент получает первичную медико-санитарную помощь врачами-терапевтами, ВОП, врачами-специалистами, врачами по медицинской профилактике отделения медицинской профилактики или центра здоровья.

Граждане со II группой здоровья с высоким или очень высоким абсолютным ССР подлежат диспансерному наблюдению врачом (фельдшером) отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья, за исключением пациентов с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более, которые подлежат диспансерному наблюдению врачом-терапевтом. Гражданам со II группой здоровья при наличии медицинских показаний врач-терапевт назначает лекарственные препараты для медицинского применения в целях фармакологической коррекции выявленных факторов риска.

Граждане с IIIa и IIIб группами здоровья подлежат диспансерному наблюдению врачом-терапевтом, ВОП, врачами-специалистами с проведением профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

Приказ Минздрава России от 29.03.2019 № 173н «Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» регулирует вопросы проведения медицинскими организациями диспансерного наблюдения взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше).

В действующем порядке приводится перечень заболеваний (состояний), при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение врачом-терапевтом. Для каждой болезни (состояния) в перечне выделяются код по МКБ-10, минимальная периодичность диспансерных приемов, контролируемые показатели состояния здоровья и длительность диспансерного наблюдения (табл. 2.8).

Таблица 2.8. Перечень заболеваний или состояний (групп заболеваний или состояний), при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение за взрослым населением врачом-терапевтом (приложение к приказу Минздрава РФ от 29.03.2019 № 173н)

№ п/п	Код по МКБ 10-го пересмотра	Заболевание или состояние (группа заболеваний или состояний), при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение	Минимальная периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций)	Контролируемые показатели состояния здоровья в рамках проведения диспансерного наблюдения	Длительность диспансерного наблюдения	Примечания
1	<p>I20.1</p> <p>I20.8</p> <p>I20.9</p> <p>I25.0</p> <p>I25.1</p> <p>I25.2</p> <p>I25.5</p> <p>I25.6</p> <p>I25.8</p> <p>I25.9</p>	<p>Стабильная ишемическая болезнь сердца (за исключением следующих заболеваний или состояний, по поводу которых осуществляется диспансерное наблюдение врачом-кардиологом:</p> <ul style="list-style-type: none"> • стенокардия III–IV ФК в трудоспособном возрасте; • перенесенный инфаркт миокарда и его осложнений в течение 12 мес после оказания медицинской помощи в стационарных условиях медицинских организаций; • период после оказания высокотехнологичных методов лечения, включая кардиохирургические вмешательства в течение 12 мес после оказания медицинской помощи в стационарных условиях медицинских организаций) 	Не реже 2 раз в год	<ul style="list-style-type: none"> • АД. • ЧСС. • ХС ЛПНП (согласно клиническим рекомендациям) 	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям
2	<p>I10</p> <p>I11</p> <p>I12</p> <p>I13</p> <p>I15</p>	Артериальная гипертензия I–III степени, за исключением резистентной артериальной гипертензии	Не реже 2 раз в год	<ul style="list-style-type: none"> • АД (согласно клиническим рекомендациям). • ХС ЛПНП (согласно клиническим рекомендациям) 	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям
3	<p>I50.0</p> <p>I50.1</p> <p>I50.9</p>	Хроническая сердечная недостаточность I–III ФК по NYHA, но не выше стадии 2a	Не реже 2 раз в год	<ul style="list-style-type: none"> • АД (согласно клиническим рекомендациям). • ЧСС (согласно клиническим рекомендациям). • Масса тела 	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям

4.	148	Фибрилляция и/или трепетание предсердий	Не реже 2 раз в год	<ul style="list-style-type: none"> ● Контроль ритма (согласно клиническим рекомендациям). ● Контроль ЧСС (согласно клиническим рекомендациям). ● МНО (2–3 ед.), если необходимо (согласно клиническим рекомендациям) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Контроль ритма (согласно клиническим рекомендациям). ● Контроль ЧСС (согласно клиническим рекомендациям). ● МНО (2–3 ед.), если необходимо (согласно клиническим рекомендациям) 	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям
5	147	Предсердная и желудочковая экстрасистолия, наджелудочковые и желудочковые тахикардии на фоне эффективной профилактической антиаритмической терапии	2 раза в год	Частота желудочковой экстрасистолии и устойчивых эпизодов желудочковой тахикардии	Частота желудочковой экстрасистолии и устойчивых эпизодов желудочковой тахикардии	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям
6	165.2	Стеноз внутренней сонной артерии от 40 до 70%	2 раза в год	ХС ЛПНП (согласно клиническим рекомендациям), степень стеноза (в %)	ХС ЛПНП (согласно клиническим рекомендациям), степень стеноза (в %)	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача сердечно-сосудистого хирурга, врача по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению (при стенозе внутренней сонной артерии 70% и более)
7	R73.0 R73.9	Предиабет	Не реже 1 раза в год	Глюкоза плазмы натощак и через 2 ч после нагрузки (согласно клиническим рекомендациям)	Глюкоза плазмы натощак и через 2 ч после нагрузки (согласно клиническим рекомендациям)	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога
8	E11	Сахарный диабет 2-го типа	В соответствии с клиническими рекомендациями	<ul style="list-style-type: none"> ● АД (согласно клиническим рекомендациям). ● ХС-ЛПНП (согласно клиническим рекомендациям). ● Гликированный гемоглобин, глюкоза плазмы натощак и через 2 ч после нагрузки (согласно клиническим рекомендациям) 	<ul style="list-style-type: none"> ● АД (согласно клиническим рекомендациям). ● ХС-ЛПНП (согласно клиническим рекомендациям). ● Гликированный гемоглобин, глюкоза плазмы натощак и через 2 ч после нагрузки (согласно клиническим рекомендациям) 	Пожизненно	В соответствии с клиническими рекомендациями

№ п/п	Код по МКБ 10-го пересмотра	Заболевание или состояние (группа заболеваний или состояний), при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение	Минимальная периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций)	Контролируемые показатели состояния здоровья в рамках проведения диспансерного наблюдения	Длительность диспансерного наблюдения	Примечания
9	I69.0 I69.1 I69.2 I69.3 I69.4 I67.8	Последствия перенесенных острых нарушений мозгового кровообращения	Первый год — 1 раз в 3 мес, затем не реже 1 раза в 6 мес	<ul style="list-style-type: none"> • АД (согласно клиническим рекомендациям). • ХС ЛПНП (согласно клиническим рекомендациям) 	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога
10	E78	Гиперхолестеринемия (при уровне общего холестерина более 8,0 ммоль/л)	Не реже 1 раза в год	ХС ЛПНП (согласно клиническим рекомендациям)	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям
11	K20	Эзофагит (эозинофильный, химический, лекарственный)	Не реже 1 раза в 6 мес	Отсутствие рецидивов эрозивного процесса по данным ЭГДС	В течение 3 лет с момента последнего обострения	Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога по медицинским показаниям
12	K21.0	Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом (без цилиндрической метаплазии — без пищевода Барретта)	Не реже 1 раза в 6 мес	Отсутствие рецидивов эрозивного процесса по данным ЭГДС	В течение 5 лет с момента последнего обострения	Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога по медицинским показаниям
13	K21.0	Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом и цилиндрической метаплазией — пищевод Барретта	Не реже 1 раза в 6 мес или по рекомендации врача-гастроэнтеролога	Отсутствие прогрессирования эндоскопических и морфологических изменений по данным ЭГДС с биопсией	Пожизненно	<ul style="list-style-type: none"> • Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога 1 раз в год. • Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям. • Прием (осмотр, консультация) врача-хирурга по медицинским показаниям

14	K25	Язвенная болезнь желудка	Не реже 1 раза в 6 мес	Отсутствие или уменьшение частоты рецидивов	В течение всей жизни с момента установления диагноза (или до выявления малигнизации)	Прием (осмотр, консультация) гастроэнтеролога 1 раз в год, прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям
15	K26	Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки	Не реже 1 раза в год	Отсутствие или уменьшение частоты рецидивов	В течение 5 лет с момента последнего обострения	Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога по медицинским показаниям
16	K29.4 K29.5	Хронический атрофический фундальный и мультифокальный гастрит	2 раза в год	Стабилизация морфологических изменений по данным ЭГДС с биопсией	В течение всей жизни с момента установления диагноза (или до выявления опухоли)	Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога 1 раз в год, прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям
17	K31.7	Полипы (полипоз) желудка	1 раз в год	Отсутствие прогрессирования и морфологических изменений по данным ЭГДС с биопсией	В течение всей жизни с момента установления диагноза (или до выявления малигнизации)	Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога 1 раз в год, прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям
18	K86	Хронический панкреатит с внешнесекреторной недостаточностью	2 раза в год	Отсутствие прогрессирования белково-энергетической недостаточности	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога 1 раз в год, прием (осмотр, консультация) врача-хирурга по медицинским показаниям

Окончание табл. 2.8

№ п/п	Код по МКБ 10-го пересмотра	Заболевание или состояние (группа заболеваний или состояний), при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение	Минимальная периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций)	Контролируемые показатели состояния здоровья в рамках проведения диспансерного наблюдения	Длительность диспансерного наблюдения	Примечания
19	J41.0 J41.1 J41.8	Рецидивирующий и хронический бронхиты	1 раз в год	<ul style="list-style-type: none"> Отсутствие или уменьшение частоты обострений. Сатурация кислорода в крови (согласно клиническим рекомендациям) 	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-пульмонолога (по медицинским показаниям)
20	J44.0 J44.8 J44.9	Хроническая обструктивная болезнь легких	1–3 раза в год	<ul style="list-style-type: none"> Отсутствие или уменьшение частоты обострений. ФВД (согласно клиническим рекомендациям). Сатурация кислорода в крови (согласно клиническим рекомендациям) 	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-пульмонолога (по медицинским показаниям)
21	J47.0	Бронхоэктатическая болезнь	1–3 раза в год	<ul style="list-style-type: none"> Отсутствие или уменьшение частоты обострений. ФВД (согласно клиническим рекомендациям). Сатурация кислорода в крови (согласно клиническим рекомендациям) 	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-пульмонолога (по медицинским показаниям)
22	J45.0 J45.1 J45.8 J45.9	Бронхиальная астма	1–3 раза в год	<ul style="list-style-type: none"> Достижение полного или частичного контроля бронхиальной астмы. ФВД (согласно клиническим рекомендациям) 	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-пульмонолога, врача-аллерголога (по медицинским показаниям)
23	J12 J13 J14	Состояние после перенесенной пневмонии	1 раз в год	Сатурация кислорода в крови согласно клиническим рекомендациям	–	По рекомендации врача-пульмонолога

24	J84.1 B86	Интерстициальные заболевания легких	1 раз в год	<ul style="list-style-type: none"> Отсутствие или уменьшение частоты обострений. ФВД (согласно клиническим рекомендациям). Сатурация кислорода в крови (согласно клиническим рекомендациям) 	Пожизненно	По рекомендации врача-пульмонолога
25	N18.1	Пациенты, перенесшие острую почечную недостаточность, в стабильном состоянии; с хронической почечной недостаточностью I стадии	4 раза в год	<ul style="list-style-type: none"> АД (согласно клиническим рекомендациям) ХС-ЛПНП (согласно клиническим рекомендациям). СКФ (согласно клиническим рекомендациям) 	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-нефролога 1 раз в год
26	N18.1	Пациенты, страдающие хронической болезнью почек (независимо от ее причины и стадии), в стабильном состоянии с хронической почечной недостаточностью I стадии	4 раза в год	<ul style="list-style-type: none"> АД (согласно клиническим рекомендациям). СКФ (согласно клиническим рекомендациям). ХС ЛПНП (согласно клиническим рекомендациям) 	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-нефролога 1 раз в год
27	N18.9	Пациенты, относящиеся к группам риска поражения почек	Не реже 1 раза в год	<ul style="list-style-type: none"> АД (согласно клиническим рекомендациям). СКФ (согласно клиническим рекомендациям) 	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-нефролога 1 раз в год
28	M81.5	Остеопороз первичный	1 раз в год или по рекомендации врача акушера-гинеколога, врача-эндокринолога, врача-ревматолога	–	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача акушера-гинеколога (для женщин с остеопорозом, развившимся в течение 3 лет после наступления менопаузы), врача-эндокринолога, врача-ревматолога по медицинским показаниям

Примечание: АД — артериальное давление; МНО — международное нормализованное отношение; СКФ — скорость клубочковой фильтрации; ФВД — функция внешнего дыхания; ХС ЛПНП — холестерин липопротеинов низкой плотности; ЧСС — частота сердечных сокращений; ЭГДС — эзофагогастроудоденоскопия.

Определены сроки установления диспансерного наблюдения за пациентом: 3 рабочих дня после установления диагноза при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях либо получении выписного эпикриза из медицинской карты стационарного больного по результатам оказания медицинской помощи в стационарных условиях.

Диспансерный прием, кроме сбора жалоб, анамнеза и данных физикального осмотра и лабораторных и инструментальных исследований, должен включать оценку приверженности лечению пациентов, эффективности ранее назначенного лечения и достижения целевых значений показателей здоровья, коррекцию проводимого лечения.

Сведения о диспансерном наблюдении должны быть внесены в медицинскую документацию пациента, а также в контрольную карту диспансерного наблюдения.

Диспансерное наблюдение за гражданами, страдающими ХНИЗ, а также имеющими основные факторы риска развития таких заболеваний, входит в часть комплекса мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров и диспансеризации населения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Бойцов С.А., Драпкина О.М., Калинина А.М. и др. Диспансеризация определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации. 4-е изд., доп. 2017 [Электронный ресурс]. www.gnicpm.ru/Guidelines (дата обращения: 04.09.2018).

Бойцов С.А., Драпкина О.М., Калинина А.М. и др. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации по практической реализации приказа Минздрава России от 26 октября 2017 г. № 869н «Об утверждении Порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения». М., 2017. 162 с. [Электронный ресурс]. Доступ из справ.-правовой системы «Гарант».

Бойцов С.А., Погосова Н.В., Бубнова М.Г. и др. Кардиоваскулярная профилактика 2017. Российские национальные рекомендации. Российское кардиологическое общество, Национальное общество профилактической кардиологии // Российское общество профилактики неинфекционных заболеваний. Российский кардиологический журнал. 2018. № 23 (6). С. 7–122.

Бойцов С.А., Чучалин А.Г. и др. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний. Методические рекомендации. М., 2013. 128 с.

Вакцинация беременных против гриппа. Федеральные клинические рекомендации. М., 2015. 41 с.

Вакцинопрофилактика детей с бронхиальной астмой [Электронный ресурс] : клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям с клинической ситуацией. Доступ из справ.-правовой системы «Гарант».

Вакцинопрофилактика пневмококковой инфекции у взрослых [Электронный ресурс] : федеральные клинические рекомендации. Доступ из справ.-правовой системы «Гарант».

Вакцинопрофилактика пневмококковой инфекции. Федеральные клинические рекомендации. М., 2015. 24 с.

Вакцинопрофилактика часто и длительно болеющих детей [Электронный ресурс] : клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям с клинической ситуацией. Доступ из справ.-правовой системы «Гарант».

Гамбарян М.Г., Калинина А.М. Оказание медицинской помощи по профилактике и отказу от курения. Методические рекомендации. М. : ФГБУ «ГНИЦ профилактической медицины Минздравсоцразвития России», 2012. 23 с.

Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака: Российская Федерация. Краткий обзор. Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2016. 9 с.

Голенков А.В. Эффективность лечения и профилактики табачной зависимости по результатам исследований Кокрейновского сотрудничества // Acta Medica Eurasica. 2016. № 3. С. 1–10.

Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. Методические рекомендации / под ред. С.А. Бойцова, А.Г. Чучалина. М., 2014. 112 с.

Максимова Ж.В., Максимов Д.М. Скрининг: современный взгляд на раннюю диагностику и профилактику хронических неинфекционных заболеваний // Архивъ внутренней медицины. 2014. № 6 (20). С. 52–56.

Медицинские противопоказания к проведению профилактических прививок препаратами национального календаря прививок МУ 3.3.1095-02. [Электронный ресурс] : методические указания от 01.03.2002. Доступ из справ.-правовой системы «Гарант».

Миллер У.Р., Роллник С. Мотивационное консультирование: как помочь людям измениться. М. : Эксмо, 2017. 544 с.

Мониторинг поствакцинальных осложнений и их профилактика. МУ 3.31.1123-02. Минздрав России [Электронный ресурс]. Доступ из справ.-правовой системы «Гарант».

Муромцева Г.А., Концевая А.В., Константинов В.В. и др. Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в российской популяции в 2012–2013 гг. Результаты исследования ЭССЕ-РФ // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2014. № 13 (6). С. 4–11.

Надеждин А.В., Тетенова Е.Ю. Зависимость от никотина: диагностика и лечение // Медицина. 2016. № 3. С. 164–189.

Об иммунопрофилактике инфекционных болезней [Электронный ресурс] : Федеральный закон от 17.09.1998 № 157-ФЗ (ред. от 07.03.2018). Доступ из справ.-правовой системы «Гарант».

Об унифицированной форме медицинской документации и форме статистической отчетности, используемых при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения и профилактических медицинских осмотров, порядках по их заполнению [Электронный ресурс] : приказ Минздрава России от 06.03.2015 № 87н. Доступ из справ.-правовой системы «Гарант».

Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показателям [Электронный ресурс] : приказ Минздрава России от 21.03.2014 № 125н (ред. от 13.04.2017). Доступ из справ.-правовой системы «Гарант».

Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению. [Электронный ресурс] : приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н. Доступ из справочно-правовой системы «Гарант».

Оганов Р.Г., Хальфин Р.А. Руководство по медицинской профилактике. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. 464 с.

Остроумова О.Д., Извеков А.А., Воеводина Н.Ю. Курение как фактор риска сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний: распространенность, влияние на прогноз, возможные стратегии прекращения курения и их эффективность. Ч. 1. Распространенность курения и влияние на прогноз // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2017. Т. 13, № 6. С. 871–879.

Остроумова О.Д., Копченков И.И., Гусева Т.Ф. Курение как фактор риска сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний: распространенность, влияние на прогноз, возможные стратегии прекращения курения и их эффективность. Ч. 2. Премущества отказа от курения, стратегии борьбы с курением // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2018. Т. 14, № 1. С. 111–121.

Порядок проведения профилактических прививок: методические указания от 04.03.2004. МУ 3.3.1889-04 [Электронный ресурс]. Доступ из справочно-правовой системы «Гарант».

Прекращение потребления табака и лечение табачной зависимости. Научно обоснованные рекомендации / под ред. А.К. Демина. М. : Российская ассоциация общественного здоровья, 2013. 244 с.

Сахарова Г.М., Антонов Н.С. Оказание помощи по отказу от табака в терапевтической практике : учебное пособие. М. : УП Принт, 2010. 64 с.

Синдром зависимости от табака, синдром отмены табака у взрослых. Клинические рекомендации / Министерство здравоохранения РФ. М., 2018. 53 с.

Таточенко В.К., Озерецковский Н.А. Иммунопрофилактика-2018. Справочник. 13-е изд., расширенное. М. : Боргес, 2018. 266 с.