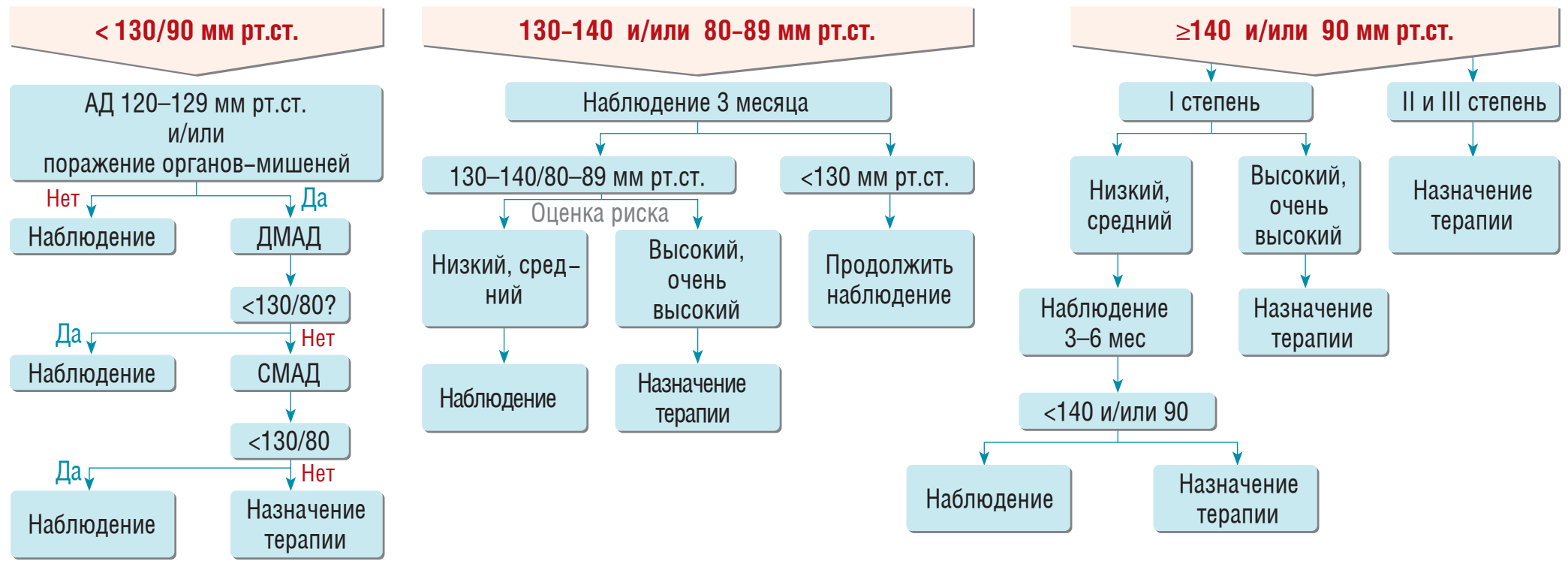


Алгоритм ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ



Определение стадии гипертонической болезни, сердечно-сосудистого риска

Факторы риска:

- Мужской пол
- ≥ 55 лет у мужчин, ≥ 65 лет у женщин
- Курение
- Дислипидемия
- Глюкоза 5,6–6,9 ммоль/л, НТГ
- Ожирение: ИМТ ≥ 30 кг/м² (в т.ч. абдоминальное: > 94 у мужчин, > 80 у Женщин)
- Семейный анамнез ранних ССЗ (< 55 лет у мужчин, < 65 лет у женщин)

Бессимптомное ПОМ:

- Пульсовое давление ≥ 60 мм рт.ст. (пожилой и старческий возраст)
- ГЛЖ (индекс Соколова–Лайона > 35 мм, ИММЛЖ > 115 г/м² у мужчин и > 95 г/м² у женщин)
- КИМ > 0,9 мм или бляшка
- СРПВ > 10 м/сек
- ЛПИ < 0,9
- СКФ 30–60 мл/мин/м²
- Микроальбуминурия

Имеющиеся ССЗ:

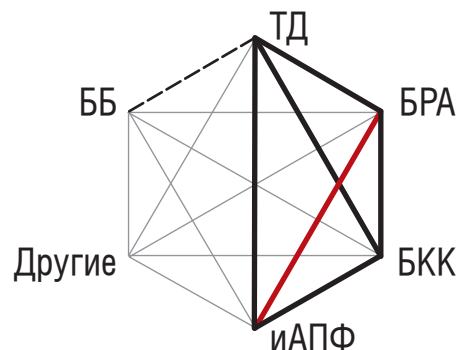
- ЦВЗ (ИИ, кровоизлияние в мозг, ТИА)
- ИБС: ИМ, стенокардия, реваскуляризация
- Сердечная недостаточность
- Клинически манифестное поражение периферических артерий
- СКФ < 30 мл/мин/м², протеинурия > 300 мг/сут
- Тяжелая ретинопатия

Исключение симптоматической симптоматические АГ:

- Синдром обструктивного апноэ сна
- Реноваскулярная
- Ренопаренхиматозная
- Эндокринная (гиперальдостеронизм, феохромоцитома, гиперкортицизм, патология ЩЖ)

ПОМ — поражение органов мишеней, ЦВЗ — церебро-васкулярные заболевания, ХБП — хроническая болезнь почек, НТГ — нарушение толерантности к глюкозе, КИМ — комплекс интима-медиа, СРПВ — скорость распространения пульсовой волны, ЛПИ — лодыжечно-плечевой индекс, ДМАД — домашнее мониторирование АД, ЩЖ — щитовидная железа

РАЦИОНАЛЬНЫЕ И НЕРАЦИОНАЛЬНЫЕ КОМБИНАЦИИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ



<140/90 мм рт.ст. у всех категорий больных

- * Возможно сочетание ББ и дигидропиридиновых БКК
- Предпочтительная комбинация
- - - Целесообразные комбинации
- Возможные комбинации
- Не рекомендуемая комбинация

Степени АГ:	САД мм рт.ст.	ДАД мм рт.ст.
1 степень	140–159	90–99
2 степень	160–179	100–109
3 степень	≥180	≥110

Выбор препарата в зависимости от клинической ситуации

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

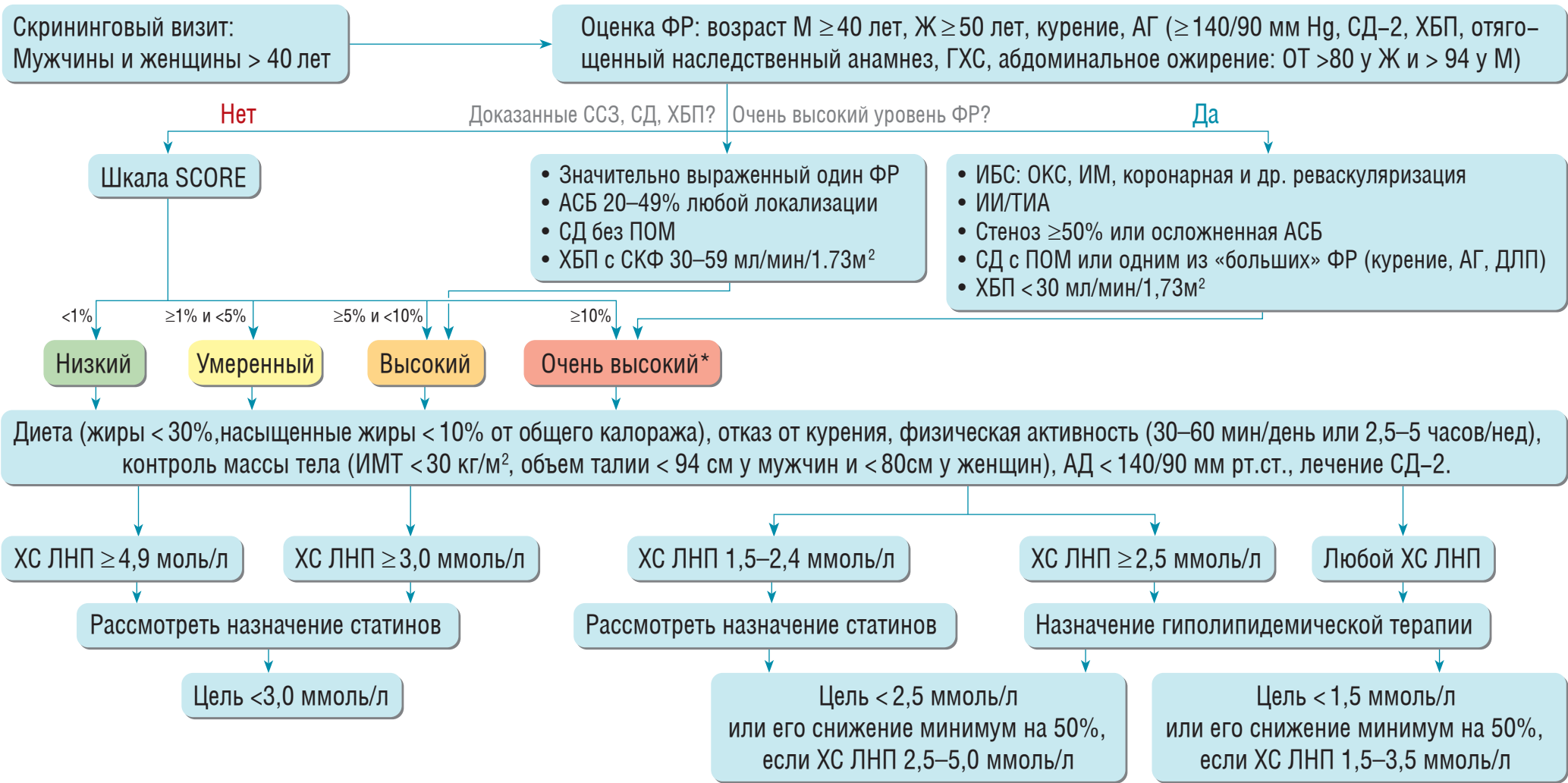
Порядок амбулаторного наблюдения при АГ

1. Наблюдение врачом общей практики: больные с низким/средним риском после достижения целевых значений АД (периодичность: 1 раз в 6 мес.)
2. Наблюдение кардиологом:
 - Больные высокого/очень высокого риска после достижения целевого АД (периодичность: 1 раз в 3 мес.)
 - Больные с трудно контролируемой АД
3. Консультация невролога, офтальмолога 1 раз в год при соответствующих симптомах

* Оценка эффективности подобранной схемы лечения — через 3–4 нед.

ББ — бета-блокаторы, БКК — блокаторы кальциевых каналов, иАПФ — ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, БРА — блокаторы рецепторов ангиотензина

Алгоритм ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ



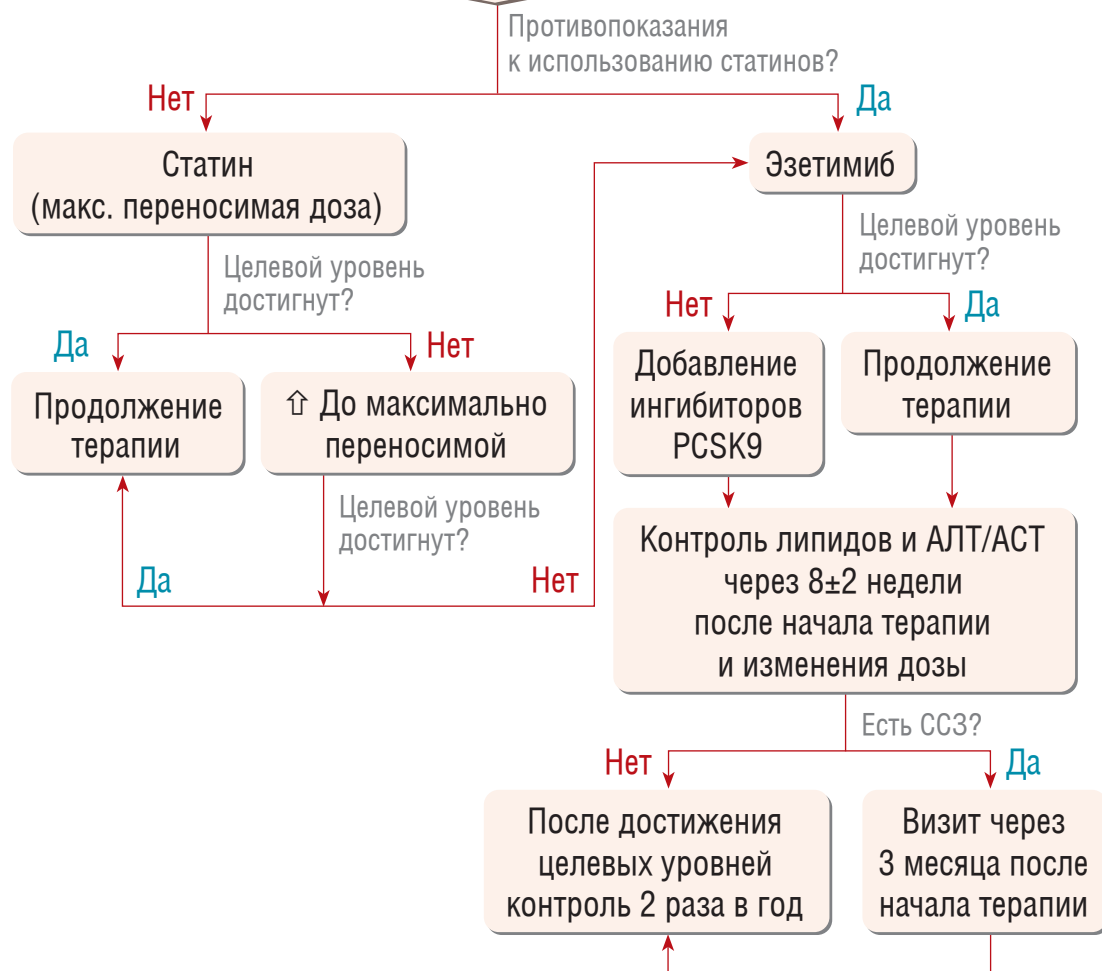
- До начала гиполипидемической терапии оценить АЛТ/АСТ, КФК
- Очередность приоритета назначения статинов: аторвастатин, розувастатин, симвастатин, питевастатин, флувастатин

- Противопоказания к использованию статинов**
- Активное заболевание печени
 - АЛТ/АСТ >3 ВГН или КФК >4 ВГН (повторить анализ)
 - Лактация или беременность

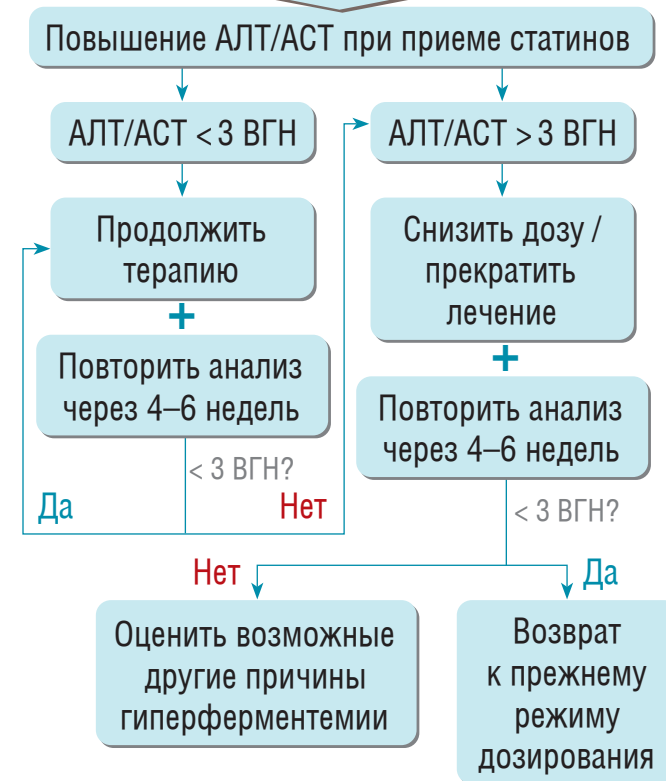
- Подозрение на ГХС**
- ОХС ≥ 8 ммоль/л у взрослого, ХС ЛНП > 5 ммоль/л
 - Ранняя ИБС у мужчин < 55 лет и женщин < 60 лет
 - Сухожильные ксантомы у пациента/члена семьи
 - Ранняя сердечная смерть члена семьи

ГХС — семейная гиперхолестеринемия

ВЫБОР ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ



КОНТРОЛЬ ПЕРЕНОСИМОСТИ СТАТИНОВ (АЛТ/АСТ)



Кардиологом наблюдаются больные

1. При недостижении целевых уровней ХС ЛНП при комбинированной терапии статином и эзетимибом в максимальных-дозах
2. При подозрении на наследственные нарушения липидного обмена в) при непереносимости статинов (повышение КФК)

Алгоритм обследования и лечения больного с стабильной ишемической болезнью сердца в амбулаторных условиях

Пациент с болью в грудной клетке → Оценка ФР ИБС: АГ, гиперхолестеринемия, СД-2, малоподвижный образ жизни, ожирение, курение, семейный анамнез

¹ Вторичные причины ишемии: анемия, тиреотоксикоз, ГЛЖ, ГКМП, пороки клапанов, тахикардии.
² Стресс-ЭКГ не имеет диагностического значения при БЛНГП, навязанном ритме, WPW-синдроме

Инструментальное, физикальное обследование

- Пальпация пульса (исключить тахикардию)
- Аускультация сонных артерий (исключить шум)
- Исключение заболеваний щитовидной железы (ТТГ), почек, СД (глюкоза, HbA1c)
- Гемоглобин
- Креатинин с СКФ
- Липидный профиль
- ЭКГ

Оценка характера боли

Локализация? Характер? Что облегчает/купирует?

Исключение вторичных причин¹ ишемии | Оценка сопутствующих заболеваний

Клиническая классификация боли

- Типичная (3 критерия)
- Типичная (2 критерия)
- Типичная (1 критерий)

Оценка предтестовой вероятности и решение вопроса и выборе нагрузочной пробы

Возр.	Типичная		Атипичная		Неангинозная	
	Муж	Жен	Муж	Жен	Муж	Жен
30–39	59	28	29	10	18	5
40–49	69	37	38	14	25	8
50–59	77	47	49	20	34	12
60–69	84	58	59	28	44	17
70–79	89	68	69	37	54	24
>80	93	76	78	47	65	32

Подтверждение диагноза ИБС

Белый — считать, что нет обструктивной ИБС, голубой, розовый — направить к кардиологу для выполнения нагрузочных тестов, красный — считать, что есть ИБС → Стратификация риска

Исключить ОКС

- Ангинозная боль > 20 мин
- На ЭКГ: элевация/депрессия ST/впервые возникшая БЛНГП
- Разграничить ИМ/нестабильную стенокардию: тропонин

При подозрении на ОКС — к кардиологу

- Диета
- Физическая активность (30–60 мин/день или 2,5–5 часов/нед.)
- Контроль массы тела (объем талии < 94 см у мужчин и < 80 см у женщин)
- АД (< 130/80 мм рт.ст.)
- Уровня липидов
- Лечение СД
- Коррекция психосоциальных факторов
- Кардиореабилитация

Симптоматическая терапия (стр. 2)

Классификация	Описание
I ФК	Приступ стенокардии развивается при интенсивной, быстрой или длительной нагрузке
II ФК	Приступы стенокардии возникают при быстрой ходьбе или подъеме по лестнице, ходьбе или подъеме по лестнице после еды, либо в холодную или ветреную погоду или при эмоциональном стрессе, либо только в течение нескольких часов после пробуждения. Ходьба > 200м по ровной местности и подъем более чем на 1 пролет по обычным ступенькам в среднем темпе
III ФК	Приступы стенокардии возникают при ходьбе в нормальном темпе по ровному месту на расстояние 100–200м или подъеме на 1 пролет
IV ФК	Невозможность выполнить какую-либо физическую деятельность без дискомфорта. Синдром стенокардии может быть в покое

Терапия ИБС

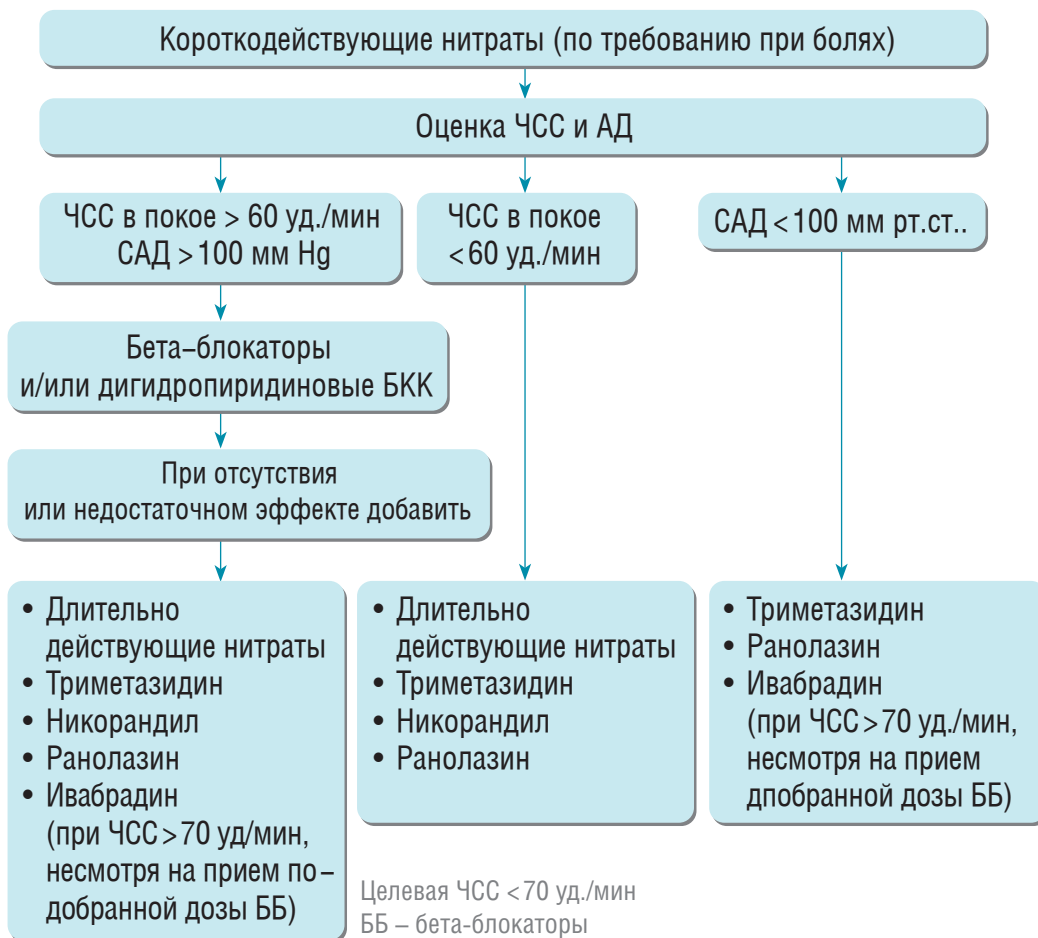
Образ жизни

Улучшить прогноз

Обязательное назначение для улучшения прогноза

- Статины (аторвастатин 40–80 мг или розувастатин 20–40 мг)*
- Аспирин 75–150 мг/сут.
- Ингибитор АПФ/БРА

* Улучшение прогноза при ИБС доказано в HRV только для аторвастатина
 ** Цель ХС ЛНП — < 1,5 ммоль/л или его снижение минимум на 50%, если ХС ЛНП 1,8–3,5 ммоль/л



При стабильном состоянии после проведенного неосложненного ЧКВ по поводу стабильной ИБС

Наблюдение кардиологом в течение 1 года — 3 раза в год (периодичность

- визитов после выписки: 1-й, 6-й, 12-й месяц).
- Далее – наблюдение терапевта минимум 1 раз в год (или при сохраняющейся стенокардии — в зависимости от ФК)

I-II ФК у лиц трудоспособного возраста

- В течение 1-го года после постановки диагноза — наблюдение кардиологом (визиты 2 раза в год)
- Далее — наблюдение терапевтом (частота визитов 2–4 раза в год пожизненно)

I-IV ФК у лиц пенсионного возраста и III-IV ФК у трудоспособных

- В течение 1-го года после постановки диагноза — наблюдение кардиологом (визиты 3 раза в год, чаще — в зависимости от течения)
- Далее — наблюдение терапевтом (1 раз в год пожизненно)

Консультация кардиолога показана

- При дестабилизации состояния
- Для рассмотрения вопроса о проведении высокотехнологичных диагностических/лечебных методов, направлении в стационар

При рефрактерности к терапии

- Направление в стационар

После выписки по случаю ОКС

Наблюдение кардиолога:

- при осложненном ИМ — 4 раза в месяц до стабилизации состояния;
- при неосложненном ИМ — 2 раза в месяц до стабилизации состояния;
- при нестабильной стенокардии — 2 раза в месяц до стабилизации состояния

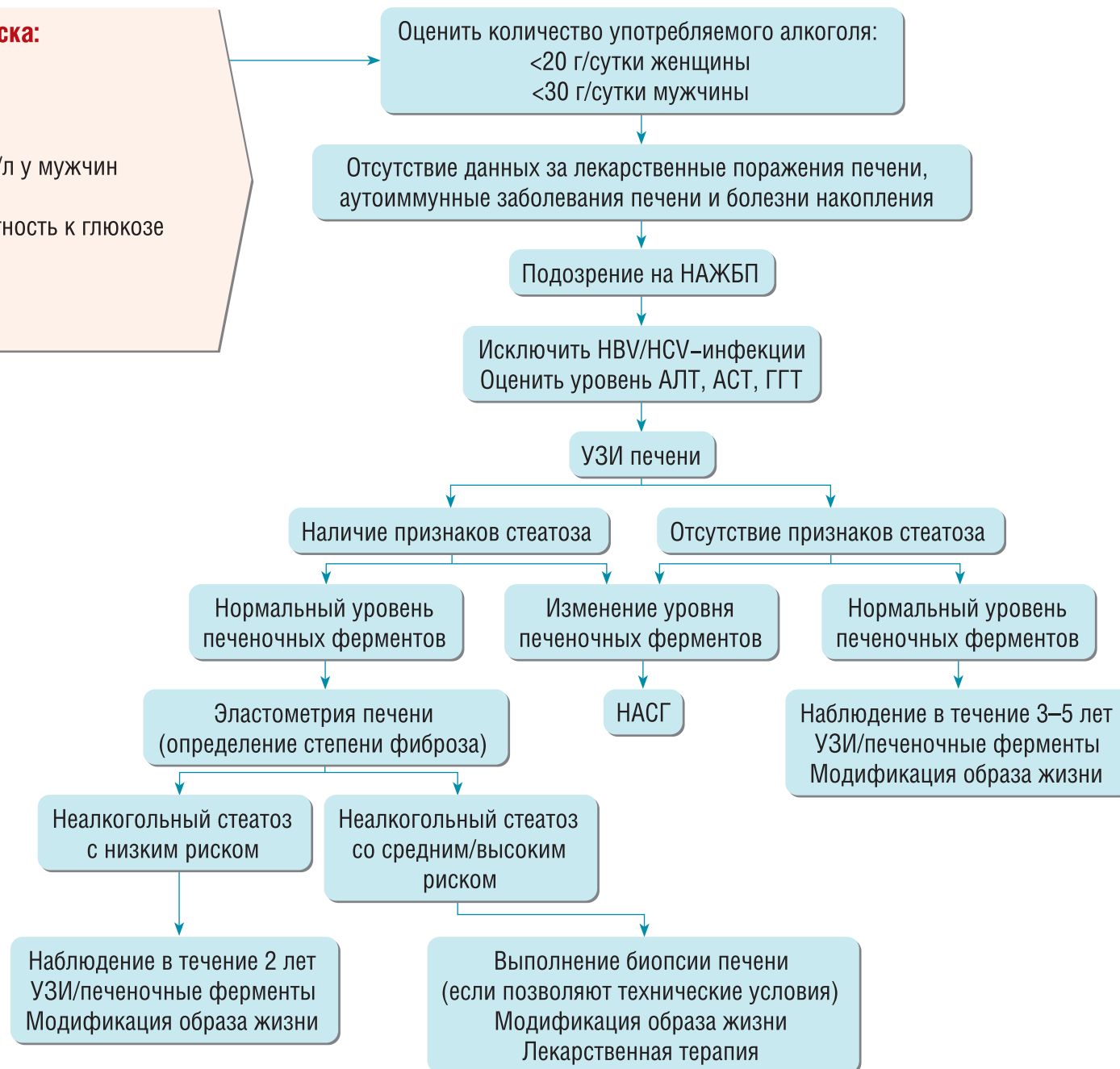
Через год после стабилизации состояния:

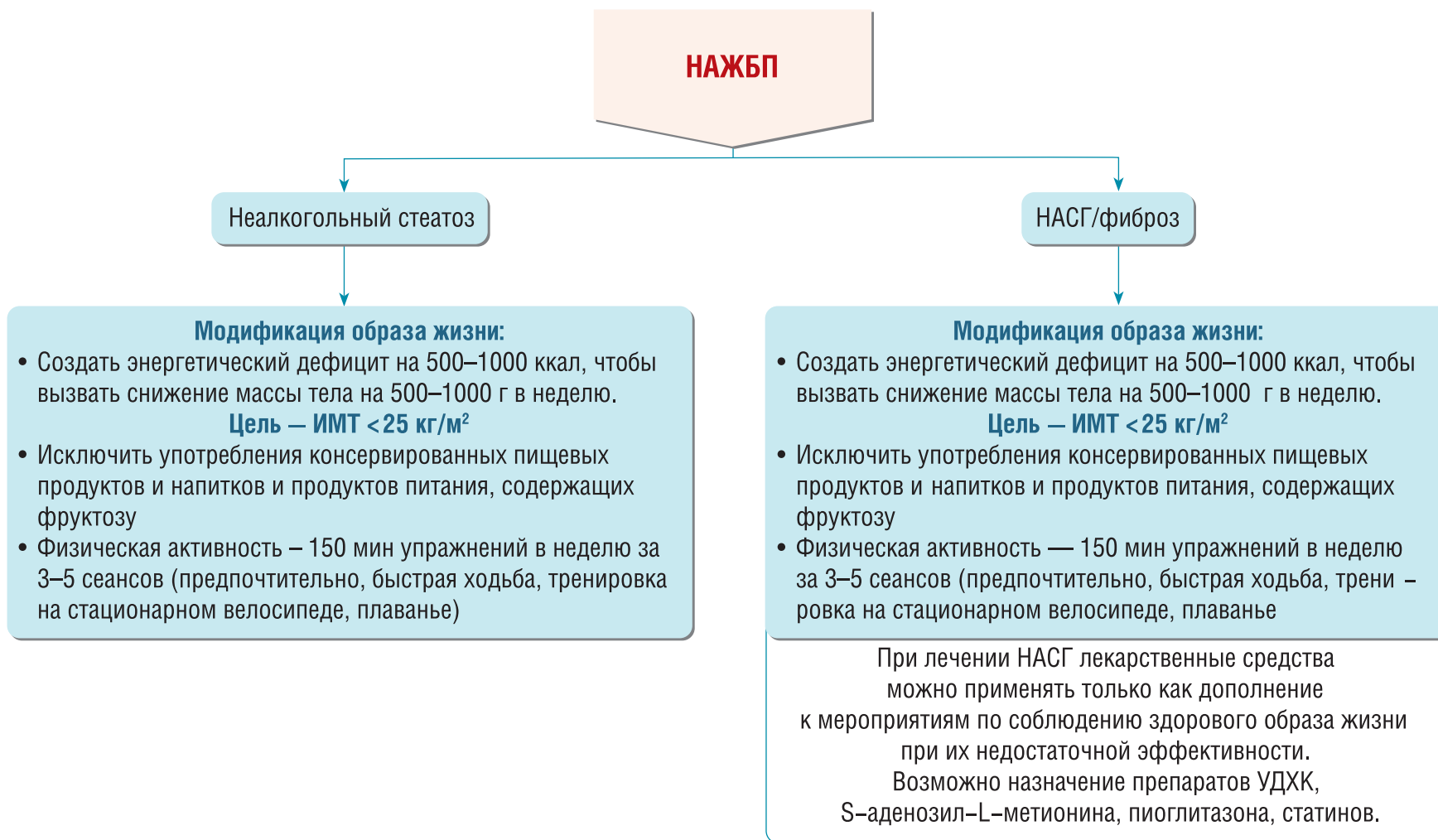
- а) наблюдение терапевтом при отсутствии стенокардии или при стенокардии I-II ФК и ХСН I-II ФК;
- б) наблюдение кардиологом в остальных случаях (периодичность 2–4 раза в год)

Алгоритм ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Пациенты с метаболическими факторами риска:

- ОТ ≥ 80 см у женщин и ≥ 94 см у мужчин
- АД $\geq 130/85$ мм рт.ст.
- Триглицериды $\geq 1,70$ ммоль/л
- ЛПВП $< 1,30$ ммоль/л у женщин и $< 1,04$ ммоль/л у мужчин
- Глюкоза крови натощак $\geq 5,6$ ммоль/л
- Сахарный диабет 2 типа и нарушенная толерантность к глюкозе
- Ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м²)
- Повышение уровня АСТ, АЛТ, ГГТ
- Семейный анамнез СД, АГ, ССЗ





Алгоритм ведения первичных необследованных пациентов с симптомами диспепсии на этапе первичной медико-санитарной помощи*

Диспепсия — это один или несколько симптомов в различных сочетаниях: боль и чувство жжения в эпигастрии; чувство переполнения в эпигастрии после еды, раннее насыщение; возможны тошнота, отрыжка^{1, 2}

Предварительный диагноз: Диспепсия Неуточненная (МКБ-10: K31.9)³
Обследование согласно Приказу МЗ РФ № 2484. Исключить тревожные признаки⁵.
Стартовая терапия на период обследования: ИПП (омепразол или рабепразол 20 мг/сут.), ПРОКИНЕТИКИ (домперидон 30 мг/сут.)⁴.

Эзофагогастроуденоскопия. Исследование на *H. pylori*:
Определение антител класса IgG к *H. pylori* в крови у лиц, ранее не получавших антигеликобактерную терапию, вне зависимости от приема ИПП, антибиотиков и/или препаратов висмута. В отсутствие приема указанных групп препаратов возможно применение, включая для контроля эффективности эрадикации: ¹³C-уреазного дыхательного теста, определения антигена *H. pylori* в кале, быстрого уреазного теста с биоптатом, гистологического и бактериологического методов.

Тревожные признаки «+»⁵

HP «+»

Эрадикационная терапия⁶

- Симптомы диспепсии сохраняются более 6 мес.
- Симптомы диспепсии прошли до 6 мес.

HP «-»

Диспепсия ассоциированная с инфекцией *H. pylori* (МКБ-10: B98.0)³

Функциональная Диспепсия (МКБ-10: K30)³
ИПП (омепразол или рабепразол 20 мг/сут.), ПРОКИНЕТИКИ (домперидон 30 мг/сут.)⁴
4 нед.

Гастриты, Дуодениты (МКБ-10: K29)³
ИПП (омепразол или рабепразол 20 мг/сут.), ПРОКИНЕТИКИ (домперидон 30 мг/сут.)⁴ 4–8 нед.

Язвенная болезнь ДПК, неосложненная (МКБ-10: K26)³
ИПП (омепразол, рабепразол или эзомепразол 20 мг/сут.)⁶.
При сохранении симптомов диспепсии после эрадикации к ИПП возможно добавление ПРОКИНЕТИКА (домперидон 30 мг/сут.) 4 нед.

ГЭРБ без эзофагита*** (МКБ-10: K21.9)³. **ГЭРБ с эзофагитом** (МКБ-10: K21.0)³.
ИПП (омепразол; рабепразол; эзомепразол 20 мг/сут. или пантопразол 40 мг/сут.), ПРОКИНЕТИКИ (домперидон 30 мг/сут. или итоприд 150 мг/сут.)⁷ 4–8 нед.

Экстренная госпитализация, консультация хирурга и др. специалистов:

- Угроза желудочно-кишечного кровотечения или перфорации; положительный симптом раздражения брюшины; повторная рвота; отсутствие отхождения газов, перистальтических шумов; усиление боли в животе, лихорадка.
- Подозрение на абдоминальную форму острого инфаркта миокарда, мезентериальную ишемию.

Плановая госпитализация:

- Тяжелая соматическая патология, пожилой возраст.

Дополнительные обследования, консультации «узких специалистов»:

- Дебют диспепсии после 45 лет, короткий (менее 6 месяцев) анамнез.
- Симптомы носят постоянный или прогрессирующий характер.
- Ночная симптоматика, вызывающая пробуждение.
- Дисфагия, необъясненное снижение массы тела.
- Изменения, выявленные при физикальном обследовании больного или при рутинных исследованиях*.
- Подозрение на онкологию, выявление предраковых заболеваний ЖКТ, семейный анамнез по онкологическим заболеваниям.
- Язва желудка.
- ГЭРБ 2–4 стадии (по Савари-Миллеру) или В-Д степени (по Лос-Анжелесской классификации).
- Отсутствие эффекта от проводимой терапии.

ПРИКАЗ № 248⁴ «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным хроническим гастритом, дуоденитом, диспепсией»

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.16.001	Сбор анамнеза и жалоб при болезнях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки	1	1
A01.16.002	Визуальное исследование при болезнях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки	1	1
A01.16.003	Пальпация при болезнях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки	1	1
A01.16.004	Перкуссия при болезнях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки	1	1
A01.16.005	Аускультация при болезнях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки	1	1
A02.12.001	Измерение частоты пульса	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления	1	1
A03.16.001	Эзофагогастродуоденоскопия	1	1
A08.05.003	Исследование уровня эритроцитов	1	1
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	1	1
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	1	1
A08.05.009	Определение цветового показателя	1	1
A08.16.004	Исследование материала желудка на наличие хеликобактериоза	1	1
A08.06.002	Морфологическое исследование препарата тканей желудка	0,1	1
A08.06.003	Морфологическое исследование препарата тканей двенадцатиперстной кишки	0,1	1
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	1	1
A09.19.002	Исследование кала на скрытую кровь	0,05	1
A12.05.001	Исследование оседания эритроцитов	0,01	1
A06.16.002	Рентгеноскопия желудка и двенадцатиперстной кишки	0,4	1
A09.16.004	Внутрижелудочное определение концентрации водородных ионов в желудочном содержимом (рН)	0,5	1
A04.14.002	Ультразвуковое исследование желчного пузыря	0,8	1
A04.15.001	Ультразвуковое исследование поджелудочной железы	0,8	1
A11.16.002	Биопсия желудка с помощью эндоскопии	0,1	1
A11.16.003	Биопсия 12-перстной кишки с помощью эндоскопии	0,1	1

- * Больные с симптомами ЖЕЛУДОЧНОЙ диспепсии в амбулаторной практике Те – рапевта, Врача общей практики и Врача семейной медицины.
- ** Следует избегать совместного назначения домперидона с кларитромицином из-за развития межлекарственного взаимодействия.
- *** Наличие изжоги без эндоскопических признаков поражения пищевода.
- 1. *Ивашкин В.Т., Маев И.В., Шептулин А.А.* и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению функциональной диспепсии // РЖГГК. 2017. № 27 (1). С. 50–61.
- 2. *Douglas A. Drossman.* Functional Gastrointestinal Disorders: History, Pathophysiology, Clinical Features, and Rome IV. *Gastroenterology* 2016; 150:1262–1279.
- 3. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (<http://mkb-10.com/>, дата обращения 17.03.2018).
- 4. Приказ МЗ РФ № 248 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным хроническим гастритом, дуоденитом, диспепсией» (<http://www.gastroscan.ru/literature/authors/2355>, дата обращения 17.03.2018).
- 5. *Ивашкин В.Т., Маев Ю.А.* и соавт. Клинические рекомендации РГА по ведению пациентов с абдоминальной болью. РЖГГК. 2015. № 4.
- 6. Приказ МЗ РФ № 773н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки» (<http://www.gastroscan.ru/literature/authors/6315> по состоянию на 17.03.2018).
- 7. Приказ МЗ РФ. № 722н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни» (<http://www.gastroscan.ru/literature/authors/5415> по состоянию на 17.03.2018).

Пациенты нуждаются в проведении ЭКГ и консультации кардиолога (по показаниям) для исключения абдоминальной формы инфаркта миокарда до проведения ЭГДС.

Краткие алгоритмы ведения пациентов на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи. Пособие для врачей / Под редакцией О.М. Драпкиной.

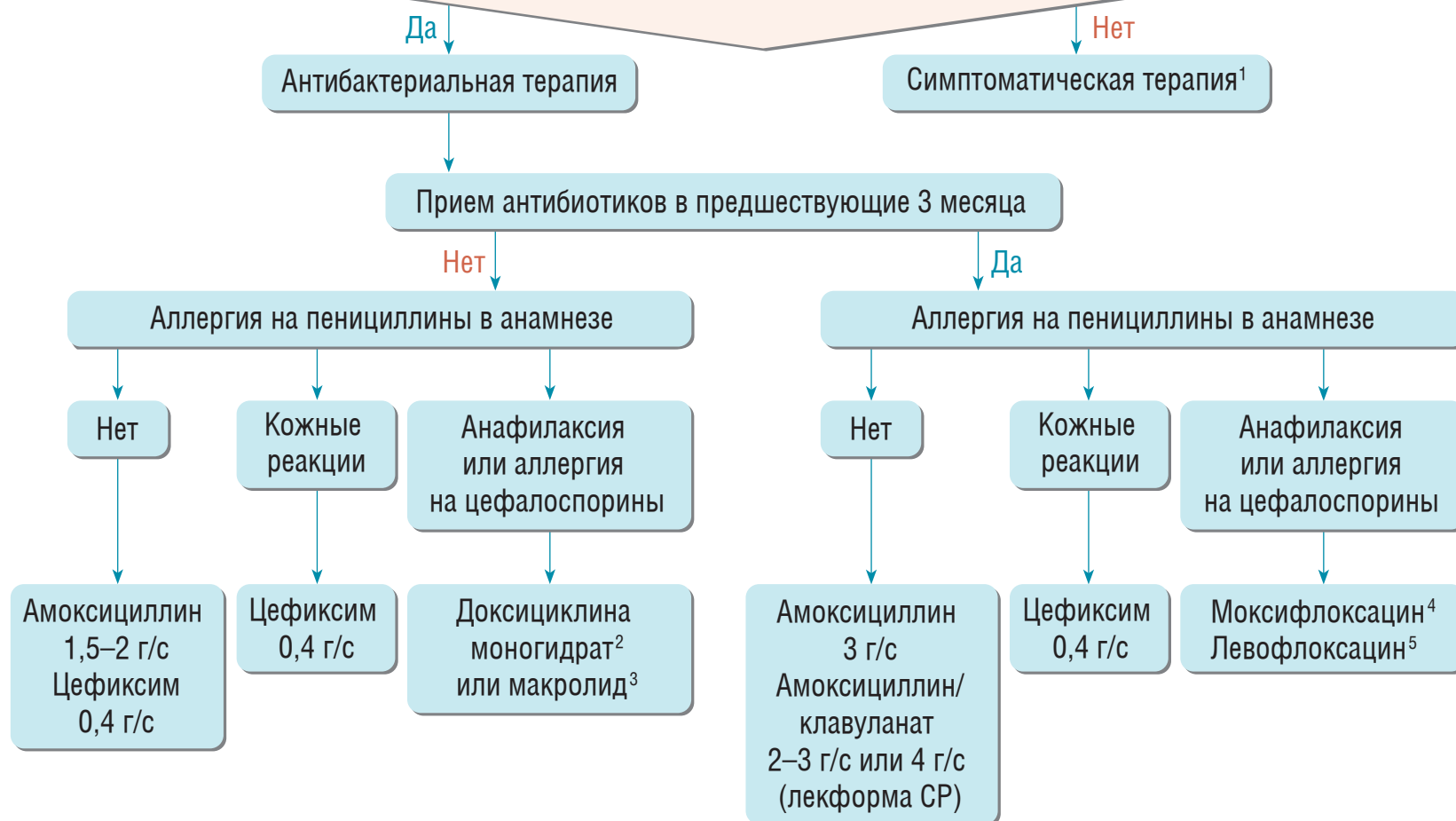
Коллектив авторов: Алексеев С.А., Багдасарян А.А., Бакулин И.Г., Брико Н.И., Вергазова Э.К., Гамбарян М.Г., Гиляревский С.Р., Гимаева З.Ф., Голованова Е.В., Гребенева Л.С., Демко И.В., Дехнич Н.Н., Дмитриева Т.В., Долгалев И.В., Ежов М.В., Каракулина Е.В., Костинов М.П., Куяева Т.А., Лавренова Е.А., Лазебник Л.Б., Лапина Е.Д., Ливзан М.А., Лялюкова Е.А., Мирончев О.В., Невзорова В. А., Непомнящих Д.Л., Онучина Е.В., Панина Е.С., Петрова М.М., Пешехонов С.Г., Позднякова О.Ю., Самсонов А.А., Сарсенбаева А.С., Сереброва С.Ю., Туркина С.В., Уметов М.А., Хабарова Ю.А., Чернышева Е.Н., Чесникова А.И., Шевяков М.А., Шепель Р.Н., Шестакова М.В., Якоб О.В., Яковлев С.В., Янковая Т.Н.

Алгоритм ВЫБОРА АНТИБИОТИКА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ БРОНХИТОМ

ОЦЕНКА ПОКАЗАНИЙ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ АНТИБИОТИКА

Наличие одного или более критериев бактериальной инфекции:

1. Возраст > 65 лет
2. Коморбидность: сахарный диабет, цирроз печени, ХПН, инфекция ВИЧ, нейтропения
3. Бронхообструкция, требующая назначения бронхолитических препаратов
4. Клиническая нестабильность: ЧД > 30/мин и/или SpO₂ < 90% и/или ЧСС > 100/мин
5. Длительность лихорадки > 5 дней



Легенда к алгоритму лечения острого бронхита

- ¹ Муколитические и отхаркивающие препараты (амброксол, N-ацетилцистеин, бромгексин); при выраженной бронхиальной обструкции – бронхолитические препараты (фенотерол + ипратропия бромид); по показаниям — НПВП.
- ² Доксициклина моногидрат — таблетки диспергируемые, внутрь по 100 мг 2 раза в сутки; не назначать лекарственные формы доксициклина в виде капсул, содержащих доксициклина гидрохлорид — риск развития эрозивно-язвенного поражения пищевода.
- ³ Предпочтительные 16-членные макролиды, так как к ним в РФ наблюдается меньший уровень устойчивости *S. pneumoniae* – джозамицин внутрь по 1 г 2 раза в сутки или спирамицин внутрь по 3 млн МЕ 2 раза в сутки.
- ⁴ Моксифлоксацин внутрь по 400 мг один раз в сутки.
- ⁵ Левофлоксацин внутрь по 500 мг один раз в сутки.

Алгоритм АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО И РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ЦИСТИТА

Острый неосложненный цистит

Внутри в течение 3–5 дней:

- **Цефиксим**
0,4 г 1 р/с
- **Фуразидин калий**
0,05 г 3 р/с
- **Нитрофурантоин**
0,1 г 3–4 р/с

Внутри однократно:

- **Фосфомицина трометамол**
3 г

Острый осложненный цистит¹

Внутри в течение 7 дней:

- **Левифлоксацин²**
0,5 г 1 р/с
- **Цефиксим**
0,4 г 1 р/с
- **Фуразидин калий**
0,05 г 3 р/с
- **Нитрофурантоин**
0,1 г 3–4 р/с

При неэффективности:

- **Амоксициллин/клавуланат**
625 мг 3 р/с

Острый цистит у беременных

Внутри в течение 7 дней:

- **Цефиксим**
0,4 г 1 р/с;
- **Амоксициллин/клавуланат**
625 мг 3 р/с — только при известной чувствительности возбудителя;

При аллергии к бета-лактамам:

- **Нитрофурантоин**
0,1 г 4 р/с

Рецидивирующий цистит

Рекомендовано бакисседование мочи — выделение возбудителя. Назначение антибиотика в зависимости от чувствительности — курс 7–10 дней.

Эмпирически:

- **Нитрофурантоин**
0,1 г 4 р/с
- или
- **Цефиксим**
0,4 г 1 р/с

После завершения АБТ провести иммунопрофилактику рецидивов:

- **Уро-Ваксом**
вн. 1 капс. 1 р/с
в течение 3 месяцев

¹ Цистит в сочетании с аномалиями и/или обструкцией мочевыводящих путей, мочекаменной болезнью, сахарным диабетом.

² Не применять в регионах с высоким уровнем устойчивости *E.coli* (> 20%) к фторхинолонам.

Алгоритм ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО И РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ТОНЗИЛЛИТА И ФАРИНГИТА

ОЦЕНКА ПОКАЗАНИЙ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ АНТИБИОТИКА



Легенда к алгоритму лечения острого и рецидивирующего тонзиллита/фарингита

¹ БГСА – бета-гемолитический стрептококк группы А или *Streptococcus pyogenes*.

² Шкала McIsaac для оценки риска БГСА инфекции:

Показатели	Баллы
Температура > 38°C	1
Отсутствие кашля	1
Увеличение и болезненность п/ч лимфоузлов	1
Отечность миндалин и наличие экссудата	1
Возраст: < 15 лет	1
15–45 лет	0
> 45 лет	-1

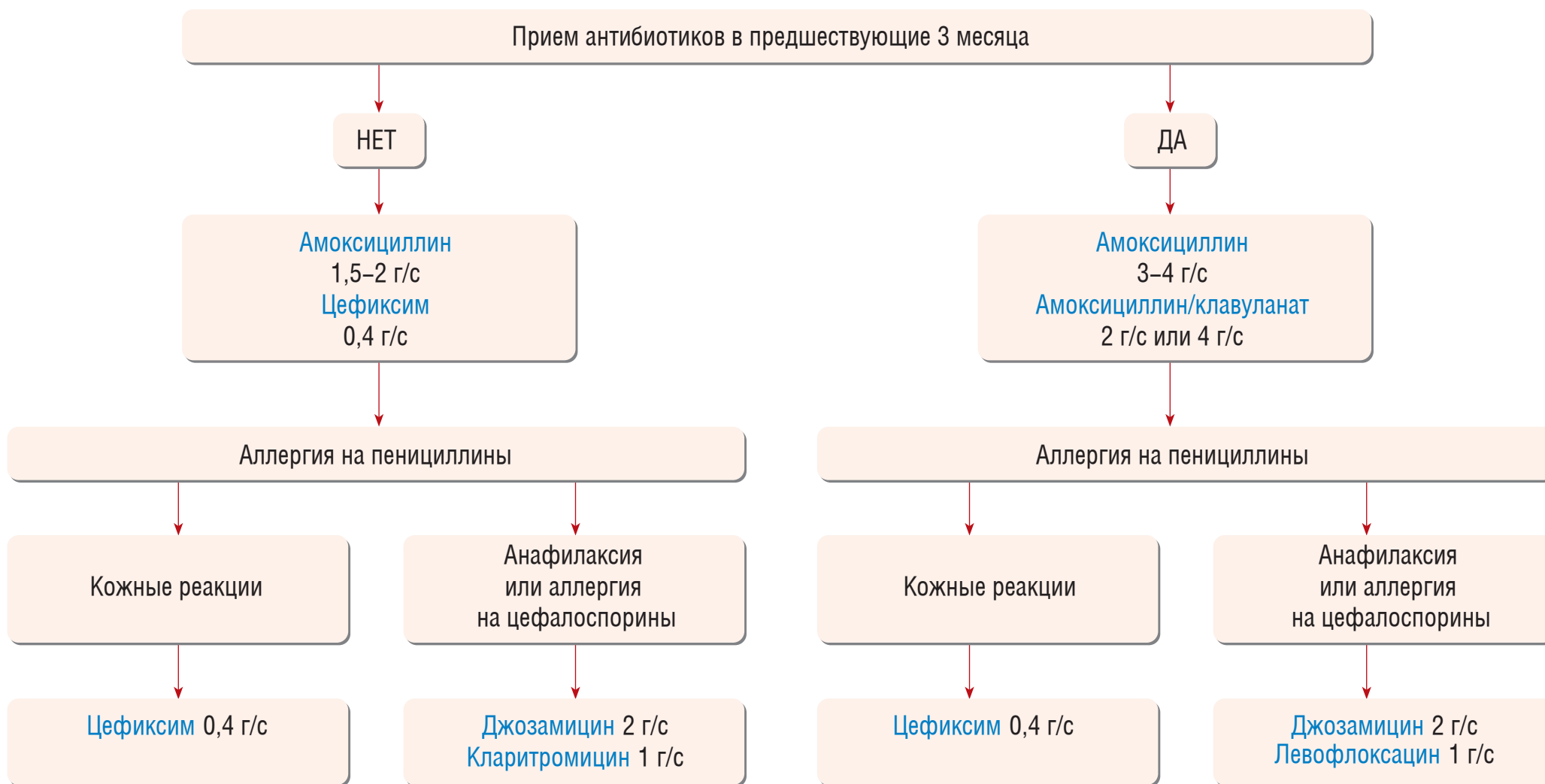
³ Местные антисептические средства, содержащие амбазон, гексэтидин, бензалкония хлорид, бензидамина гидрохлорид, в том числе в сочетании с местными анестетиками; по показаниям — НПВП.

⁴ Длительность антибактериальной терапии острого стрептококкового тонзиллита/фарингита 10 дней, рецидивирующего — 10–14 дней.

⁵ Предпочтительные 16-членные макролиды (джозамицин), так как к ним в РФ наблюдается меньший уровень устойчивости БГСА (*S.pyogenes*).

Алгоритм АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО РИНОСИНУСИТА





Алгоритм ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ ГРУПП РИСКА

	Хронические заболевания легких	Хронические заболевания сердца	Сахарный диабет	Хронические заболевания печени	Хронические заболевания почек	ВИЧ-инфицированные и больные СПИД	Иммуносупрессивная терапии (ревм., онко., транспл. и др.)
Грипп (ГР) (ежегодно перед началом сезона)	+	+	+	+	+	+	+
Пневмококковая инфекция (ПИ) (круглогодично)	+*	+*	+*	+*	+**	+**	+**
Оптимальный период вакцинации	1	2	3	4	5	6	7
Схемы вакцинации	<p>* Не привитым ранее против ПИ вводится конъюгированная пневмококковая вакцина (ПКВ13), через год — полисахаридная пневмококковая вакцина (ППВ23); получавшие ранее вакцинацию против ПИ с использованием ППВ23 в последующем не ранее, чем через один год вводится однократно ПКВ13, затем через 5 лет повторное введение ППВ23.</p> <p>** Не привитым ранее против ПИ первой вводится конъюгированная пневмококковая вакцина (ПКВ13), через год (мин. интервал 8 недель) – полисахаридная пневмококковая вакцина (ППВ23), затем через 5 лет повторное введение ППВ23; получавшие ранее вакцинацию против ПИ с использованием ППВ23 в последующем не ранее, чем через один год вводится однократно ПКВ13, затем через 5 лет повторное введение ППВ23. Возможна одномоментная вакцинация против ПИ и гриппа.</p>						
Противопоказания	См. инструкции к препаратам						

1. Проводят в период ремиссии основного заболевания (через 2–4 недели) на фоне базисной терапии.
2. Проводят в период ремиссии основного заболевания (через 2–4 недели) на фоне базисной терапии при достижении стабильных клинических симптомов и целевых показателей гемодинамики; исключения: осложненный инфаркт миокарда или его рецидив (через 28 дней), с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) (через 7 дней после окончания титрации диуретиков при стабильном весе пациента), при дилатационной кардиомиопатии (после контроля гемодинамики в течение 4 недель и при стабильном состоянии без синдрома гемодинамической декомпенсации).
3. Проводят в состоянии компенсации или субкомпенсации (при отсутствии жалоб на жажду, полиурию, снижение аппетита, при уровне сахара натощак не более 10–12 ммоль/л, суточной глюкозурии не более 10–20 мг, отсутствии кетоновых тел в моче, глубоко в/м в места, свободные от липодистрофий). После кетоацидоза вакцинация проводится спустя 2–4 недели. При вакцинации коррекции дозы сахароснижающих препаратов или препаратов инсулина не требуется.
4. Проводят в период ремиссии основного заболевания (через 2–4 недели) на фоне базисной терапии.
5. Проводят в периоде клинико–лабораторной ремиссии (через 1 месяц) с расчетной скоростью клубочковой фильтрации 30–59 мл/мин/1,73 м² (категории СКФ С3) и пациентам с расчетной скоростью клубочковой фильтрации <30 мл/мин/1,73 м² (категории СКФ С4–С5) (1В). При планировании назначения иммуносупрессивных препаратов, вакцинация должна быть проведена в сроки ≥ 2 недель до начала иммуносупрессивной терапии (лучше за 4–6 недель) или через 3–6 мес. после окончания лучевой или химиотерапии. Пациенты, получающие заместительную терапию гемодиализом или перитонеальным диализом, прививаются в день, свободный от этих процедур.
6. Проводят в период ремиссии хронических заболеваний (через 2–4 недели) с CD4 T–лимфоцитов ≥ 200 клеток/мм³.
7. Проводится до планируемой иммуносупрессивной (химиотерапии) не менее, чем за 2 недели до начала, либо не ранее, чем через 3 мес. после химиотерапии.