

ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России
РЕКОМЕНДУЕТ



ТАКТИКА ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА УЧАСТКОВОГО

ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО

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



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	4
Участники издания	5
Список сокращений и условных обозначений	7
Клинические рекомендации и доказательная медицина	9
Глава 1. Тактика врача-терапевта участкового при оказании медицинской помощи по поводу заболевания	11
1.1. Анемия железодефицитная	11
1.2. Анемия хронических заболеваний	11
1.3. Артериальная гипертензия	12
1.4. Внебольничная пневмония	24
1.5. Бронхиальная астма	31
1.6. Грипп	49
1.7. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	58
1.8. Дислипидемия	64
1.9. Инфекция мочевыводящих путей: пиелонефрит, цистит, бессимптомная бактериурия	71
1.10. Ишемическая болезнь сердца	79
1.11. Остеоартроз	87
1.12. Остеопороз	94
1.13. Острый тонзиллофарингит	94
1.14. Ревматоидный артрит	102
1.15. Сахарный диабет	110
1.16. Синдром раздраженного кишечника	122
1.17. Функциональная диспепсия	130
1.18. Хроническая болезнь почек	137
1.19. Хроническая обструктивная болезнь легких	144
1.20. Хроническая сердечная недостаточность	157
1.21. Язвенная болезнь	166
Глава 2. Тактика врача-терапевта участкового при оказании медицинской помощи при неотложных состояниях	174
2.1. Неотложная помощь при анафилактическом шоке	174
2.2. Неотложная помощь при ангионевротическом отеке	176
2.3. Неотложная помощь при приступе бронхиальной астмы	178
2.4. Неотложная помощь при гипертоническом кризе	180
2.5. Неотложная помощь при желудочно-кишечном кровотечении	184
2.6. Неотложная помощь при кардиогенном шоке	185
2.7. Неотложная помощь при отеке легких	189
2.8. Неотложная помощь при остром коронарном синдроме	190
Глава 3. Тактика врача-терапевта участкового для раннего выявления онкологической патологии	201
Приложение. Вакцинопрофилактика респираторных инфекций групп риска	204
Список литературы	206

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

1.1. АНЕМИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ



1.2. АНЕМИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ



1.3. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

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

Диагноз АГ следует основывать:

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

КОДЫ ПО МКБ-10, КЛАССИФИКАЦИЯ



ПРИМЕРЫ ДИАГНОЗОВ

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

ФОРМУЛИРОВКА ДИАГНОЗА

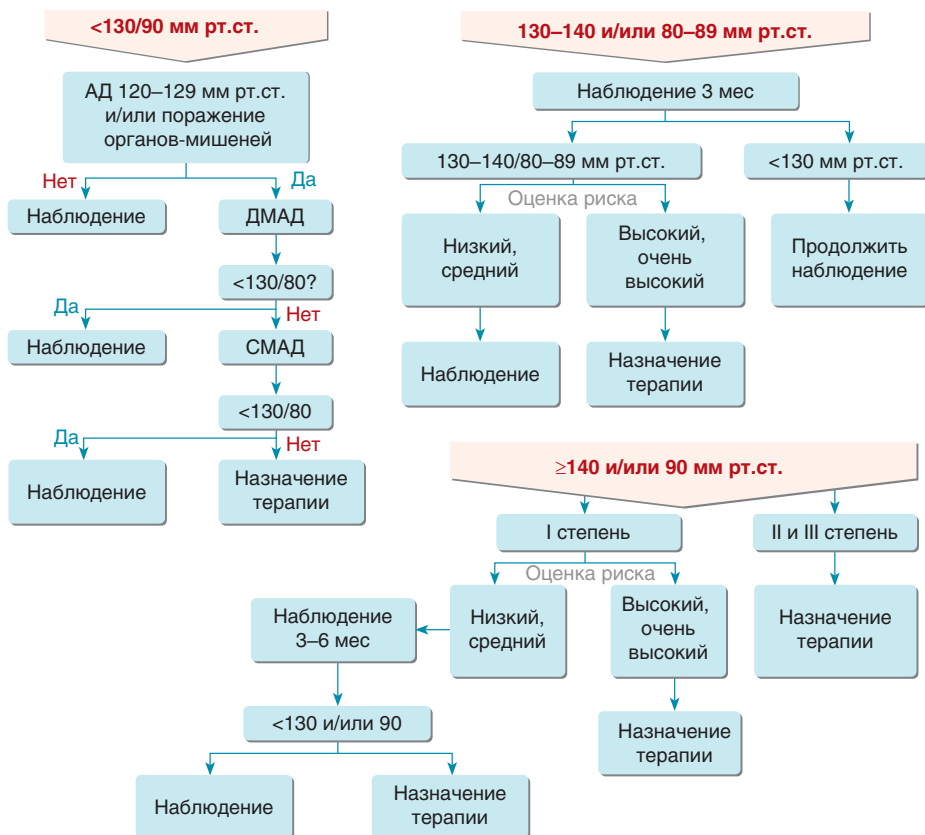


ДИАГНОСТИКА

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

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

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



Определение стадии гипертонической болезни, сердечно-сосудистого риска

Факторы риска	Бессимптомное ПОМ	Имеющиеся ССЗ
<ul style="list-style-type: none"> • Мужской пол ≥ 55 лет у мужчин, ≥ 65 лет у женщин • Курение • Дислипидемия • Глюкоза 5,6–6,9 ммоль/л, НТГ • Ожирение: ИМТ ≥ 30 кг/м² (в том числе абдоминальное: >94 у мужчин, >80 у женщин) • Семейный анамнез ранних ССЗ (<55 лет у мужчин, <65 лет у женщин) 	<ul style="list-style-type: none"> • Пульсовое давление ≥ 60 мм рт.ст. (пожилой и старческий возраст) • ГЛЖ (индекс Соколова–Лайона >35 мм, ИММЛЖ >115 г/м² у мужчин и >95 г/м² у женщин) • КИМ $>0,9$ мм или бляшка • СРПВ >10 м/с • ЛПИ $<0,9$ • СКФ 30–60 мл/мин/м² • Микроальбуминурия 	<ul style="list-style-type: none"> • ЦВБ (ИИ, кровоизлияния в мозг, ТИА) • ИБС: ИМ, стенокардия, реваскуляризация • Сердечная недостаточность • Клинически манифестное поражение периферических артерий • СКФ <30 мл/мин/м², протеинурия >300 мг/сут • Тяжелая ретинопатия


Исключение симптоматической АГ:


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

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

Критерии диагностики	Комментарии
Клиническое обследование и оценка поражения органов, опосредованного гипертонией, у больных АГ	
1. Клиническое обследование	
<p>1.1. Цель.</p> <p>1.1.1. Установление диагноза и степени АГ.</p> <p>1.1.2. Скрининг для исключения возможных причин развития вторичной АГ.</p> <p>1.1.3. Выявление факторов, способствующих развитию АГ (ОЖ — окружность живота, лекарственные препараты, наследственность).</p> <p>1.1.4. Определение наличия сопутствующих факторов сердечно-сосудистого риска (в том числе ОЖ и семейный анамнез).</p> <p>1.1.5. Выявление сопутствующих заболеваний.</p> <p>1.1.6. Определение наличия поражений органов, обусловленных АГ, ССЗ, цереброваскулярными или почечными заболеваниями</p>	<p>Измерение АД</p> <p>Рекомендуется проводить скрининговое обследование для выявления АГ. Всем взрослым (лицам старше 18 лет) следует измерять офисное АД и регистрировать его в медицинской карте, а также знать свои показатели АД (IB).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Показаны дальнейшие измерения АД, не реже чем каждые 5 лет, если АД остается оптимальным (IC). • Показаны дальнейшие измерения АД, не реже чем каждые 3 года, если АД остается нормальным (IC). • Если показатели АД соответствуют высоко-нормальным значениям, рекомендуется контролировать АД как минимум ежегодно (IC). • У пациентов старшего возраста (>50 лет) рекомендуется проводить скрининговое обследование более часто для каждой категории давления, поскольку систолическое АД постепенно увеличивается с возрастом (IIaC). • Рекомендуется измерять офисное АД на обеих руках хотя бы при первом посещении врача, поскольку разница показателей систолического АД >15 мм рт.ст. предполагает наличие атеросклеротического поражения сосудов и ассоциируется с повышенным сердечно-сосудистым риском (IA). • При наличии разницы АД на руках рекомендуется в дальнейшем определять АД на руке с более высокими значениями (IC). • Рекомендуется устанавливать диагноз АГ на основании: <ul style="list-style-type: none"> — повторных измерений офисного АД во время нескольких визитов к врачу, за исключением ситуаций, когда выявляется тяжелая АГ (например, АГ 3-й степени, особенно у лиц высокой категории риска). Во время каждого визита следует выполнить три измерения АД с интервалами 1–2 мин, дополнительные измерения следует проводить, если первые два измерения отличаются на >10 мм рт.ст. За уровень АД пациента следует принимать среднее значение из двух последних измерений (IC) <p>или</p> <ul style="list-style-type: none"> — определения внеофисных значений АД по результатам суточного и/или домашнего мониторинга АД, в том случае, если использование этих методов оправдано экономически и удобно для выполнения (IC).

Критерии диагностики	Комментарии
	<ul style="list-style-type: none"> • Определение внеофисного АД (суточное или домашнее мониторирование АД) особенно рекомендуется в ряде клинических ситуаций, например, для выявления гипертензии «белого халата» и маскированной гипертензии, оценки результатов проводимого лечения, а также выявления возможных причин нежелательных явлений (например, симптомной гипотензии) (IA). • Рекомендуется оценивать пульс в покое всем пациентам с АГ для оценки сердечного ритма и выявления аритмий (IC)
2. Анамнез	
<p>Необходимо собрать полный медицинский анамнез, при этом следует обратить особое внимание на следующие факторы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • время установления диагноза АГ, включая данные о любых предшествующих обследованиях, госпитализациях и т.п.; • все имеющиеся записи об уровнях АД в настоящем и прошлом; • все сведения о приеме АГП; • сведения о приеме любых других лекарственных препаратов; • семейный анамнез, касающийся АГ, сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), инсультов или заболеваний почек; • оценка ОЖ, включая степень физических нагрузок, динамику массы тела, диетические привычки, статус курения, употребление алкоголя, наркотических препаратов, состояние сна, а также влияние любых методов терапии на сексуальную функцию; • указание в анамнезе на наличие любых факторов сердечно-сосудистого риска; • описание и признаки всех сопутствующих заболеваний, имевших место в прошлом и наблюдающихся в настоящем; • специфические признаки, свидетельствующие о возможном вторичном генезе АГ. <p>История течения беременностей и приема пероральных контрацептивов. История течения менопаузы и приема гормональной заместительной терапии. Употребление препаратов, обладающих прессорным действием</p>	<p>Факторы риска</p> <ul style="list-style-type: none"> • Семейный и индивидуальный анамнез АГ, ССЗ, инсультов и заболеваний почек. • Семейный и индивидуальный анамнез ассоциированных факторов риска (например, семейной гиперхолестеринемии). • Анамнез курения. • Диетические привычки и употребление поваренной соли. • Употребление алкоголя. • Недостаток физической нагрузки/малоподвижный образ жизни. • Указание в анамнезе на эректильную дисфункцию • Состояние сна, наличие храпа, эпизодов ночного апноэ (информация от членов семьи). • Наличие АГ во время беременности/преэклампсия. • Наличие в анамнезе или признаки поражений органов, обусловленных АГ, ССЗ, инсульта и заболеваний почек. • Головной мозг и органы зрения: головные боли, вертиго, синкопе, нарушения зрения, транзиторные ишемические атаки (ТИА), нарушения моторных или сенсорных функций, инсульт, реваскуляризация сонных артерий, когнитивные нарушения, деменция (у пожилых). • Сердце: боль в грудной клетке, одышка, отеки, инфаркт миокарда, реваскуляризация коронарных артерий, синкопе, сердечбиения, аритмии (особенно фибрилляция предсердий), сердечная недостаточность (СН). • Почки: жажда, полиурия, никтурия, гематурия, инфекции мочевыводящего тракта. • Периферические артерии: похолодание конечностей, перемежающаяся хромота, дистанция при ходьбе, боли в покое, реваскуляризация периферических артерий.

Критерии диагностики	Комментарии
	<ul style="list-style-type: none"> • Индивидуальный или семейный анамнез ХБП (например, поликистоз почек). <p>Признаки возможной вторичной АГ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Развитие АГ 2-й или 3-й степени в молодом возрасте (<40 лет), или внезапное развитие АГ, или быстрое ухудшение течения АГ у пожилых. • Указания в анамнезе на заболевания почек/мочевыводящего тракта. • Употребление наркотических препаратов/субстанций/сопутствующая терапия: глюкокортикоидами, назальными вазоконстрикторами, химиотерапия. • Повторяющиеся эпизоды потливости, головных болей, тревоги или сердцебиений, дающие возможность заподозрить феохромоцитому. • Указание в анамнезе на эпизоды спонтанной или спровоцированной диуретиками гипокалиемии, приступы мышечной слабости или судорог (гиперальдостеронизм). • Признаки заболеваний щитовидной или паращитовидных желез. • Беременность или употребление оральных контрацептивов в настоящее время. • Указания в анамнезе на синдром ночного апноэ. <p>Антигипертензивная терапия</p> <ul style="list-style-type: none"> • Текущая/прошлая антигипертензивная терапия, включая эффективность и переносимость препаратов. • Приверженность терапии
3. Физикальное обследование и клиническое исследование	
<p>Физикальное обследование предоставляет важную информацию о наличии возможных признаков вторичной АГ, сопутствующих заболеваний и поражении органов-мишеней, обусловленном АГ.</p> <p>Офисное АД и пульс следует оценивать, как описано ниже.</p> <p>Измерение АД в кабинете врача</p> 	<p>Основные требования к физикальному обследованию</p> <p><i>Внешний вид</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Определение массы тела и роста с помощью калиброванных приборов, с определением индекса массы тела (ИМТ). • Окружность талии. <p><i>Признаки поражения органов, обусловленного АГ</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Неврологическое обследование и оценка когнитивного статуса. • Фундоскопия для выявления гипертонической ретинопатии. • Пальпация и аускультация сердца и сонных артерий. • Пальпация периферических артерий. • Определение АД на обеих руках (как минимум однократно)

Критерии диагностики	Комментарии
	<p><i>Вторичные гипертензии</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Осмотр кожных покровов: признаки нейрофиброматоза (феохромоцитомы). • Пальпация почек для исключения их увеличения при поликистозе. • Аускультация сердца и почечных артерий для выявления шумов, являющихся признаком коарктации аорты или реноваскулярной гипертензии. • Сравнение пульсации на радиальных и бедренных артериях для выявления задержки пульсовой волны при коарктации аорты. • Признаки синдрома Кушинга или акромегалии. • Признаки заболеваний щитовидной железы
4. Рекомендованы рутинные методы обследования при АГ	
	<p>Рутинное обследование пациентов с АГ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Рутинные лабораторные тесты. • Гемоглобин и/или гематокрит. • Уровень глюкозы натощак и гликированного гемоглобина (HbA1c). • Уровень липидов крови: общий холестерин, липопротеины низкой плотности (ЛПНП), липопротеины высокой плотности (ЛПВП). • Триглицериды крови. • Уровень калия и натрия крови. • Уровень мочевой кислоты крови. • Уровень креатинина крови и СКФ. • Показатели функции печени. • Анализ мочи: микроскопия осадка, белок или отношение альбумин:креатинин (оптимально). • ЭКГ в 12 отведениях
<p>5. Дополнительные инструментальные исследования, направленные на оценку поражения органов, опосредованного АГ</p> 	

ЦЕЛЕВЫЕ ЗНАЧЕНИЯ ОФИСНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ





ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

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

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



ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ



ТЕРАПИЯ И РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОБРАЗУ ЖИЗНИ В ПЕРИОД ЗАБОЛЕВАНИЯ

МОДИФИКАЦИЯ ОБРАЗА ЖИЗНИ



ФАРМАКОТЕРАПИЯ

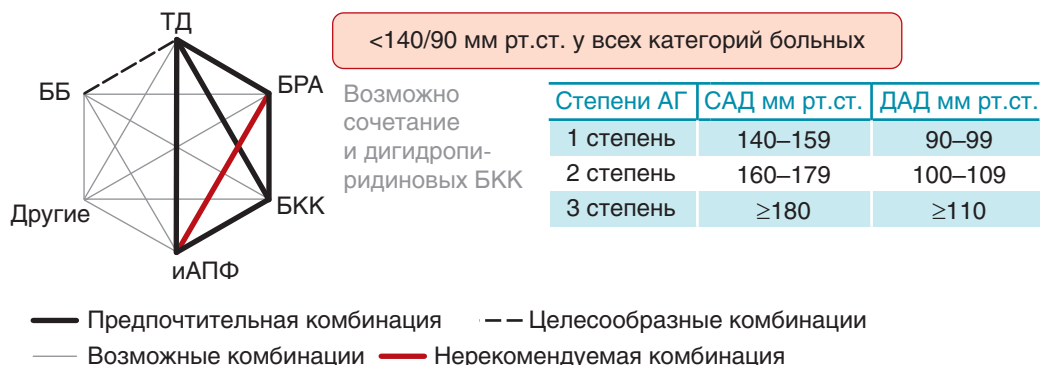
Для медикаментозного лечения применяются пять основных классов препаратов: ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ), блокаторы рецепторов ангиотензина, блокаторы кальциевых каналов, тиазидные и тиазидо-подобные диуретики и β -адреноблокаторы. Для терапии АГ рекомендуются пероральные пролонгированные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

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

РАЦИОНАЛЬНЫЕ И НЕРАЦИОНАЛЬНЫЕ КОМБИНАЦИИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Краткие алгоритмы ведения пациентов на этапе оказания первичной
медико-санитарной помощи (пособие для врачей-терапевтов)

(Письмо Минздрава России № 17-9/9414 от 18.01.2019 г.)



Выбор препарата в зависимости от клинической ситуации

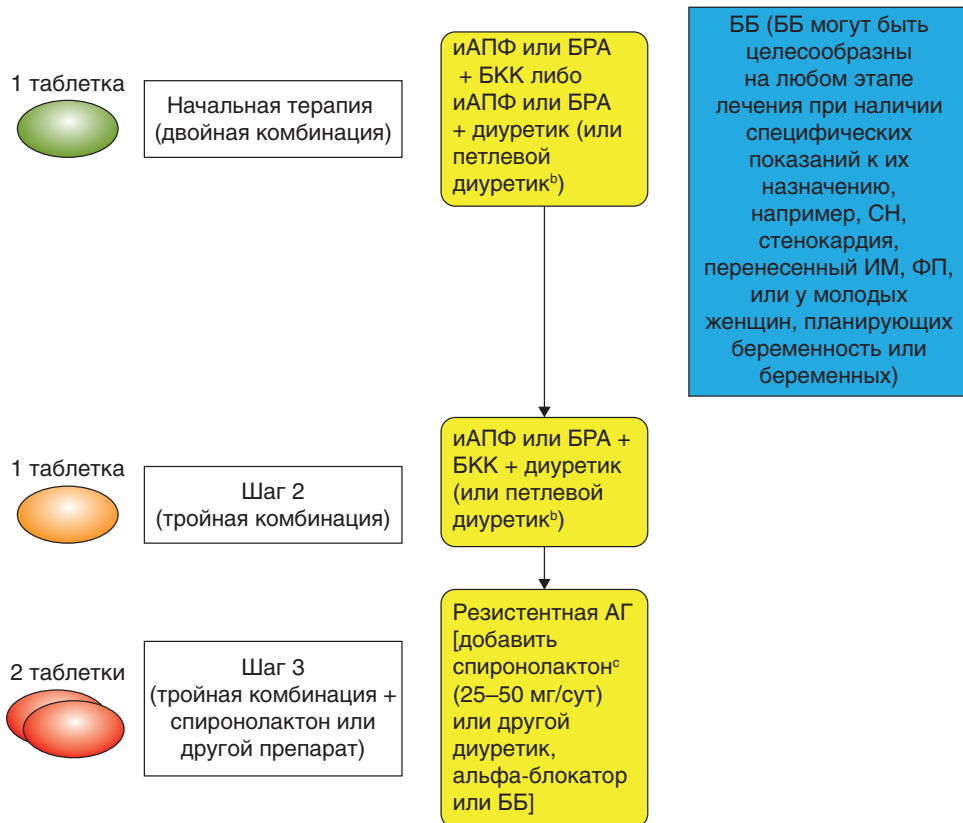
Клиническая ситуация	Препарат
ГЛЖ	иАПФ/БРА, БКК
Бессимптомный атеросклероз	БКК, иАПФ
МАУ, протеинурия, нарушение функции почек	иАПФ/БРА
Инсульт в анамнезе	Любой препарат эффективно контролирующий АД
ИМ в анамнезе	ББ, иАПФ/БРА
Стенокардия	ББ, БКК
Сердечная недостаточность	Диуретик, ББ, иАПФ/БРА, АМКР
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 трудноконтролируемым АД.
3. Консультация невролога, офтальмолога 1 раз в год при соответствующих симптомах.
4. Оценка эффективности подобранной схемы лечения — через 3–4 нед

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

**СТРАТЕГИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ СОЧЕТАНИИ
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК**



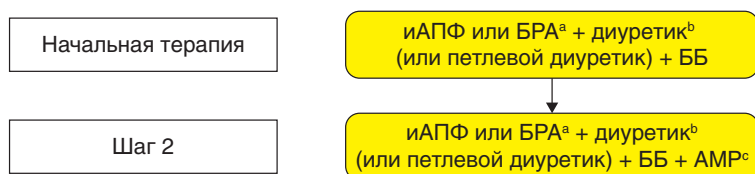
У больных с ХБП^a, получающих антигипертензивную терапию, особенно при назначении иАПФ или блокаторов рецепторов ангиотензина, можно ожидать снижения СКФ и повышения уровня креатинина, однако повышение уровня креатинина на >30% требует немедленного обследования пациента для исключения реноваскулярного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

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

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

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

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



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

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

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

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

СТРАТЕГИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ СОЧЕТАНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ



Добавить антикоагулянт согласно рекомендациям шкалы CHA2DS2-Vasc.

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

Возможные противопоказания к назначению отдельных групп антигипертензивных препаратов



КРИТЕРИИ УЛУЧШЕНИЯ

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

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