Федеральное государственное бюджетное учреждение
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Методология использования клинических рекомендаций врачом терапевтом

ДРАПКИНА ОКСАНА МИХАЙЛОВНА
Директор ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава России, академик РАН

Клинические рекомендации. Определение

- Клинические рекомендации – **рекомендательные** документы, содержащие актуальную структурированную информацию, основанную на научных доказательствах, об основных методах диагностики, лечения, реабилитации и профилактики заболеваний, в т.ч. протоколов ведения, вариантов медицинского вмешательства с учетом течения заболевания, наличия осложнений и других факторов, влияющих на результаты оказания медицинской помощи

- КР разрабатываются профессиональными некоммерческими организациями. **В обсуждении проекта КР может принять участие любой специалист.** Проекты КР размещаются на открытых ресурсах профессиональных некоммерческих организаций, ответственных за разработку того или иного проекта.

- Финальные проекты КР, прошедшие в ФГБУ «ЦЭККМП» Минздрава России оценку на соответствие требованиям приказа Минздрава России от 28 февраля 2019 г. № 103н направляются в Научно-практический совет Минздрава России (НПС), где должны быть рассмотрены и одобрены. После одобрения НПС проект КР может быть утвержден разработчиками.

- **Утвержденные КР** размещаются в рубрикаторе КР Минздрава России- https://cr.minzdrav.gov.ru/

Рубрикатор
клинических рекомендаций

Статус клинических рекомендаций

- КР **не выступают** предметом федерального государственного контроля (надзора) и не влекут административной и уголовной ответственности.
- Медицинская помощь оказывается *на основе* КР ***в соответствии с НПА*****.** Только НПА (положения об организации МП по видам МП, порядки оказания МП) являются обязательными для исполнения на территории РФ всеми медицинскими организациями и выступают предметом государственного контроля.
- На основе клинических рекомендаций **и НПА (порядков оказания МП)** формируются Критерии оценки качества МП (КК), которые утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти (приказ МЗ РФ от 10.05.2017 №203н). **Именно на основании утвержденных КК осуществляется экспертиза качества МП**
- На основе клинических рекомендаций разрабатываются стандарты медицинской помощи. **Стандарты являются основой экономических расчетов** и не применяются для экспертизы качества медицинской помощи
- На основе клинических рекомендаций создаются алгоритмы действий врача при определенных нозологиях и состояниях, СОПы, методические рекомендации и др.
- Клинические рекомендации учитываются при формировании перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения

Структура клинических рекомендаций

КР должны быть составлены в соответствии с требованиями, установленными приказом Минздрава России от 28.02.19 №103н «Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации» и включать в себя четкие и структурированные разъяснения всех проблемных аспектов в соответствующих разделах:

- Краткая информация по нозологии/состоянию (определение, этиология и патогенез, эпидемиология заболевания, особенности кодирования по Международной статистической классификаций болезней и проблем, связанных со здоровьем; классификация; клиническая картина).
- Диагностика и медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики (жалобы и анамнез, данные физикального обследования, лабораторно-диагностические критерии, дополнительные диагностические исследования).
- Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения
- Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации
- Профилактика, аспекты диспансеризации и диспансерного наблюдения, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.
- Организация медицинской помощи
- Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания)
- Критерии оценки качества медицинской помощи
- Список литературы
- Приложения

Нормативное регулирование деятельности врача – терапевта участкового

Федеральные законы и постановления Правительства РФ

Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Постановление Правительства РФ от 28.12.2023 № 2353 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов»

Ключевые Положения и Порядки, утвержденные приказами Минздрава России

- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. N 543н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению"
- Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 923н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «терапия»
- Приказ Минздрава России от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»
- Приказ Минздрава России от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»

Клинические рекомендации

Около 300 клинических рекомендаций

Стандарты

Приказ Минтруда России от 21.03.2017 № 293н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)»

Стандарты медицинской помощи

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПИСЬМО

от 21 января 2025 г. N 17-1/3003770-2772

Департамент организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее - Департамент) рассмотрел обращение и сообщает следующее.

Статус клинических рекомендаций был определен в 2018 году посредством принятия Федерального закона от 25.12.2018 N 489-ФЗ "О внесении изменений в статью 40 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" и Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" по вопросам клинических рекомендаций" и остается неизменным по настоящее время.

Клинические рекомендации являются документами, содержащими основанную на научных доказательствах структурированную информацию по вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, в том числе протоколы ведения пациента, варианты медицинского вмешательства и описание последовательности действий медицинского работника с учетом течения заболевания, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний, иных факторов, влияющих на результаты оказания медицинской помощи.

Клинические рекомендации не являются нормативными актами, а являются рекомендательными документами и отражают взгляды специалистов, основаны на тщательном анализе научных данных, доступных во время их подготовки, имеют практическую направленность и выступают ориентиром для врача при оказании медицинской помощи в конкретных ситуациях.

Вместе с тем, согласно части 1.1. статьи 37 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" переход медицинских организаций к оказанию медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, разработанных и утвержденных в соответствии с частями 3, 4, 6 - 9 и 11 указанной статьи, осуществляется поэтапно в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, но не позднее 01.01.2025.

Правила поэтапного перехода утверждены постановлением Правительства Российской Федерации от 17.11.2021 N 1968 и в том числе предполагают, что:

- клинические рекомендации, размещенные на официальном сайте до 01.01.2024, применяются с 01.01.2024;

клинические рекомендации, размещенные на официальном сайте после 01.01.2024, применяются с 01.01.2025.

Клинические рекомендации, опубликованные после 01.01.2025, применяются с даты размещения в рубрикаторе на сайте Минздрава.

На текущий день на официальном сайте Минздрава России - Рубрикаторе клинических рекомендаций размещено 516 клинических рекомендаций, из которых применяется 422.

При этом важно отметить, что поэтапность перехода к оказанию медицинской помощи на основе клинических рекомендаций означает исключительно введение временного периода, необходимого для ознакомления и адаптации медицинских организаций и медицинских работников, и не меняет статус и правовые последствия применения или неприменения клинических рекомендаций.

Заместитель директора Департамента
В.А.ГУЛЬШИНА

Порядок применения клинических рекомендаций

Методические рекомендации в практике врача – терапевта участкового

Профилактические медицинские осмотры и диспансеризация

Вакцинопрофилактика

Частные вопросы

МР по диспансерному наблюдению

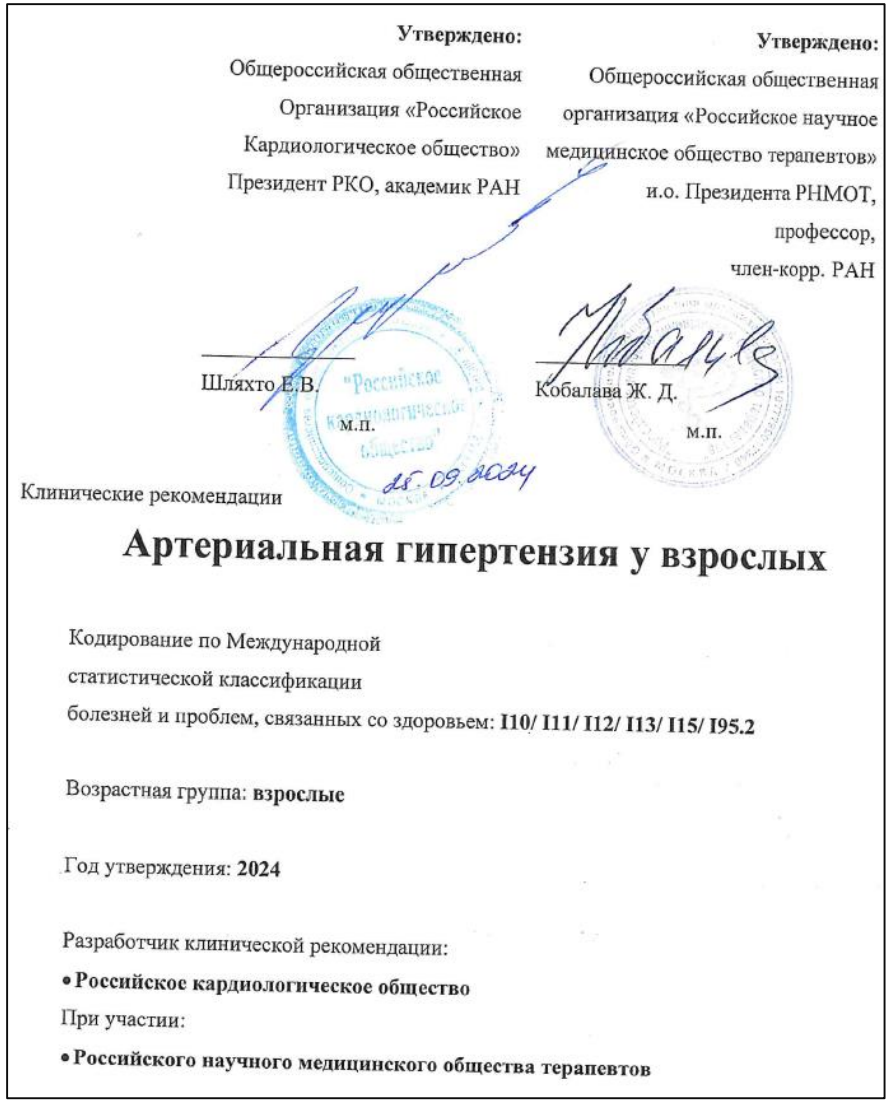
Алгоритмы и схемы

Нозологическая структура лиц, состоящих на диспансерном наблюдении у врача-терапевта участкового

45 468 930 состоящих на диспансерном наблюдении у врача-терапевта участкового

*по данным ФФОМС 01.01.2024

Пример ведения пациентки с артериальной гипертензией в соответствии с клиническими рекомендациями



Утверждено:
Общероссийская общественная
Организация «Российское
Кардиологическое общество»
Президент РКО, академик РАН

Шляхто Е.В.
м.п.

Утверждено:
Общероссийская общественная
организация «Российское научное
медицинское общество терапевтов»
и.о. Президента РНМОТ,
профессор,
член-корр. РАН

Кобалава Ж. Д.
м.п.

Клинические рекомендации

Артериальная гипертензия у взрослых

Кодирование по Международной
статистической классификации
болезней и проблем, связанных со здоровьем: **I10/ I11/ I12/ I13/ I15/ I95.2**

Возрастная группа: **взрослые**

Год утверждения: **2024**

Разработчик клинической рекомендации:
- **Российское кардиологическое общество**

При участии:
- **Российского научного медицинского общества терапевтов**

Больная К., 48 лет

Во время диспансеризации
впервые выявлено
АД 165/100 мм рт.ст.

Жалоб не предъявляет

Наличие каких-либо заболеваний отрицает

Диагностика

2.1. Критерии установления диагноза:

Диагностика АГ включает следующие этапы:

- выяснение жалоб и сбор анамнеза;
- повторные измерения АД;
- объективное обследование;
- лабораторно-инструментальные методы исследования: рутинные на первом этапе и сложные — на втором этапе обследования (по показаниям);
- исключение вторичных (симптоматических) АГ при необходимости
- оценка общего ССР.

Шаг 1. Сбор анамнеза

Таблица П3/А3. Основная информация, которая должна быть получена при сборе анамнеза

Факторы риска
Семейный и индивидуальный анамнез АГ, ССЗ, инсультов и заболеваний почек
Семейный и индивидуальный анамнез ассоциированных факторов риска (например, семейной гиперхолестеринемии)
Анамнез курения
Диетические привычки и употребление поваренной соли
Употребление алкоголя
Режим физической активности
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 ПОМ, ССЗ, инсульта, ТИА, СД и заболеваний почек
Головной мозг и органы зрения: головные боли, вертиго, синкопе, нарушения зрения, 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, сердцебиения, аритмии (особенно ФП), сердечная недостаточность
Почки: жажда, полиурия, никтурия, гематурия, инфекции мочевыводящих путей
Периферические артерии: похолодание конечностей, перемежающаяся хромота, дистанция ходьбы, боли в покое, реваскуляризация периферических артерий
Индивидуальный или семейный анамнез ХБП (например, поликистоз почек)
Признаки возможной вторичной АГ
Развитие АГ 2-й или 3-й степени в молодом возрасте (<40 лет), или внезапное развитие АГ, или быстрое ухудшение течения АГ у пожилых
Указания в анамнезе на заболевания почек/мочевыводящих путей
Употребление наркотических препаратов/субстанций/сопутствующая терапия: ГКС, деконгестантов и других препаратов для местного применения, химиотерапия, лакрица (подробнее в таблице П26, Приложение А3)
Повторяющиеся эпизоды потливости, головных болей, тревоги или сердцебиений, позволяющие 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 гормональных контрацептивов системного действия в настоящее время
Указания в анамнезе на синдром ночного апноэ
Антигипертензивная терапия
Текущая/прошлая антигипертензивная терапия, включая эффективность и переносимость препаратов
Приверженность к терапии
Особое внимание следует обратить на следующие факторы: • Время установления диагноза АГ, включая данные о любых предшествующих обследованиях, госпитализациях и т.п. • Все имеющиеся записи об уровнях АД в настоящем и прошлом • Сведения о приеме любых других лекарственных препаратов, в т.ч. обладающих прессорным действием • Описание и признаки всех сопутствующих заболеваний, имевших место в прошлом и настоящем • История течения менопаузы и приема менопаузальной гормональной терапии

Больная К.

Факторов риска нет

Указаний на поражение органов-мишеней, инсульт, ТИА, сахарный диабет, заболевания почек нет

Признаков возможной вторичной АГ нет

Антигипертензивной терапии не получала

Шаг 2. Подтверждение диагноза

• Всем пациентам при измерении уровня АД в медицинском учреждении рекомендуется классифицировать его на оптимальное, нормальное, высокое нормальное АД или АГ 1-3-й степени [21].

ЕОК/ЕОАГ нет (УУР С, УУД 5)

Комментарии. *АГ диагностируется при повышении САД, измеренного в медицинском учреждении до 140 мм рт.ст. и выше и/или повышении ДАД до 90 мм рт.ст. и выше (таблица П2, Приложение А3) на двух разных визитах, за исключением тяжелой АГ (АГ 2-3-й степе-*

На каждом визите должно быть проведено не менее двух измерений АД с интервалом в 1-2 мин и еще одно дополнительное измерение при разнице между первыми двумя более 10 мм рт.ст. Уровень АД — это среднее из последних двух измерений.

Больная К.

Таблица П2/А3. Классификация АД, измеренного в медицинском учреждении, и определение степеней гипертензии

Категория	САД (мм рт.ст.)		ДАД (мм рт.ст.)
Оптимальное	<120	и	<80
Нормальное	120-129	и/или	80-84
Высокое нормальное	130-139	и/или	85-89
АГ 1-й степени	140-159	и/или	90-99
АГ 2-й степени	160-179	и/или	100-109
АГ 3-й степени	≥180	и/или	≥110

Шаг 3. Физикальное обследование

Антропометрические показатели
Определение веса и роста с помощью калиброванных приборов, расчет ИМТ
Окружность талии
Признаки ПОМ
Неврологическое обследование и оценка когнитивного статуса
Фундоскопия для выявления гипертонической ретинопатии
Пальпация и аускультация сердца, сонных и почечных артерий
Пальпация периферических артерий
Определение АД на обеих руках (как минимум однократно)
Определение лодыжечно-плечевого индекса

Больная К.

ЧСС 64 в мин, ритм правильный

АД справа 165/100 мм рт.ст.
АД слева 160/96 мм рт.ст.

Рост 173 см
Масса тела 78 кг
ИМТ 26,1 кг/м^2
Окружность талии 84 см

Нет физикальных признаков поражения органов-мишеней

Шаг 4. Поиск признаков вторичной артериальной гипертензии

Осмотр кожных покровов: признаки нейрофиброматоза (феохромоцитома)
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 (сочетание 2 или более симптомов): • центральное ожирение, • проксимальная мышечная слабость, • подкожные кровоизлияния, • широкие и глубокие стрии, • необъяснимый остеопороз, • гипокалиемия, • вновь начавшийся СД, • аменорея, • инсиденталома надпочечника
Признаки акромегалии • увеличение акральных частей тела, • укрупнение и огрубление черт лица, • потливость
Признаки заболеваний щитовидной железы (синдром гипотиреоза): • склонность к брадикардии, • плохая переносимость холода (зябкость), • нарушения стула по типу запора, • диффузная алопеция, • раннее поседение волос, • дистрофии ногтевых пластин (важен факт появления в недавнем анамнезе, возможен неудачный опыт лечения у дерматолога), • нарушения менструальной функции у женщин (по типу олиго-, опсо-, аменореи), анамнез бесплодия, невынашивания беременности)
Признаки заболеваний щитовидной железы (синдром тиреотоксикоза): • склонность к тахикардии (нарушения ритма в анамнезе — фибрилляция и трепетание предсердий, суправентрикулярные тахикардии, частые наджелудочковые и желудочковые экстрасистолии), • плохая переносимость тепла, • потливость, кожа влажная, горячая, • потеря массы тела, • диарея, • нарушения менструальной функции у женщин (по типу олиго-, опсо-, аменореи), анамнез бесплодия, невынашивания беременности), • глазные симптомы: Грефе — отставание верхнего века от края роговицы при движении глазного яблока вниз. Кохера — отставание движения глазного яблока от такового верхнего века при взгляде вверх, в связи с чем обнаруживается участок склеры между верхним веком и радужкой. Краузе — усиленный блеск глаз. Дальримпля — широкое раскрытие глазных щелей — "удивленный взгляд". Розенбаха — мелкое и быстрое дрожание опущенных или слегка сомкнутых век. Штельвага — редкие и неполные мигательные движения в сочетании с ретракцией верхнего века. Мебиуса — нарушение конвергенции. Меланодермия в области век (симптом Еллинека), • эндокринная офтальмопатия — выраженный экзофтальм, нередко имеющий несимметричный характер, диплопия при взгляде в одну из сторон или вверх, слезотечение, ощущение песка в глазах, отечность век, • тремор пальцев вытянутых рук, иногда всего тела (симптом телеграфного столба)
Признаки гиперпаратиреоза: • нефролитиаз, • вторичный остеопороз, • мышечная слабость, • боли в мышцах

Больная К.

Нет признаков, характерных для вторичной артериальной гипертензии

Шаг 5. Лабораторное обследование и ЭКГ

Исследование уровня общего гемоглобина и/или оценка гематокрита
Исследование уровня глюкозы в крови, гликированного гемоглобина
Липиды крови: общий ХС, ХС ЛНП, ХС ЛВП, ХС не-ЛВП
Триглицериды
Общий белок, билирубин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза
Калий, натрий
Мочевая кислота
Креатинин и рСКФ
Анализ мочи: микроскопия осадка, качественная оценка протеинурии тест-полоской, отношение альбумин-креатинин в разовой порции мочи (оптимально)
Электрокардиография в 12 отведениях

У больной К.

Гемоглобин 136 г/л

Гликированный гемоглобин 4,6%

Общий ХС 4,4 ммоль/л
ХС ЛНП 2,1 ммоль/л
ХС ЛВП 1,3 ммоль/л

Калий 4,1 ммоль/л
Натрий 140 ммоль/л

рСКФ 80 мл/мин/1,73 м^2

Патологических изменений в анализе мочи нет,
Протеинурии нет (тест-полоска)

Шаг 6. Обследование для выявления поражения органов-мишеней

	Показание и интерпретация
Первичные тесты для выявления ПОМ	
ЭКГ в 12 отведениях (регистрация электрокардиограммы)	Скрининг для выявления ГЛЖ и других возможных аномалий, а также для документирования сердечного ритма и выявления аритмий
Отношение альбумин-креатинин в разовой порции мочи Тест полоски для определения протеинурии	Для определения альбумина в моче, что указывает на возможное поражение почек
Креатинин и рСКФ	Для выявления поражения почек
Фундоскопия	Для выявления гипертонической ретинопатии, особенно у больных АГ 2-й или 3-й степеней
Детальное обследование для выявления ПОМ	
Эхокардиография	Для оценки структуры и функции сердца, если эта информация может повлиять на выбор тактики лечения
УЗИ сонных артерий	Для выявления наличия атеросклеротических бляшек или стенозов сонных артерий, особенно у пациентов с ЦВБ или признаками поражения сосудов других локализаций
УЗИ органов брюшной полости (комплексное) с дуплексным сканированием брюшной аорты и ее висцеральных ветвей и дуплексным сканированием артерий почек	— Для оценки размеров и структуры почек (например, рубцовые изменения) и исключения обструктивного поражения МВП как причины ХБП и АГ; — Оценить состояние брюшной аорты (КТ-ангиография аорты и ее ветвей), исключить аневризму и поражение сосудов; — Обследовать надпочечники для исключения аденомы или феохромоцитомы (для тщательного обследования предпочтительно выполнить КТ или МРТ); — Допплеровское исследование почечных артерий с оценкой индекса резистивности почечных артерий для исключения реноваскулярных заболеваний, особенно при выявлении асимметрии размеров почек
СПВ	Для оценки аортальной жесткости
ЛПИ	Скрининг для выявления атеросклероза нижних конечностей
Оценка когнитивных функций	Для оценки когнитивных функций у больных с признаками их нарушений
Визуализация головного мозга	Для оценки наличия ишемического или геморрагического повреждения головного мозга, особенно у пациентов с ЦВБ в анамнезе или признаками ухудшения когнитивных функций

Больная К.

По данным ЭХОКГ –
ИММЛЖ 140 г/м^2
е’ латеральная 8 см/сек
ФВ 68%

Нет других признаков поражения органов-мишеней

Шаг 7. Определение стадии заболевания и категории риска сердечно-сосудистых осложнений

Стадия ГБ	Другие факторы риска, ПОМ или заболевания	АД, мм рт.ст.			
		Высокое нормальное САД 130-139 ДАД 85-89	Степень 1 САД 140-159 ДАД 90-99	Степень 2 САД 160-179 ДАД 100-109	Степень 3 САД ≥180 ДАД ≥110
Стадия I	Нет других ФР	Низкий риск (риск 1)	Низкий риск (риск 1)	Умеренный риск (риск 2)	Высокий риск (риск 3)
	1-2 ФР	Низкий риск (риск 1)	Умеренный риск (риск 2)	Умеренный/ высокий риск	Высокий риск (риск 3)
	≥3 ФР	Низкий/ умеренный риск	Умеренный/ высокий риск	Высокий риск (риск 3)	Высокий риск (риск 3)
Стадия II	ПОМ, ХБП стадия 3 или СД без поражения органов	Умеренный/ высокий риск	Высокий риск (риск 3)	Высокий риск (риск 3)	Высокий/ очень высокий риск
Стадия III	Установленное ССЗ, ХБП стадия ≥4 или СД с поражением органов	Очень высокий риск (риск 4)	Очень высокий риск (риск 4)	Очень высокий риск (риск 4)	Очень высокий риск (риск 4)

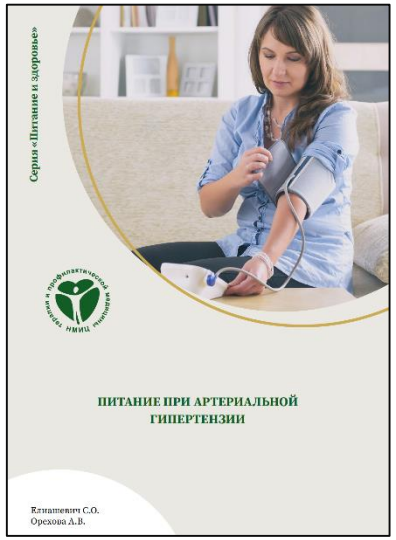
Шаг 8. Формулировка диагноза

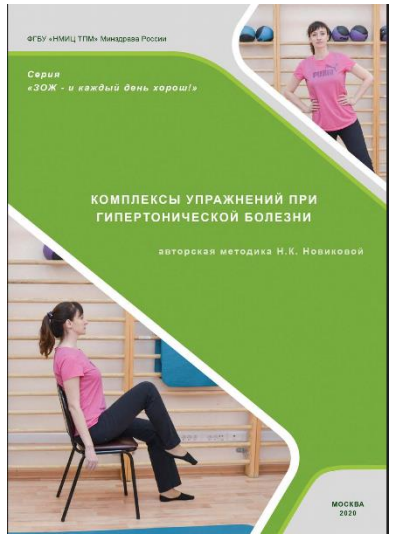
Гипертоническая болезнь II стадии. Степень II. Риск 3 (высокий).
Гипертрофия левого желудочка. Избыточная масса тела.

Шаг 9. Выбор лечения

Больная К.

Шаг 10. Немедикаментозное лечение





- Всем пациентам с АГ для улучшения контроля заболевания рекомендуется ограничение употребления соли до <5 г/сут. [130-133].

ЕОК/ЕОАГ IA (УУР А, УДД 1)

- Всем пациентам с АГ для улучшения метаболических показателей рекомендуется увеличить употребление овощей, свежих фруктов, рыбы, орехов и ненасыщенных жирных кислот (оливковое масло), молочных продуктов низкой жирности, уменьшить употребление мяса [136].

ЕОК/ЕОАГ IA (УУР А, УДД 1)

Комментарии. *Необходимо увеличение потребления растительной пищи, содержания в рационе калия, кальция (в овощах, фруктах, зерновых) и магния (в молочных продуктах), а также уменьшение потребления жиров животного происхождения. Пациентам с АГ следует рекомендовать употребление рыбы не реже 2 раз/нед. и 300-400 г/сут. свежих овощей и фруктов.*

- Всем пациентам с АГ для достижения целевых показателей АД рекомендуется потреблять калий в дозе ~3500 мг/сут. [137-139].

ЕОК/ЕОАГ нет (УУР А, УДД 1)

- Всем пациентам с АГ в связи с доказанным положительным эффектом на уровень сердечно-сосудистой смертности рекомендуются регулярные аэробные физические упражнения (не менее 30 мин динамических упражнений умеренной интенсивности 5-7 дней в неделю) [143, 144].

ЕОК/ЕОАГ IA (УУР А, УДД 3)

- Всем пациентам с АГ рекомендуется контролировать массу тела для предупреждения развития ожирения (ИМТ ⩾30 кг/м^2 или окружность талии >94 см у мужчин и >80 см у женщин) и достижение ИМТ в пределах 20-25 кг/м^2; окружности талии <94 см у мужчин и <80 см у женщин с целью снижения АД и уменьшения ССР [140-142].

ЕОК/ЕОАГ IA (УУР А, УДД 1)

- Всем пациентам с АГ для улучшения контроля заболевания рекомендуется ограничить употребления алкоголя (<14 единиц в нед. для мужчин, <8 единиц в нед. для женщин) и избегать хронического злоупотребления алкоголем [21, 135].

ЕОК/ЕОАГ IA (УУР А, УДД 1)

- Всем пациентам с АГ в связи с доказанным негативным эффектом курения на уровень смертности рекомендуются прекращение курения, психологическая поддержка и выполнение программ по прекращению курения [145-147].

ЕОК/ЕОАГ IB (УУР А, УДД 2)

Физическая активность:
30-60 минут ходьбы пешком ежедневно
Силовые тренировки – 1 час 2 раза в неделю

Алкоголь:
отказ от потребления

Однодневный рациона для женщины с АГ с учетом уровня физической активности, проживающих в центральной части России
1 уровень физической активности (КФА-1,4), калорийность рациона 1800 ккал в день
Завтрак • Сырники из творога с пшеном и изюмом – 140 г • Йогурт несладкий – 125 г • Мед – 1 ч л • Смузи ягодный – 200 г (бананы/клубника) • Кофе – 150 мл **Обед** • Салат из свежих овощей с раст. маслом – 100 г • Суп лапша грибная – 250 мл • Азу из говядины – 80 г • Гречка зеленая с овощами – 150 г • Апельсин/курага – 150/20 г • Миндаль – 25 г • Чай зеленый - 200 мл **Ужин** • Салат из моркови с чесноком и раст. маслом – 100 г • Рыба Терпуг, запеченный – 100 г • Пюре из зеленого горошка – 100 г • Хлеб ржано-пшеничный – 80 г • Чай травяной – 200 мл
Калорийность – 1816 ккал, белок – 75 г, жир – 62 г, углеводы – 260 г, пищевые волокна – 38 г, натрий – 1990 мг, калий – 3550, кальций – 1024 мг, магний – 507 мг, железо – 25 мг

Немедикаментозное лечение.
Комплексы питания и упражнений

Шаг 11. Медикаментозное лечение

Больная К.

- Всем пациентам с АГ (кроме пациентов низкого риска с АД <150/90 мм рт.ст., пациентов ⩾80 лет, пациентов с ССА) в качестве стартовой терапии рекомендована комбинация АГП, предпочтительно фиксированная, для улучшения приверженности к терапии. Предпочтительные комбинации для большинства пациентов (отдельные клинические ситуации описаны в соответствующих разделах) должны включать ингибитор ренин-ангиотензиновой системы (иРААС) (иАПФ или БРА) и АК или диуретик (Приложения Б2, Б5) [148-152].

ЕОК/ЕОАГ IA (УУР А, УДД 1)

Назначен комбинированный препарат валсартан 80 мг и гидрохлоротиазид 12,5 мг 1 раз в сутки

- Пациентам, не достигшим целевого АД на фоне двойной комбинированной терапии, рекомендуется тройная комбинация, как правило, иРААС с АК и тиазидным/тиазидоподобным диуретиком, предпочтительно в форме фиксированной комбинации (Приложения Б2 и Б5) [156, 157].

Оценка через 3 месяца

Целесообразность назначения статина

Очень высокий	— Документированное атеросклеротическое ССЗ, клинически или по результатам обследования, включая ОКС, ИБС, ЧКВ, КШ или другие операции на артериях, инсульт/ТИА, поражения периферических артерий; — атеросклеротическое ССЗ по данным обследований — значимая АСБ (стеноз >50%); — СД + поражение органов-мишеней, ⩾3 ФР, а также раннее начало СД с длительностью >20 лет; — ХБП с СКФ <30 мл/мин/1,73 м^2; — СГХС в сочетании с ФР; — SCORE2 ⩾7,5% (<50 лет), ⩾10% (50-69 лет), ⩾15% (⩾70 лет)
Высокий	— Значимо выраженный ФР — ОХС >8 ммоль/л и/или ХС ЛНП ⩾4,9 ммоль/л и/или АД ⩾180/110 мм рт.ст.; — СГХС без ФР; — СД без поражения органов-мишеней, СД ⩾10 лет или с ФР; — ХБП с СКФ 30-59 мл/мин/1,73 м^2; — Гемодинамически незначимый атеросклероз некоронарных артерий (стеноз(-ы) >25-49%); — SCORE2 2,5-7,5% (<50 лет), 5-10% (50-69 лет), 7,5-15% (⩾70 лет)
Умеренный	— Молодые пациенты (СД 1 типа моложе 35 лет, СД 2 типа моложе 50 лет) с длительностью СД <10 лет без поражения органов-мишеней и ФР; — SCORE2 <2,5% (<50 лет), <5% (50-69 лет), <7,5% (⩾70 лет)
Низкий	— SCORE2 <2,5% (<50 лет), <5% (50-69 лет), <7,5% (⩾70 лет)

Больная К.

10-летний риск сердечно-сосудистых осложнений, связанных с атеросклерозом, по шкале SCORE2 = 7,0%

Целевое значение ХС ЛПН <1,8 ммоль/л, текущий уровень 2,1 ммоль/л

В таких случаях рекомендуется поддержание здорового образа жизни, контроль факторов риска и назначение гиполипидемической терапии, если целевой ХС ЛПН не достигнут

Шаг 12. Реабилитация

Метод реабилитации	Реабилитационные мероприятия
Физическая реабилитация	— Комплексы лечебной гимнастики с включением упражнений общеукрепляющих, на равновесие и координацию, на мелкие, средние и крупные групп мышц, на расслабление мышц верхних конечностей, плечевого пояса и грудной клетки, корригирующие их гипертонус; упражнения с поворотами головы и туловища следует выполнять с осторожностью. — Дозированная ходьба по разным поверхностям, степ-тренировка, ходьба по лестнице. — Физические динамические тренировки на велотренажере (или тредмиле): при АГ 1 степени — умеренной интенсивности (60-70% от максимальной ЧСС, по шкале Борга 13-14/20 баллов); при АГ 2 степени — с интенсивностью 50-60% от максимальной ЧСС (по шкале Борга 12-13/20 баллов); при АГ III степени — с низкой интенсивностью (40-50% от максимальной ЧСС, по шкале Борга 11-12/20 баллов); при хорошей переносимости тренировки рассмотреть возможность увеличения ее интенсивности до умеренной; длительность тренировки не менее 30 мин и частота 3-5 раза в неделю.
Респираторная реабилитация	— Статические и динамические дыхательные упражнения. — Активные дыхательные техники (по показаниям). — Коррекция нарушения дыхания во время сна (по показаниям).
Программа коррекции факторов риска	— Пациентам с АГ, страдающих избыточным весом или ожирением, рекомендуется включать в программу по снижению веса. — Курящих пациентов с АГ рекомендуется включать в программу по отказу от курения.
Образовательный аспект реабилитации	*Программа обучения пациента включает следующие аспекты:* — принципы здорового питания; режим бытовых нагрузок и отдыха; методы повышения ежедневной физической активности; — методы самоконтроля состояния: ЧСС, веса тела, глюкозы крови (с помощью глюкометра при сахарном диабете), приступов стенокардии (при их наличии); — мониторинг АД в домашних условиях.
	Информирование пациента: по вопросам, связанным с заболеванием, его лечением и профилактикой; приверженности сопутствующей терапии и тренировкам в домашних условиях (желательно, чтобы устная информация дублировалась визуальной — текстом, схемой, рисунком).
	— Рекомендации по сексуальной активности.
	— Ведение дневника самоконтроля самочувствия и АД с указанием доз принимаемых АГП, выполнения физических занятий дома с фиксацией результатов.
Питание	— Сбалансированное по составу питание (богатое цельными зернами, фруктами, овощами, полиненасыщенными жирами и молочными продуктами с низким содержанием жира, сокращение продуктов с высоким содержанием сахара, насыщенных жиров и транс-жиров). — Контроль водно-солевого баланса (ограничение потребления соли <5 г в день, отказ от привычки досаливания готовой пищи).
Психологическая поддержка	— Скрининг симптомов тревоги/депрессии (по показаниям). — Формирование позитивной мотивации на выздоровление. — Рациональная фармакотерапия (по показаниям). — Коррекция нарушений сна (при наличии). — Консультация клинического психолога/психотерапевта (по показаниям, при выявлении клинических нарушений психологического статуса).
Телетехнологии	— Применение дистанционных реабилитационных технологий.