

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ
БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ**

**«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ТЕРАПИИ
И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ»**

Министерства здравоохранения
Российской Федерации

(ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России)

101990, Москва, Петроверигский пер., 10 стр. 3

тел: (495) 623-86-36, факс: (495) 621-01-22

13.12.2024 № 01/м-2069/983

на № _____

Руководителям исполнительных
органов субъектов
Российской Федерации
в сфере охраны здоровья

Глубокоуважаемые коллеги!

В рамках исполнения пункта 13 протокола совещания по отраслевому инциденту №9 «Повышение эффективности управления системой мер по снижению смертности взрослого населения» от 02.08.2024 № 73/17-0/474 ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России направляем Вам информационные материалы относительно раннего выявления и первоочередным мерам оказания доврачебной медицинской помощи при остром коронарном синдроме, инсульте, симптомах «боль в груди», повышенном артериальном давлении, сахарном диабете и ожирении (приложение к письму).

Информационные материалы, подготовленные ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, ФГБУ «НМИЦК им. ак. Е.И. Чазова» Минздрава России, главным внештатным специалистом неврологом Минздрава России Н.А. Шамаловым, ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России, рекомендуется использовать для:

- проведения информационной кампании среди населения;
- организации обучения сотрудников подведомственных медицинских организаций в целях повышения профессиональных компетенций.

Приложение в 1 экз. на 21 л.

Директор



О.М. Драпкина

Информационные материалы, касающиеся раннего выявления и первоочередных мер оказания доврачебной медицинской помощи при остром коронарном синдроме для использования при организации обучения сотрудников подведомственных медицинских организаций в целях повышения их профессиональных компетенций

1. Алгоритм первичной клинической оценки вероятности острого коронарного синдрома высокого риска на этапе первой помощи

№	Клиническая характеристика	Описание
1	Наличие факторов риска	Вероятность инфаркта миокарда выше у пациентов с факторами риска: у мужчин, пациентов старшего возраста, у курящих, с повышенным артериальным давлением, сахарным диабетом, а также у пациентов с ишемической болезнью сердца, стенокардией, перенёвших операции стентирования коронарных артерий, аортокоронарного шунтирования.
2	Предшествующий период нестабильной стенокардии	Вероятность инфаркта миокарда выше у пациентов, у которых на протяжении предшествующих дней или недель имели место непродолжительные эпизоды дискомфорта, болей в груди или одышки при физических нагрузках или психоэмоциональном стрессе.
3	Затяжной сердечный приступ	Вероятность инфаркта миокарда велика у пациентов, у которых развился приступ дискомфорта, жгучих или давящих болей за грудиной, не проходящих в течении 15 или более минут, в том числе после приёма нитроглицерина.
4	Сопутствующие симптомы	Вероятность инфаркта миокарда велика у пациентов с дискомфортом, болями в грудной клетке, которые сопровождаются появлением обильного холодного пота, нехватки воздуха, предобморочного состояния.
5	Типичные осложнения	Вероятность инфаркта миокарда велика у пациентов с болями в грудной клетке, сопровождающимися развитием одышки или удушья, либо выраженным сердцебиением, чувством «перебоев», и пауз в работе сердца («замирания» сердца).

2. Образец текста для информационной рассылки целевым группам населения для обеспечения своевременного обращения за медицинской помощью при развитии симптомов острого коронарного синдрома

Целевая группа: Мужчины старше 50 лет и женщины старше 65 лет, лица, не проходившие диспансеризацию и не посещавшие врача в течение 2 лет и более, пациенты с установленным диагнозом ишемической болезни сердца, артериальной гипертензией, дислипидемией, перенёвшие острый коронарный синдром, чрескожные коронарные вмешательства, аортокоронарное шунтирование и не состоящие под диспансерным наблюдением.

Пример текста информационной рассылки:

Дорогие друзья!

В России ежегодно полмиллиона человек поступает в больницы с подозрением на инфаркт миокарда.

Каждый десятый пациент с инфарктом миокарда погибает.

Успех лечения зависит от скорейшего обращения за помощью, дорога каждая минута.

Если вы почувствовали боль, необычный дискомфорт в груди - позвоните «03» или «112» и вызовите «Скорую»!

В [название региона, города] имеется [число] оснащенных современным оборудованием больниц, которые круглосуточно и бесплатно оказывают помощь больным с инфарктом.

Не рискуйте жизнью, здоровьем и благополучием - своим и своих близких!

Получите необходимую помощь своевременно!

Информация и алгоритм действия для медицинской сестры или фельдшера фельдшерско-акушерского пункта в рамках доврачебной помощи при обращении пациента с симптомами «боли в груди»

Острой болью в груди называют боль, которая появилась впервые или подразумевает изменение характера, интенсивности или продолжительности боли по сравнению с предыдущими эпизодами у пациента с рецидивирующими симптомами. При обращении пациентов с острой болью в груди необходимо выявить потенциально жизнеугрожающие состояния и оценить клиническую стабильность.

Одним из наиболее опасных заболеваний, сопровождающихся острой болью в груди, является **острый коронарный синдром (ОКС)**.

ОКС подразумевает ряд состояний с недавним изменением клинических симптомов или признаков, обусловленных **острой ишемией миокарда с некрозом кардиомиоцитов (острый инфаркт миокарда (ОИМ))** или без повреждения кардиомиоцитов (**нестабильную стенокардию (НС)**). В 80% случаев основная жалоба при ОКС на боль в грудной клетке. ОКС может развиваться у пациентов с известной ИБС или быть первым проявлением заболевания.

При подозрении на ОКС для проведения своевременного лечения и предотвращения осложнений необходима экстренная госпитализация пациента в специализированное отделение. После постановки диагноза предполагаемого ОКС в течение 10 минут должна быть выполнена электрокардиограмма (ЭКГ) для выявления пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST, нуждающихся в восстановлении кровотока в сосудах сердца.

Общепринятым считается термин **"боль в груди"**, но в реальной клинической практике пациенты часто жалуются на давление, стеснение, сдавливание, тяжесть или жжение. В таком случае более подходящим термином является **"дискомфорт в груди"**, поскольку пациенты могут не использовать термин **"боль"**. Они также могут указывать на локализацию ощущений, отличную от грудной клетки, включая плечо, руку, шею, спину, верхнюю часть живота или челюсть. Несмотря на индивидуальные различия, боль и дискомфорт, вызванные ишемией миокарда, имеют ряд характерных признаков.

Для боли при ОКС характерны:

- чаще боль локализуется в центре грудной клетки, в области грудины, может отдавать или локализоваться в нижней челюсти, шее, центре спины, эпигастрии («под ложечкой»), левой или правой руке;

- сжимающий, давящий характер, иногда ощущение «камня» или «жара» в груди (могут быть и другие определения, которые используют пациенты);
- независимость от положения тела, от вдоха и выдоха, пальпации грудной клетки;
- ослабление или прекращение после приема препаратов нитроглицерина (при ОИМ нитроглицерин может не оказать никакого эффекта);
- волнообразный или постоянный характер, иногда с ощущением нехватки воздуха;
- может возникать на фоне физической нагрузки, реже – при выходе на холод или ветер, при повышении артериального давления (при ОИМ чаще боль бывает в покое);

Для боли при ОКС не характерны:

- колющий, либо ноющий характер;
- зависимость от положения тела, от вдоха и выдоха;
- усиление болевого синдрома при пальпации.

Другими, наиболее опасными, жизнеугрожающими состояниями, сопровождающимися болями в груди, являются тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), расслаивающая аневризма аорты, разрыв пищевода (синдром Бурхава), напряженный пневмоторакс. При ТЭЛА может наблюдаться острая боль в груди, усиливающаяся на вдохе, одышка, тахикардия, синкопальное состояние, гипотония, шок и др. Для расслаивающей аневризмы аорты характерна интенсивная боль в груди с иррадиацией в спину, живот; боль может быть похожа на ангинозную, может наблюдаться асимметрия пульса, АД на разных руках, синкопальное состояние и др.

При обращении пациента с «болью в груди», «болью в области сердца» фельдшер или медсестра фельдшерско-акушерского пункта (ФАП):

- 1) проводят краткий опрос пациента или сопровождающих лиц, уточняют жалобы, характеристику болевого синдрома: приступообразная, сжимающая или давящая боль за грудиной, продолжительность, давность возникновения симптомов, изменение их интенсивности, иррадиацию, наличие чувства нехватки воздуха, одышки, головокружения, пресинкопального, синкопального состояния, сердцебиения;
- 2) выясняют давность заболевания ИБС, наличие стабильной стенокардии, упоминание о ранее перенесенных ИМ или операциях на сердце, нарушениях мозгового кровообращения, сахарном диабете

и других факторах сердечно-сосудистого риска, риска ТЭЛА (венозный тромбоз, тромбофилия, онкологическое заболевание, хирургические вмешательства, переломы нижних конечностей, тяжелые травмы, использование гормональных контрацептивов), расслаивающей аневризмы аорты (артериальная гипертензия, аневризма аорты, наследственные заболевания соединительной ткани (синдром Марфана, Элерса-Данлоса и др.);

- 3) выясняют перечень рекомендованных ранее препаратов, возможную непереносимость лекарственных препаратов;
- 4) измеряют артериальное давление (АД), пульс;
- 5) регистрируют электрокардиограмму (ЭКГ) в течение 10 минут от момента медицинского контакта с пациентом, интерпретирует ЭКГ, при возможности обязательно передает ЭКГ с помощью специального электрокардиографа на Центральную (локальную) станцию приема ЭКГ консультативного центра (при наличии в регионе) для врачебной консультации;
- 6) при подозрении на ОКС, ТЭЛА, расслаивающую аневризму аорты и др. неотложные состояния у пациента незамедлительно вызывает скорую медицинскую помощь;
- 7) до прибытия скорой медицинской помощи при наличии ангинозного приступа и отсутствии артериальной гипотонии (систолическое АД менее 100 мм рт. ст. для нормотоников) начинают лечение:
 - одну таблетку (0,4 - 0,5 мг) нитроглицерина под язык и держать до полного растворения, не проглатывая, или одну ингаляционную дозу распылить в полость рта при задержке дыхания в соответствии с инструкцией препарата к применению,
 - если приступ не купирован в течение 5 минут и нет выраженного снижения артериального давления, необходимо дать пациенту еще 1 таблетку препарата нитроглицерин (давать более 2-3 доз нитроглицерина в случае отсутствия эффекта не имеет смысла),
 - в случае купирования ангинозного приступа нитроглицерином рекомендовано повторить ЭКГ.(начинать прием ацетилсалициловой кислоты до приезда скорой медицинской помощи, начала тромболитической терапии и т.д. не рекомендовано)

Передаёт бригаде скорой медицинской помощи сведения о пациенте, о проведенном лечении, а также записанную ЭКГ.

Информация и алгоритм действия для медсестры или фельдшера фельдшерско-акушерского пункта доврачебной помощи при обращении пациента с повышенным артериальным давлением

Гипертонический криз (ГК) – значительное повышение АД (чаще - повышение АД ≥ 180 мм рт. ст.), взаимосвязанное с острым поражением органов-мишеней, часто сопровождающееся клиническими симптомами. Степень, скорость и уровень повышения АД не так важны. ГК является потенциально жизнеугрожающим состоянием и требует немедленной терапии для постепенного снижения АД, часто с внутривенным введением препаратов. Симптомы гипертонического криза зависят от пораженного органа, могут наблюдаться:

- головная боль, часто в сопровождении головокружения и тошноты;
- неустойчивость, шаткость походки;
- нарушения зрения: «блики», «мушки», «туман» в поле зрения и др.;
- рвота без облегчения состояния;
- сонливость или наоборот — повышенная возбудимость, беспокойство;
- тремор, судороги и другие неврологические симптомы;
- боль в груди;
- одышка;
- ощущение «жара» в верхней половине тела и голове, покраснение лица и шеи.

Важно обращать внимание на симптомы неотложных жизнеугрожающих состояний, ассоциированных с подъемом АД - острой сердечной недостаточности, ишемии миокарда, острого нарушения мозгового кровообращения, расслаивающей аневризмы аорты, эклампсии, острого ухудшения функции почек, кровоизлияния и/или отека соска зрительного нерва. Выбор препарата для купирования ГК зависит от характера сопутствующего состояния и пораженного органа-мишени. Лечение пациентов с ГК рекомендовано проводить в стационаре.

При обращении пациента с повышенным АД фельдшер или медсестра фельдшерско-акушерского пункта (ФАП):

1. проводят краткий опрос пациента или сопровождающих лиц, выясняет жалобы пациента, давность заболевания артериальной гипертонией, перечень рекомендованных ранее препаратов, возможную непереносимость лекарственных препаратов, постоянную гипотензивную терапию и т.д.;
2. выясняет есть ли провоцирующая причина повышения АД, сопутствующие состояния здоровья, которые могут повлиять на лечение

(беременность и т.д.);

3. измеряет АД;

4. при подозрении на гипертонический криз вызывает бригаду скорой медицинской помощи;

5. регистрирует электрокардиограмму (ЭКГ) в течение 10 минут от момента медицинского контакта с пациентом, интерпретирует ЭКГ, при возможности обязательно передает ЭКГ с помощью специального электрокардиографа, на Центральную (локальную) станцию приема ЭКГ консультативного центра (при наличии в регионе) для врачебной консультации;

6. при выявлении высокого АД ($>180/100$ мм рт. ст.) начинает лечение; для парентерального введения можно использовать внутривенно медленно уралидил по 12,5 мг (ожидаемый эффект через 5 минут) под контролем АД, возможно повторное введение; эналаприл 0,625–1,25 мг болюсно; при наличии симптомов острой левожелудочковой недостаточности – фуросемид 20–40 мг внутривенно; при отсутствии острой сердечной недостаточности, брадикардии, АВ-блокады 2–3 степени – эсмолол 0,5–1 мг/кг болюсно, 50–300 мг/кг/мин или метопролол 2,5–5 мг болюсно; при наличии перфузионного насоса – нитроглицерин.

Препараты выбора для пероральной терапии каптоприл 25 мг/таб. однократно или моксонидин 0,2 мг/таб однократно в соответствии с инструкцией к применению, при сопутствующих болях за грудиной — нитроглицерин в таблетках или в ингаляциях под язык в соответствии с инструкцией к применению.

Важно помнить, что следует избегать быстрого и неконтролируемого или чрезмерного снижения АД, так как это может вызвать осложнения. В большинстве случаев не рекомендуется снижение АД более чем на 25% от исходных значений.

Передаёт бригаде скорой медицинской помощи сведения о пациенте, о проведенном лечении, а также записанную ЭКГ.

Ранее использовавшийся термин "неосложненный гипертонический криз", описывавший пациентов со значительным повышением АД, но без признаков острых изменений в органах-мишенях, в настоящее время не рекомендован к использованию. В данной группе пациентов снижение АД обычно может проводиться в амбулаторных условиях путем назначения пероральной терапии в соответствии со стандартным алгоритмом под контролем АД с дальнейшей консультацией врача.

Материалы по раннему выявлению и первоочередным мерам оказания доврачебной медицинской помощи при инсульте для сотрудников подведомственных медицинских организаций и информационных кампаний среди населения

- Инсульт — это острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), сопровождающееся внезапным расстройством функций головного мозга.
- Если симптомы длятся менее 24 часов, а затем полностью исчезают, то это преходящее нарушение мозгового кровообращения или транзиторная ишемическая атака (ТИА). При такой ситуации нарушение мозгового кровообращения заканчивается полным восстановлением нарушенных функций, а все внезапно возникшие симптомы в течение суток исчезают.

Важно!

При выявлении больных с признаками ОНМК экстренное направление их в медицинские организации, в структуре которых организовано неврологическое отделение для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения (первичное сосудистое отделение, региональный сосудистый центр). Для транспортировки больного с признаками ОНМК в указанные организации вызывается бригада скорой медицинской помощи.

Основной особенностью клинической картины инсульта и ТИА является внезапное появление очаговой (со стороны двигательной, чувствительной, координаторной сферы, когнитивной функции, речи и черепных нервов) и, в некоторых случаях, общемозговой неврологической симптоматики. К общемозговой симптоматике относятся: головная боль, тошнота/рвота, нарушение уровня сознания (оглушение, сопор, кома) и изменение психического состояния.

Симптомы могут быть преходящими (длиться от нескольких секунд до нескольких часов) или сохраняться в течение продолжительного периода времени. Клиническая картина не позволяет достоверно определить тип инсульта (ишемический или геморрагический), поэтому выполнение КТ или

МРТ головного мозга является обязательным для всех пациентов с подозрением на инсульт.

Должна быть обеспечена маршрутизация пациента с ОНМК в рамках двухуровневой системы помощи: в первичные сосудистые отделения, в структуре которых имеется неврологическое отделение для пациентов с ОНМК, способные оказывать экстренную специализированную помощь, включая системный тромболизис, и в региональные сосудистые центры, в структуре которых имеется неврологическое отделение для пациентов с ОНМК, в которых могут выполняться эндоваскулярные и нейрохирургические, кардиохирургические вмешательства, и способные принимать пациентов с ОНМК, нуждающихся в хирургических видах помощи, из первичных сосудистых отделений, с целью улучшения исхода заболевания.

Факторы риска развития инсульта

Важнейшими модифицируемыми (поддаются коррекции) факторами риска, повышающими риск развития инсульта, считаются:

- артериальная гипертензия
- заболевания сердца, в т.ч. фибрилляция предсердий
- нарушения липидного обмена
- сахарный диабет
- патология магистральных (главных) артерий головы
- нарушения свертывания крови.

Немодифицируемые факторы риска (не поддаются коррекции) используют для оценки и прогноза индивидуального, группового и популяционного риска развития хронических неинфекционных заболеваний. К основным немодифицируемым факторам риска относятся:

- пол
- возраст
- наследственность
- этническая принадлежность.

Выделяют также факторы риска, связанные с образом жизни:

- табакокурение

- злоупотребление алкоголем
- неправильное питание
- избыточная масса тела
- низкий уровень физической активности
- длительное психоэмоциональное напряжение или острый стресс.

Модификация образа жизни

Питание. Рекомендуется придерживаться диеты средиземноморского типа с акцентом на мононенасыщенные жиры, растительную пищу и потребление рыбы, либо с добавлением высококачественного оливкового масла первого отжима или орехов, что предпочтительнее просто соблюдения диеты с низким содержанием жира для снижения риска повторного инсульта.

Уменьшение потребления соли (натрия хлорида) по крайней мере на 2,5 г/сут (на 1 г/сут натрия) для снижения риска сердечно-сосудистых заболеваний, включая инсульт.

Физическая активность. Рекомендуется физически активным взрослым пациентам аэробная физическая нагрузка средней интенсивности по крайней мере в течение минимум 10 мин 4 раза в неделю, или аэробная физическая нагрузка высокой интенсивности в течение минимум 20 мин два раза в неделю для снижения риска повторного инсульта, смерти от повторного инсульта, инфаркта или других сосудистых причин. Рекомендуется взрослым, вынужденным вести сидячий образ жизни, с целью поддержания нормального функционирования сердечно-сосудистой системы прерывать нахождение в сидячем положении стоянием или легкими нагрузками длительностью 3 мин каждые 30 мин.

Рекомендуется избегать воздействия окружающего табачного дыма (пассивного табакокурения), а продолжающим курить прекратить курение (или сократить ежедневное курение) для снижения риска повторного инсульта.

Рекомендуется взрослым, которые употребляют алкоголь более двух стандартных доз в день для мужчин или более одной стандартной дозы в день для женщин, отказаться или сократить потребление алкоголя, чтобы снизить риск повторного инсульта (одна стандартная доза = 14 г или 17,7 мл чистого этилового спирта).

Рекомендуется взрослым пациентам с ИИ/ТИА, страдающим избыточным весом или ожирением, снижение веса и изменение образа жизни для

улучшения профиля факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и снижения риска повторного инсульта.

Артериальная гипертензия

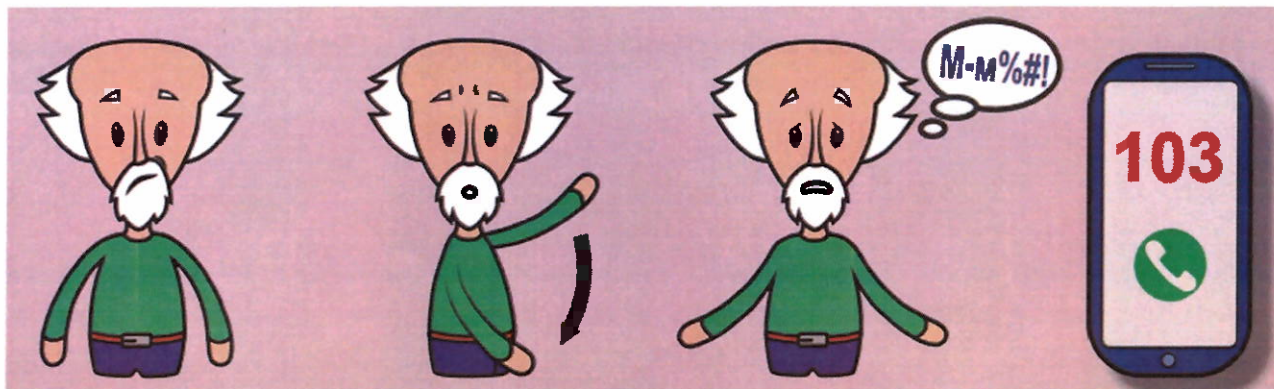
Рекомендуется взрослым пациентам осуществление контроля уровня артериального давления. Для большинства взрослых пациентов, страдающих гипертонической болезнью достижение целевого значения АД менее 130/80 мм рт. ст. в значимо снижает риск развития повторного инсульта.

Дислипидемия

Рекомендуется большинству взрослых пациентов, перенесших инсульт назначение гиполипидемической терапии с достижением целевого уровня ХС ЛНП $< 1,4$ ммоль/л или по крайней мере снижением уровня ХС ЛНП ≥ 50 % по сравнению с исходным значением с целью уменьшения прогрессирования атеросклеротического повреждения сосудов и снижения риска повторного инсульта.

МОЗГ 4.5

Распознай симптомы инсульта и действуй быстро!



Мимика
нарушена

Перекос лица,
Угол рта опущен

Ослабли
рука или нога

Плохо двигается рука
или нога с одной стороны

Затруднена
речь

Речь звучит странно
или неразборчиво

Главное -
успеть

Срочно требуется
госпитализация.
Ждать, что само
пройдёт - опасно



Тромб закрыл сосуд мозга и
кровь перестала поступать
или произошло кровоизлияние

При нарушении кровоснабжения
мозг начинает умирать

Нельзя медлить, иначе мозг не спасти!



Не жди! Звони 103!

В Москве работает инсультная сеть,
врачи смогут помочь, главное - успеть!

**Раннее выявление и первоочередные меры оказания
доврачебной медицинской помощи
для сотрудников подведомственных медицинских организаций
и информационных кампаний среди населения**

Первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием.

Согласно Приказу Минтруда России от 31.07.2020 N 470н "Об утверждении профессионального стандарта "Фельдшер", к трудовым действиям фельдшера в аспекте первичной доврачебной медико-санитарной помощи относятся:

- Проведение обследования пациентов с целью диагностики неосложненных острых заболеваний и (или) состояний, хронических заболеваний и их обострений, травм, отравлений
- Назначение и проведение лечения неосложненных заболеваний и (или) состояний, хронических заболеваний и их обострений, травм, отравлений у взрослых и детей
- Проведение мероприятий по профилактике инфекционных и неинфекционных заболеваний, укреплению здоровья и пропаганде здорового образа жизни
- Оказание медицинской помощи в экстренной форме

Раздел I. Сахарный диабет

1) Раннее выявление

Ранняя диагностика сахарного диабета заключается в активном выявлении факторов риска, а также проведение регулярного скрининга сахарного диабета 2 типа:

Факторы риска развития СД 2 типа:

- Возраст ≥ 45 лет.
- Избыточная масса тела и ожирение ($\text{ИМТ} \geq 25 \text{ кг/м}^2$).
- Семейный анамнез СД (родители или сибсы с СД 2 типа).
- Привычно низкая физическая активность.
- Нарушенная гликемия натощак или нарушенная толерантность к глюкозе в анамнезе.
- Гестационный СД или рождение крупного плода в анамнезе.
- Артериальная гипертензия ($\geq 140/90 \text{ мм рт.ст.}$ или медикаментозная антигипертензивная терапия).
- Уровень ХЛВП $\leq 0,9 \text{ ммоль/л}$ и/или уровень триглицеридов $\geq 2,82 \text{ ммоль/л}$.
- Синдром поликистозных яичников.
- Наличие сердечно-сосудистых заболеваний.

Скрининг

Возраст начала скрининга	Группы, в которых проводится скрининг	Частота обследования
Любой взрослый	С $\text{ИМТ} > 25 \text{ кг/м}^2$ + 1 из факторов риска	При нормальном результате – 1 раз в 3 года
Любой взрослый	Высокий риск при проведении	

	анкетирования (результат опросника FINDRISC* ≥ 12)	Лица с предиабетом – 1 раз в год
> 45 лет	С нормальной массой тела в отсутствие ФР	

Опросник FINDRISC представлен согласно Приложению 2

Скрининговые тесты:

- глюкоза плазмы натощак
или
- ПГТТ с 75 г глюкозы
или
- HbA1c 6,0-6,4% (целесообразно с последующим выполнением ПГТТ либо определением глюкозы плазмы натощак).

При выборе теста для скрининга следует учитывать преимущества и недостатки каждого из них:

1. ПГТТ является единственным способом выявления НТГ. Однако, как скрининговый метод имеет существенные недостатки, ограничивающие его использование: является время- и трудозатратным (требует подготовки в течение нескольких дней перед его проведением и 2 часов времени непосредственно для выполнения, необходима явка пациента натощак и соблюдение определенных правил при его выполнении, рутинное соблюдение которых затруднительно в медицинских организациях). Кроме того, ПГТТ имеет высокую вариабельность.
2. Анализ на HbA1c в качестве скринингового метода обладает определенными преимуществами: не требует предварительного голодания и может быть проведен в любое время, имеет низкую вариабельность, характеризует метаболизм глюкозы за длительный период времени (с учетом этого выполнение анализа на HbA1c у лиц с предиабетом предпочтительно в условиях проведения диспансеризации). Возможно искажение результатов при некоторых заболеваниях (гемоглобинопатии, анемии, выраженная печеночная и почечная недостаточность и др.).

2) Доврачебная медицинская помощь

Оказание первичной доврачебной включает в себя проведение профилактических бесед по изменению образа жизни, а также возможное назначение медикаментозной терапии.

Рекомендации по изменению образа жизни

- **Снижение массы тела:** умеренно гипокалорийное питание с преимущественным ограничением жиров и простых углеводов. Очень низкокалорийные диеты дают кратковременные результаты и не рекомендуются. Голодание противопоказано. У лиц с предиабетом целевым является снижение массы тела на 5–7 % от исходной.

Рекомендации по питанию пациентов с сахарным диабетом 2 типа представлены согласно приложению 3.

- **Регулярная физическая активность** умеренной интенсивности (быстрая ходьба, плавание, велосипед, танцы) длительностью не менее 30 мин в большинство дней недели (не менее 150 мин в неделю). Физическая активность подбирается индивидуально, с учетом возраста пациента, осложнений, сопутствующих заболеваний, а также переносимости.

Медикаментозная терапия

Медикаментозная терапия возможна (при отсутствии противопоказаний), если мероприятия по изменению образа жизни не привели к нормализации показателей

углеводного обмена или ранее эти попытки уже были unsuccessful.

- Применение метформина по 500–850 мг 2 раза в сутки или метформина с пролонгированным высвобождением 500-750 мг по 2 таб. 1 раз в сутки (в зависимости от переносимости) может быть рассмотрено у лиц с предиабетом – особенно у лиц моложе 60 лет, у лиц с ИМТ ≥ 35 кг/м² и у женщин с ГСД в анамнезе. При длительном приеме следует учитывать возможность развития дефицита витамина В12. Длительность проведения медикаментозной терапии определяется индивидуально

Раздел II. Ожирение

1) Раннее выявление

Ранняя диагностика ожирения заключается в оценке индекса массы тела и (или) измерении окружности талии. Эти параметры могут быть оценены:

- Пациентом самостоятельно
- В ходе диспансеризации и профилактических медицинских осмотров (Приказ Минздрава России от 27.04.2021 № 404н (ред. от 19.07.2024) "Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения" (Зарегистрировано в Минюсте России 30.06.2021 № 64042).
- В ходе любого посещения врача, фельдшера, обращения к среднему медицинскому персоналу. Интерпретацию значений индекса массы тела проводит врач или фельдшер Приказ Минздрава России от 27.04.2021 № 404н (ред. от 19.07.2024) "Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения" (Зарегистрировано в Минюсте России 30.06.2021 № 64042). Дальнейшая медицинская помощь при установлении диагноза проводится согласно действующим клиническим рекомендациям.

2) Доврачебная медицинская помощь

Оказание первичной доврачебной включает в себя проведение профилактических бесед по изменению образа жизни, а также направление к врачам – диетологу/эндокринологу/ терапевту/ ВОПу для инициации терапии ожирения, в том числе фармакотерапии.

Рекомендации по изменению образа жизни

- **Снижение массы тела:** гипокалорийная диета (дефицит 500-700 ккал от физиологической потребности с учетом массы тела, возраста и пола), сбалансированная по пищевым ингредиентам; на этапе поддержания достигнутой массы тела – сбалансированная по пищевым ингредиентам эукалорийная диета.

Снижение калорийности питания на 500-1000 ккал в сутки от расчетного приводит к уменьшению массы тела на 0,5-1,0 кг в неделю. Такие темпы снижения массы тела сохраняются в течение 3-6 месяцев. В дальнейшем умеренное снижение массы тела приводит к уменьшению энергозатрат на 16 ккал/кг в сутки у мужчин и на 12 ккал/кг в сутки у женщин за счет уменьшения тощей массы, в результате чего потеря массы тела приостанавливается. Большинство различных типов диет

являются равноэффективными при соблюдении принципа ограничения общей калорийности рациона. Основной предиктор успеха диеты – систематическое следование данной диете.

Расчёт калорийности суточного рациона:

- Рассчитайте фактическую калорийность Вашего суточного рациона питания.
- Рассчитайте физиологический суточный расход энергии по формуле

для женщин:

18–30 лет: $(0,0621 \times \text{вес в кг} + 2,0357) \times 240$

31–60 лет: $(0,0342 \times \text{вес в кг} + 3,5377) \times 240$

старше 60 лет: $(0,0377 \times \text{вес в кг} + 2,7546) \times 240$

для мужчин:

18–30 лет: $(0,0630 \times \text{вес в кг} + 2,8957) \times 240$

31–60 лет: $(0,0484 \times \text{вес в кг} + 3,6534) \times 240$

старше 60 лет: $(0,0491 \times \text{вес в кг} + 2,4587) \times 240$

При ведении малоподвижного образа жизни, полученную величину умножить на 1,1, при умеренной физической активности – на 1,3, при физической работе или активных занятиях спортом – на 1,5.

- Рассчитайте **суточную калорийность** рациона питания, необходимую для снижения веса. Для этого из полученной величины калорийности суточного рациона уменьшите на 20% (500 - 600 ккал). Если Ваш фактический рацион питания превышает 3000 ккал в сутки, снижайте потребление пищи постепенно - на 300 – 500 ккал в неделю до достижения рассчитанной индивидуальной нормы калорий.
- Рассчитайте **суточную потребность в жирах**. Калорийность Вашего рациона, необходимого для снижения веса, разделите на 4, а затем на 9.
- Распределите калорийность рациона на 3-5 приемов пищи.
 - Завтрак – 25%
 - 2 завтрак – 15%
 - Обед – 35%
 - Полдник – 10%
 - Ужин – 15%

• **Регулярная физическая активность** умеренной интенсивности (быстрая ходьба, плавание, велосипед, танцы). Физическая активность подбирается индивидуально, с **учетом** возраста пациента, осложнений, сопутствующих заболеваний, а также переносимости. Увеличение уровня физической активности (преимущественно аэробной) 150 мин в неделю (что эквивалентно 30 мин в большинство из дней) рекомендованы на этапе снижения массы тела; более интенсивные физические нагрузки (от 200 до 300 мин в неделю) могут быть рекомендованы для удержания веса в долгосрочной перспективе.

Цели снижения веса – 5 – 15% от исходной массы тела в течение 3 – 6 мес, при отсутствии динамики - направление к врачу –эндокринологу/ терапевту/ ВОПу для инициации фармакотерапии ожирения

Есть ли у вас предиабет или сахарный диабет 2 типа?

Опросник FINDRISC

(www.idf.org/type-2-diabetes-risk-assessment/)

Инструкция

- Ответьте на все 8 вопросов опросника.
- Для каждого вопроса выберите 1 правильный ответ и отметьте его в соответствующем квадратице.
- Сложите все баллы, соответствующие Вашим ответам на вопросы
- Используйте Ваш суммарный балл для определения Вашего риска развития сахарного диабета 2 типа или предиабета.
- Передайте заполненный опросник Вашему врачу/медсестре и попросите их объяснить Вам результаты опросника.

1. Возраст

- ☐ До 45 лет 0 баллов
- ☐ 45 – 54 года 2 балла
- ☐ 55 – 64 года 3 балла
- ☐ Старше 65 лет 4 балла

2. Индекс массы тела

Индекс массы тела позволяет выявить наличие у Вас избыточного веса или ожирения. Вы можете подсчитать свой индекс массы тела сами:

Вес _кг: (рост _м)² = _____ кг/м²

- ☐ Менее 25 кг/м² 0 баллов
- ☐ 25 – 30 кг/м² 1 балл
- ☐ Более 30 кг/м² 3 балла

3. Окружность талии

Окружность талии также указывает на наличие у Вас избыточного веса или ожирения.

Мужчины

Женщины

- | | | |
|-------------|------------|----------|
| < 94 см | < 80 см | 0 баллов |
| 94 – 102 см | 80 – 88 см | 3 балла |
| > 102 см | > 88 см | 4 балла |

4. Как часто Вы едите овощи, фрукты или ягоды?

- ☐ Каждый день 0 баллов
- ☐ Не каждый день 1 балл

5. Занимаетесь ли Вы физическими упражнениями регулярно?

Делаете ли вы физические упражнения по 30 минут каждый день или 3 часа в течение недели?

☐ Да 0 баллов

☐ Нет 2 балла

6. Принимали ли Вы когда-либо регулярно лекарства для снижения артериального давления?

☐ Нет 0 баллов

☐ Да 2 балла

7. Обнаруживали ли у Вас когда-либо уровень глюкозы (сахара) крови выше нормы

(во время диспансеризации, проф. Осмотра, во время болезни или беременности)?

☐ Нет 0 баллов

☐ Да 5 баллов

8. Был ли у Ваших родственников сахарный диабет 1 или 2 типа?

☐ Нет 0 баллов

☐ Да: дедушка/бабушка, тетя/дядя, двоюродные братья/сестры 3 балла

☐ Да: родители, брат/сестра или собственный ребенок 5 баллов

РЕЗУЛЬТАТЫ:

Сумма баллов _____

Ваш риск развития сахарного диабета в течение 10 лет составит:

Общее количество баллов	Уровень риска СД 2 типа	Вероятность развития СД 2 типа
Менее 7	Низкий риск	1 из 100, или 1 %
7 – 11	Слегка повышен	1 из 25, или 4 %
12 – 14	Умеренный	1 из 6, или 17 %
15 – 20	Высокий	1 из 3, или 33 %
Более 20	Очень высокий	1 из 2, или 50 %

• Если Вы набрали менее 12 баллов: у Вас хорошее здоровье и Вы должны продолжать вести здоровый образ жизни.

• Если Вы набрали 12 – 14 баллов: возможно, у вас предиабет. Вы должны посоветоваться со своим врачом, как Вам следует изменить образ жизни.

• Если Вы набрали 15 – 20 баллов: возможно, у Вас предиабет или сахарный диабет 2 типа. Вам желательно проверить уровень глюкозы (сахара) в крови. Вы должны изменить свой образ жизни. Не исключено, что Вам понадобятся и лекарства для снижения уровня глюкозы (сахара) в крови.

• Если Вы набрали более 20 баллов: по всей вероятности, у Вас есть сахарный диабет 2 типа. Вы должны проверить уровень глюкозы (сахара) в крови и постараться его нормализовать. Вы должны

изменить свой образ жизни и Вам понадобятся и лекарства для контроля за уровнем глюкозы (сахара) в крови.

Снижение риска возникновения предиабета или сахарного диабета 2 типа

Вы не можете повлиять на свой возраст или наследственную предрасположенность к предиабету и сахарному диабету, но Вы можете изменить Ваш образ жизни и снизить тем самым риск развития этих заболеваний.

Вы можете снизить массу тела, стать более активным физически и потреблять более здоровую пищу. Эти изменения образа жизни особенно необходимы по мере увеличения возраста или при наличии у Вас наследственной отягощенности по сахарному диабету.

Здоровый образ жизни необходим и в том случае, если у Вас уже диагностировали предиабет или сахарный диабет 2 типа.

Для снижения уровня глюкозы (сахара) в крови, массы тела и уменьшения неблагоприятного прогноза заболевания может понадобиться лекарственная терапия.

Рекомендации по питанию пациентам с сахарным диабетом 2 типа

1. Питание должно быть частью терапевтического плана и способствовать достижению метаболических целей при любом варианте медикаментозной сахароснижающей терапии. В то же время, поскольку питание является важной составляющей образа жизни и оказывает сильное влияние на качество жизни, при формировании рекомендаций по питанию должны учитываться персональные предпочтения. В целом речь идет не о жестких диетических ограничениях, которые трудно реализовать на долгосрочной основе, а о постепенном формировании стиля рационального питания, отвечающего актуальным терапевтическим целям.
2. Всем пациентам с избыточной массой тела/ожирением рекомендуется ограничение калорийности рациона с целью умеренного снижения массы тела. Это обеспечивает положительный эффект в отношении гликемического контроля, липидов и артериального давления, особенно в ранний период заболевания. Достижение снижения массы тела наиболее эффективно при одновременном применении физических нагрузок и обучающих программ.
3. Резкие, нефизиологические ограничения в питании и голодание противопоказаны.
4. Идеального процентного соотношения калорий из белков, жиров и углеводов для всех пациентов с СД не существует. Рекомендации формируются на основе анализа актуального образа питания и метаболических целей. Как правило, полезным для снижения массы тела может быть максимальное ограничение жиров (прежде всего животного происхождения) и сахаров; умеренное (в размере половины привычной порции) – продуктов, состоящих преимущественно из сложных углеводов (крахмалов) и белков; неограниченное потребление – продуктов с минимальной калорийностью (в основном богатых водой и клетчаткой овощей).
5. Учет потребления углеводов важен для достижения хорошего гликемического контроля. Если пациент с СД 2 типа получает ИКД (ИУКД, ИСБД), оптимальным подходом является обучение подсчету углеводов по системе «хлебных единиц». В других случаях может быть достаточно практически ориентированной оценки.
6. С точки зрения общего здоровья, следует рекомендовать потребление углеводов в составе овощей, цельнозерновых, молочных продуктов, в противовес другим источникам углеводов, содержащим дополнительно насыщенные жиры или трансжиры, сахара или натрия. Важно также включать в рацион продукты, богатые моно- и полиненасыщенными жирными кислотами (рыба, растительные масла).
7. Не доказана польза от употребления в виде препаратов витаминов (в отсутствие признаков авитаминоза), антиоксидантов, микроэлементов, а также каких-либо пищевых добавок растительного происхождения при СД.
8. Допустимо умеренное потребление некалорийных сахарозаменителей.
9. Употребление алкогольных напитков возможно в количестве не более 1 условной единицы для женщин и 2 условных единиц для мужчин в сутки (но не ежедневно) при отсутствии панкреатита, выраженной нейропатии, гипертриглицеридемии, алкогольной зависимости. Одна условная единица соответствует 15 г этанола, или примерно 40 г крепких напитков, или 140 г вина, или 300 г пива. Употребление алкоголя увеличивает риск гипогликемии, в том числе отсроченной, у тех пациентов, которые получают секретагоги и инсулин. Необходимо обучение и постоянный контроль знаний о профилактике гипогликемий.

Продукты, которые можно употреблять без ограничения

- ☺ капуста (все виды)
- ☺ огурцы
- ☺ салат листовой
- ☺ зелень
- ☺ помидоры
- ☺ перец
- ☺ кабачки
- ☺ баклажаны
- ☺ свекла
- ☺ морковь
- ☺ стручковая фасоль
- ☺ редис, редька, репа
- ☺ зеленый горошек (молодой)
- ☺ шпинат, щавель
- ☺ грибы

- ☺ чай, кофе без сахара и сливок
- ☺ минеральная вода
- ☺ напитки на сахарозаменителях

Примечание:

- Овощи можно употреблять в сыром, отварном, запеченном виде.
- Использование жиров (масла, майонеза, сметаны) в приготовлении овощных блюд должно быть минимальным.

Продукты, которые следует употреблять в умеренном количестве

- ☹ нежирное мясо
- ☹ нежирная рыба
- ☹ молоко и кисломолочные продукты (нежирные)
- ☹ сыры менее 30% жирности
- ☹ творог менее 5% жирности
- ☹ картофель
- ☹ кукуруза
- ☹ зрелые зерна бобовых (горох, фасоль, чечевица)

- ☹ крупы
- ☹ макаронные изделия
- ☹ хлеб и хлебобулочные изделия (не сдобные)
- ☹ фрукты
- ☹ яйца

Примечание:

Умеренное количество означает половину от Вашей привычной порции.

Продукты, которые необходимо исключить или максимально ограничить

- ☹ масло сливочное
- ☹ масло растительное*
- ☹ сало
- ☹ сметана, сливки

- ☹ сыры более 30% жирности
- ☹ творог более 5% жирности
- ☹ майонез
- ☹ жирное мясо, копчености
- ☹ колбасные изделия

- ☹ жирная рыба
- ☹ кожа птицы
- ☹ консервы мясные, рыбные и растительные в масле
- ☹ орехи, семечки

- ☹ сахар, мед
- ☹ варенье, джемы
- ☹ конфеты, шоколад
- ☹ пирожные, торты и др. кондитерские изделия
- ☹ печенье, изделия из сдобного теста
- ☹ мороженое
- ☹ сладкие напитки ("Кока-кола", Фанта")
- ☹ алкогольные напитки

Примечание:

- Следует по возможности исключить такой способ приготовления пищи как жарка.
- Старайтесь использовать посуду, позволяющую готовить пищу без добавления жира.