

## Алгоритм диспансерного приема (осмотра, консультации) врачом-терапевтом пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением

Шепель Р. Н., Ипатов П. В., Дроздова Л. Ю., Калинина А. М., Лукьянов М. М., Марцевич С. Ю., Драпкина О. М.

ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России. Москва, Россия

Разработан единый алгоритм организации и проведения диспансерного приема (осмотра, консультации) врачом-терапевтом пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением.

С целью создания алгоритма выполнен анализ и систематизация данных об особенностях организации и проведения мероприятий, предусмотренных в рамках диспансерного приема (осмотра, консультации) пациентов врачом-терапевтом, содержащихся в нормативных правовых актах Российской Федерации, клинических рекомендациях, научной и методической литературе. Использованы аналитический и сравнительный методы, а также метод контент-анализа. Накопление, корректировка, систематизация полученных результатов проводились в электронных таблицах Microsoft Office Excel 2016.

Алгоритм диспансерного приема (осмотра, консультации) врачом-терапевтом пациентов состоит из 9 модулей: расспрос пациента; объективные исследования; оценка достижения целевых показателей здоровья; оценка риска неблагоприятных событий; оценка результатов консультаций врачей-специалистов; установление или уточнение диагноза заболевания (состояния); назначение по медицинским показаниям профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий; информирование пациента о результатах проведенного диспансерного приема (осмотра, консультации); оформление медицинской документации.

Разработанный алгоритм содержит систематизированную информацию о мероприятиях, предусмотренных в рамках диспансерного

приема (осмотра, консультации) пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением у врача-терапевта, что позволит в полной мере осуществлять профилактику и своевременное выявление осложнений или обострений заболеваний (состояний), коррекцию лечения, снижение числа внеплановых госпитализаций, осуществление медицинской реабилитации, лечебно-профилактического и санаторно-курортного лечения.

**Ключевые слова:** диспансерное наблюдение, алгоритм диспансерного приема, первичная медико-санитарная помощь, врач-терапевт.

**Отношения и деятельность:** нет.

**Поступила** 01/03-2025

**Принята к публикации** 11/03-2025



**Для цитирования:** Шепель Р. Н., Ипатов П. В., Дроздова Л. Ю., Калинина А. М., Лукьянов М. М., Марцевич С. Ю., Драпкина О. М. Алгоритм диспансерного приема (осмотра, консультации) врачом-терапевтом пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2025;24(3):4372. doi: 10.15829/1728-8800-2025-4372. EDN JHOQVT

### Algorithm of appointment (examination, consultation) of patients under follow-up care by a general practitioner

Shepel R. N., Ipatov P. V., Drozdova L. Yu., Kalinina A. M., Lukyanov M. M., Martsevich S. Yu., Drapkina O. M.  
National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine. Moscow, Russia

A unified algorithm for appointment (examination, consultation) of patients under follow-up care by a general practitioner has been developed.

In order to create the algorithm, we analyzed and systematized data on managing and conducting events within the appointment (examination, consultation) of outpatients by a general practitioner, contained in regulatory legal acts of the Russian Federation, clinical guidelines, scientific and methodological literature. Analytical and comparative

methods, as well as the method of content analysis were used. The accumulation, adjustment, and systematization of the obtained results were carried out in Microsoft Office Excel 2016 spreadsheets.

The algorithm for a dispensary appointment (examination, consultation) by a general practitioner consists of 9 following modules: patient intake; physical examination; assessing the achievement of health targets; assessing the risk of adverse events; assessing the results of consultations with specialists; establishing or clarifying the diagnosis

\*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

e-mail: r.n.shepel@mail.ru

[Шепель Р. Н.\* — к.м.н., зам. директора по перспективному развитию медицинской деятельности, руководитель отдела научно-стратегического развития ПМСП, в.н.с., ORCID: 0000-0002-8984-9056, Ипатов П. В. — д.м.н., профессор, г.н.с., ORCID: 0000-0001-7724-6429, Дроздова Л. Ю. — к.м.н., руководитель лаборатории поликлинической терапии, ORCID: 0000-0002-4529-3308, Калинина А. М. — д.м.н., профессор, руководитель отдела первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний в системе здравоохранения, ORCID: 0000-0003-2458-3629, Лукьянов М. М. — к.м.н., руководитель отдела клинической кардиологии, ORCID: 0000-0002-5784-4525, Марцевич С. Ю. — д.м.н., профессор, руководитель отдела профилактической фармакологии, ORCID: 0000-0002-7717-4362, Драпкина О. М. — д.м.н., профессор, академик РАН, директор, ORCID: 0000-0002-4453-8430].

of a disease (condition); prescribing preventive, diagnostic, therapeutic, and rehabilitation measures for medical reasons; informing the patient about the appointment (examination, consultation); preparing medical documentation.

The developed algorithm contains systematized information on the activities within appointment (examination, consultation) of patients under follow-up care by a general practitioner, which will allow for the full implementation of prevention and timely detection of complications or exacerbations of diseases (conditions), treatment adjustment, reduction in the number of urgent hospitalizations, implementation of medical rehabilitation, therapeutic and preventive and health resort treatment.

**Keywords:** follow-up care, dispensary appointment algorithm, primary health care, general practitioner.

**Relationships and Activities:** none.

Shepel R. N.\* ORCID: 0000-0002-8984-9056, Ipatov P. V. ORCID: 0000-0001-7724-6429, Drozdova L. Yu. ORCID: 0000-0002-4529-3308, Kalinina A. M. ORCID: 0000-0003-2458-3629, Lukyanov M. M. ORCID: 0000-0002-5784-4525, Martsevich S. Yu. ORCID: 0000-0002-7717-4362, Drapkina O. M. ORCID: 0000-0002-4453-8430.

\*Corresponding author: r.n.shepel@mail.ru

**Received:** 01/03-2025

**Accepted:** 11/03-2025

**For citation:** Shepel R. N., Ipatov P. V., Drozdova L. Yu., Kalinina A. M., Lukyanov M. M., Martsevich S. Yu., Drapkina O. M. Algorithm of appointment (examination, consultation) of patients under follow-up care by a general practitioner. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2025; 24(3):4372. doi: 10.15829/1728-8800-2025-4372. EDN JHOQVT

АГ — артериальная гипертензия, АД — артериальное давление, ДН — диспансерное наблюдение, ДОГВН — диспансеризация определенных групп взрослого населения, ИБС — ишемическая болезнь сердца, ИКПК — индивидуальное краткое профилактическое консультирование, ЛП — лекарственные препараты, МО — медицинская организация, ПМО — профилактический медицинский осмотр, ПМСП — первичная медико-санитарная помощь, СД — сахарный диабет, ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания, ФА — физическая активность, ФП — фибрилляция предсердий, ФР — фактор риска, ХНИЗ — хронические неинфекционные заболевания, ХСН — хроническая сердечная недостаточность.

### Ключевые моменты

#### Что известно о предмете исследования?

- Наличие большого числа нормативных правовых актов и методических документов, регламентирующих действия врача-терапевта при выполнении профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий при проведении врачом-терапевтом диспансерных приемов (осмотров, консультаций) в рамках диспансерного наблюдения (ДН), вызывает трудности в их обобщении и систематизации.
- Отсутствие унифицированного алгоритма действий врача-терапевта в рамках диспансерного приема (осмотра, консультации) больных, состоящих под ДН.

#### Что добавляют результаты исследования?

- Разработан алгоритм диспансерного приема (осмотра, консультации) врачом-терапевтом пациентов, состоящих под ДН, структура которого включает 9 модулей.

### Key messages

#### What is already known about the subject?

- Large number of regulatory legal acts and methodological documents regulating the actions of a general practitioner in performing preventive, diagnostic, therapeutic and rehabilitation measures within follow-up care appointments (examinations, consultations) causes difficulties in their generalization and systematization.
- There is no unified algorithm of appointment (examination, consultation) of patients under follow-up care by a general practitioner.

#### What might this study add?

- An algorithm of appointment (examination, consultation) of patients under follow-up care by a general practitioner has been developed, the structure of which includes 9 modules.

## Введение

Диспансерное наблюдение (ДН) — это динамическое обследование лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления ухудшения клинического течения, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, их профилактики, осуществления медицинской реабилитации

и оценке достижения целевых показателей<sup>1,2</sup>. Обследование больных, подлежащих ДН, выполняет

<sup>1</sup> Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". <https://base.garant.ru/12191967/> (дата обращения: 09.02.2025).

<sup>2</sup> Приказ Минздрава России от 15 марта 2022 г. № 168н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми". <https://base.garant.ru/404523658/> (дата обращения: 09.02.2025).

ся с определенной периодичностью, минимальное число визитов которых определяется Порядком о проведении ДН за взрослыми<sup>2</sup>. Лица, страдающие отдельными хроническими неинфекционными (ХНИЗ) и инфекционными заболеваниями или имеющие высокий риск их развития, а также лица, находящиеся в восстановительном периоде после перенесенных острых заболеваний (состояний), в т.ч. после травм и отравлений, должны быть взяты под ДН врачом-терапевтом в течение трех рабочих дней после установления диагноза при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях или получения выписного эпикриза из медицинской карты стационарного больного по результатам оказания медицинской помощи в стационарных условиях<sup>2</sup>. Под врачом-терапевтом в данном случае понимается врач-терапевт первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), врач-лечебник (врач-терапевт участковый), врач общей практики (семейный врач), врач-терапевт участкового цехового лечебного участка, фельдшер фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского здравпункта) в случае возложения на него руководителем медицинской организации (МО) отдельных функций лечащего врача, в т.ч. по проведению ДН<sup>3</sup>. Длительность наблюдения за пациентами с хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, при наличии которых врачом-терапевтом устанавливается ДН, как правило, пожизненная, за исключением ряда заболеваний (состояний), при которых ДН устанавливается в течение определенного периода времени с момента обострения заболеваний (состояний) либо индивидуально с учетом рекомендаций врача-специалиста<sup>2</sup>.

Медицинская помощь, согласно статье 37 Федерального закона № 323 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" организуется и оказывается в соответствии с Положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, Порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи<sup>1</sup>. Полнота охвата лечебно-профилактической помощью лиц, состоящих под ДН, служит одним из критериев эффектив-

ности врача-терапевта<sup>4</sup>. Кроме того, к критериям эффективности деятельности, в т.ч. в рамках ДН, врачом-терапевтом относят уменьшение числа случаев и количества дней временной нетрудоспособности лиц, находящихся под ДН; уменьшение числа госпитализаций по экстренным медицинским показаниям, по поводу обострений и осложнений заболеваний; отсутствие увеличения или сокращение числа случаев инвалидности среди лиц, находящихся под ДН; снижение показателей предотвратимой смертности, в т.ч. смертности вне МО, лиц, находящихся под ДН; уменьшение частоты обострений хронических заболеваний у лиц, находящихся под ДН; снижение числа вызовов скорой медицинской помощи среди взрослого населения, находящегося под ДН<sup>5</sup>.

Наличие большого числа нормативных правовых актов и методических документов, регламентирующих действия врача-терапевта при выполнении профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий при проведении диспансерных приемов (осмотров, консультаций) в рамках ДН, вызывает трудности в их обобщении и систематизации. В связи с этим возникает необходимость разработки унифицированного алгоритма действий врача-терапевта в рамках диспансерного приема (осмотра, консультации) больных, состоящих под ДН.

Цель исследования — разработать единый алгоритм организации и проведения диспансерного приема (осмотра, консультации) врачом-терапевтом пациентов, состоящих под ДН.

## Методология разработки алгоритма

Выполнен анализ и систематизация данных об особенностях организации и проведения мероприятий, предусмотренных в рамках диспансерного приема (осмотра, консультации) пациентов врачом-терапевтом, содержащаяся в нормативных правовых актах Российской Федерации, клинических рекомендациях, научной и методической литературе. Использованы аналитический и сравнительный методы, а также метод контент-анализа. Накопление, корректировка, систематизация полученных результатов проводилась в электронных таблицах Microsoft Office Excel 2016.

<sup>3</sup> Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 марта 2012 г. № 252н "Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты". <https://base.garant.ru/70170588/> (дата обращения: 09.02.2025).

<sup>4</sup> Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 19 апреля 2007 г. № 282 "Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности врача-терапевта участкового". <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/4084699/> (дата обращения: 09.02.2025).

<sup>5</sup> Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. Методические рекомендации. Под ред. С.А. Бойцова и А.Г. Чучалина. М.: 2014 — 112 с. [https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2019/12/metod\\_rek\\_disp\\_nabl.pdf](https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2019/12/metod_rek_disp_nabl.pdf) (дата обращения: 09.02.2025).

Проанализированы 61 нормативно-правовой акт Российской Федерации (4 федеральных закона Российской Федерации, 2 постановления Правительства Российской Федерации, 55 приказов федеральных органов исполнительной власти, в т.ч. 52 Минздрава России) и 31 клиническая рекомендация, одобренные Научно-практическим Советом Минздрава России, полный перечень которых доступен по ссылке: <https://org.gnicpm.ru/npa>.

## Создание алгоритма

Алгоритм диспансерного приема (осмотра, консультации) врачом-терапевтом пациентов, состоящих под ДН, представлен в виде схемы (рисунок 1). Мероприятия, проводимые в рамках диспансерного приема (осмотра, консультации) пациентов врачом-терапевтом, условно можно разделить на 9 модулей: расспрос пациента; объективные исследования; оценка достижения целевых показателей здоровья; оценка риска неблагоприятных событий; оценка результатов консультаций врачей-специалистов; установление или уточнение диагноза заболевания (состояния); назначение (корректировка) лечения; информирование пациента о результатах проведенного диспансерного приема (осмотра, консультации); оформление медицинской документации.

### Модуль I. Расспрос пациента (лат. — *interrogatio*)

**Сбор жалоб.** Известно, что предварительный диагноз по данным расспроса можно поставить у 50% больных, а на основании расспроса и данных физического (физикального) осмотра — в 80-85% случаев; лишь у 15-20% для постановки диагноза требуется дополнительные лабораторные и инструментальные исследования [1]. Жалобы — это субъективные данные больного о состоянии его здоровья в момент расспроса. В связи с этим крайне важно структурировать их на основные (больше всего беспокоящие больного), дополнительные (сопутствующие основным жалобам), общие (неспецифические, могут принадлежать ко многим заболеваниям) и прочие (обусловленные сопутствующими заболеваниями, находящимися в момент осмотра вне обострения) [2]. Поскольку больной, состоящий под ДН, может предъявлять много разнообразных жалоб, немаловажным является их сепарация относительно заболевания, по поводу которого пациент состоит под ДН, и в случае их наличия — конкретизация, детализация и оценка динамики их изменений со временем, в т.ч. за период от даты предыдущего диспансерного приема (осмотра, консультации). Обязательно подлежит выяснению связь жалоб с физиологическими функциями (дыханием, мочеиспусканием, дефекацией, сном и др.), положением тела, физической активностью, психоэмоциональной нагрузкой, приемом пищи и лекарств, временем суток, погодными и иными внешними условиями и воздействиями.

**Сбор анамнеза.** Тщательный анамнез и правильная его оценка, как правило, предоставляют ценные сведения для постановки этиологического, анатомического, физиологического и функционального диагноза и составляют наиболее важную часть обследования пациента. При одних заболеваниях (состояниях) для подтверждения диагноза за физическое (физикальное) исследование имеет большее значение, чем лабораторные и инструментальные, а при других — наоборот, однако во всех случаях расспрос больного и сбор анамнеза является важным этапом. В рамках первого диспансерного приема (осмотра, консультации) сбор информации врачом-терапевтом должен включать все виды анамнеза.

1. **Анамнез настоящего заболевания (*anamnesis morbi*)** — в хронологической последовательности выполняется описание возникновения, течения и развития заболевания, по поводу которого больной состоит под ДН, от первых его проявлений до момента постановки под ДН и последующего наблюдения [1-10]. При этом, важно уточнить информацию:

- об общем состоянии здоровья перед настоящим заболеванием;
- о мнении больного о причинах, вызвавших заболевание, по поводу которого он состоит под ДН;
- о времени, условиях появления и первых симптомах;
- о последовательности появления новых симптомов и их развитии, об условиях и времени их появления, усиления, ослабления, исчезновения, об условиях, при которых появлялись или изменялись симптомы болезни;
- о влиянии появления, усиления или исчезновения того или иного симптома болезни на остальные симптомы;
- о мероприятиях лечебного характера, к которым прибегал больной в течение настоящего заболевания, и их результаты.

### 2. **История жизни (*anamnesis vitae*)** [1-10].

- **биографические данные** (дата и место рождения, особенности развития в детском, юношеском и подростковом возрасте, этническая принадлежность, образование, отношение к военной службе);
- **семейно-половой анамнез** (семейное положение, наличие детей и их возраст; для женщин — гинекологический анамнез, для мужчин — оценка репродуктивно-сексуальной функции);
- **трудовой анамнез** (с какого возраста, где и кем работает, наличие профессиональных вредностей; режим труда: продолжительность работы, ее темп, напряженность, перерывы в работе, умственная или физическая, дневная или ночная работа; если больной пенсионер — необходимо уточнить род деятельности в настоящее время и до выхода на пенсию);

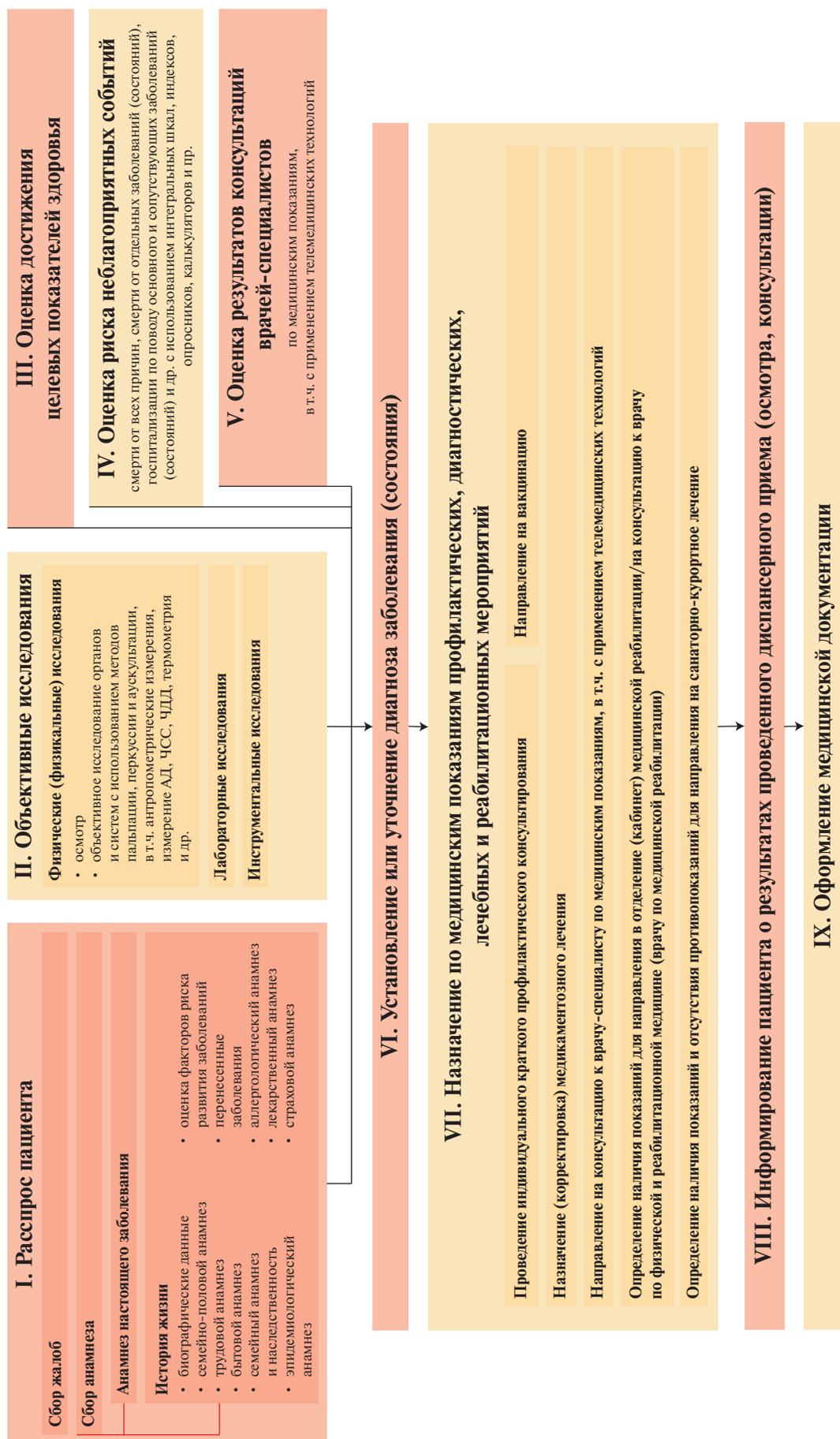


Рис. 1 Алгоритм диспансерного приема (осмотра, консультации) врачом-терапевтом пациентов, состоящих под ДН.  
Примечание: АД — артериальное давление, ДН — диспансерное наблюдение, ИКПК — индивидуальное краткое профилактическое консультирование, ЧДД — частота дыхательных движений, ЧСС — частота сердечных сокращений.

- *бытовой анамнез* (жилищные и санитарно-бытовые условия проживания; финансово-экономические условия);

- *семейный анамнез и наследственность* (возраст и состояние здоровья родственников трех степеней родства: в случае смерти — уточнение возраста умершего и причины смерти; наличие у родственников распространенных заболеваний, имеющих наследственный генез или характеризующихся наследственной предрасположенностью — гиперлипидемия, сахарный диабет (СД), артериальная гипертензия (АГ), эпилепсия, бронхиальная астма, атопия, психические заболевания (алкоголизм, депрессия, шизофрения), онкологические заболевания и др.);

- *эпидемиологический анамнез* (уточнить, выезжал ли больной за пределы региона проживания последние 6 мес. и выполнялась ли в связи с этим вакцинация; пребывал ли больной в странах с непривычным климатом и условиями жизни, был ли контакт с лихорадящими больными);

- *оценка факторов риска (ФР) развития заболеваний* (поведенческие: курение, прием алкоголя, нерациональное питание, низкая физическая активность (ФА), отсутствие рекомендованной вакцинации от заболеваний и др.; физиологические: избыточная масса тела или ожирение, повышенный уровень артериального давления (АД), гиперлипидемия, гипергликемия и др.; демографические: возраст, пол, подгруппы населения в зависимости от рода занятий, религиозной принадлежности или уровня дохода и др.; генетические; экологические; немодифицируемые (пол, возраст, наследственные заболевания и др.) и модифицируемые ФР (курение, гиперлипидемия, низкая ФА и др.). Оценка динамики ФР в сравнении с данными, полученными при предыдущем диспансерном приеме (осмотре, консультации) является обязательной.

Важно отметить и в практической работе с пациентами учитывать, что распространенность отдельных ФР, в частности — поведенческих (курение, низкая ФА, прием алкоголя) и физиологических (избыточная масса тела или ожирение, гипергликемия, гиперлипидемия, повышенный уровень АД), по данным эпидемиологических исследований (к примеру, ЭССЕ-РФ — Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в регионах Российской Федерации) существенно выше аналогичных показателей, регистрируемых у лиц, прошедших профилактические медицинские осмотры (ПМО) и диспансеризацию определенных групп взрослого населения (ДОГВН) [11-20]. Проведенный социологический опрос продемонстрировал высокую осведомленность врачей, в т.ч. врачей-терапевтов, о необходимости контролировать ФР и прикладывать усилия к их модификации, однако ~40% опрошенных констатировали, что уделяют

недостаточно времени на разъяснение пациентам вопросов, связанных с модификацией образа жизни, питания и ФА [21]. В связи с этим стоит обращать внимание на качество проводимого сбора информации о наличии тех или иных ФР у пациента, соблюдать правила вынесения заключения по результатам опроса (анкетирования) в рамках ПМО/ДОГВН и последующего профилактического консультирования согласно действующим методическим рекомендациям и стандартным операционным процедурам [22, 23].

- *перенесенные заболевания* (заболевания, перенесенные в детском возрасте; наиболее распространенные инфекционные заболевания, например: ангина, грипп, новая коронавирусная инфекция (COVID-19 — COroNa Virus Disease 2019), тиф, туберкулез, дизентерия, малярия, гепатит, ВИЧ-инфекция, венерические заболевания и др., их течение, тяжесть, осложнения и повторность; операции, травмы, ранения, контузии; наличие других, в т.ч. ХНИЗ, их течение, длительность и тяжесть, проводимое лечение.

Крайне важной является оценка наличия коморбидных заболеваний у пациента. Коморбидность (мультиморбидность) — это сочетание у одного больного  $\geq 2$  хронических заболеваний этиопатогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени проявления вне зависимости от активности каждого из них [24, 25]. По данным регистров ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России наиболее высокие показатели смертности среди пациентов, состоящих под ДН, отмечаются у коморбидных пациентов. Наиболее высокий риск — у пациентов с сердечно-сосудистой коморбидностью, а также у пациентов с сочетанием ССЗ и других ХНИЗ [24]. Так, по данным амбулаторного регистра РЕКВАЗА (Регистр Кардиоваскулярных Заболеваний), у обращающихся в МО ПМСР совокупное число диагнозов (АГ, ишемическая болезнь сердца (ИБС), хроническая сердечная недостаточность (ХСН), фибрилляция предсердий (ФП), СД, хроническая обструктивная болезнь легких) достигало 4,1/1 пациента; доля сочетанной сердечной патологии составляла 63%, а мультиморбидность в виде сочетания ССЗ и некардиальной патологии была зарегистрирована в 94% случаев [26]. Кроме того, по данным амбулаторного регистра на примере г. Рязани среди больных с сочетанием ИБС и АГ у каждого шестого регистрируется ФП, а у более половины — ХСН [26, 27]. По данным амбулаторного регистра РЕКВАЗА ФП-Ярославль перенесенный инфаркт миокарда у больных АГ встречается в 11% случаев, у больных ИБС — в 8%, у больных ХСН — в 15%, у больных с ФП — в 20% случаев, перенесенный инсульт — у больных АГ в 17%, у больных ИБС — в 10%, у больных с ФП — в 11% [28]. В регистре СОФИТ

(госпитальный регистр многопрофильного медицинского центра), в который включены 21783 пациента, госпитализированных в ГУЗ ТО "Тульская областная клиническая больница" с 01.01.21 по 31.12.21гг, показано, что доля случаев ССЗ составила 65,7%, из них с двумя и более ССЗ было 38,2% пациентов, с 3-4 ССЗ — 11,7%; доля лиц с ССЗ и/или хронической некардиальной патологией составила 84,4%, перенесших COVID-19 — 12,9% [29]. По данным амбулаторного этапа наблюдения регистра РЕГИОН-М (РЕГИСТР больных, перенесших Острое Нарушение мозгового кровообращения и госпитализированных в Московский стационар) среди пациентов с перенесенным острым нарушением мозгового кровообращения и СД статистически значимо чаще имели в анамнезе коморбидные заболевания (ИБС, ХСН, перенесенный инфаркт миокарда, АГ, заболевания почек и хронические заболевания легких) по сравнению с пациентами с перенесенным острым нарушением мозгового кровообращения и без СД [30]. Кроме того, следует учесть, что количество хронических заболеваний у больных варьирует от 2,8 в возрасте 10-44 лет до 6,4 у пациентов старше 65 лет, при этом от 30 до 80% пациентов старшей возрастной группы имеет  $\geq 3$  хронических заболеваний [31]. Все это диктует необходимость актуализации подходов к проведению ДН пациентов с ХНИЗ с целью повышения его эффективности и снижения смертности. Поэтому в 2022г были утверждены методические рекомендации по организации приоритизации пациентов в рамках ДН, содержащие, в т.ч., подходы к определению групп коморбидных пациентов для проактивного приглашения на диспансерный прием (осмотр, консультацию), базирующиеся на оценке риска преждевременной смерти при сочетании заболеваний, относящихся к ХНИЗ, в первую очередь, ССЗ, СД, болезни органов дыхания, болезней почек, а также их осложнений<sup>6</sup>;

- *аллергологический анамнез* (непереносимость запахов, продуктов, лекарственных препаратов, вакцин и сывороток, наличие аллергических реакций, их причинность и сезонность);

- *лекарственный анамнез*;

В рамках сбора лекарственного анамнеза необходимо уточнить у пациента информацию обо всех принимаемых лекарственных препаратах (ЛП), как рецептурных, так и безрецептурных, в т.ч. витаминах, биологически активных добавках и растительных препаратах, провести учет их совместимости и влияния на всасывание, метаболизм и выведение [1-10].

<sup>6</sup> Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю., Фисенко В.С. и др. Методические рекомендации по организации приоритизации пациентов в рамках диспансерного наблюдения. М.: ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России, 2022, 42 с. <https://org.gnicpm.ru/wp-content/uploads/2024/01/3-ter-mr.pdf> (дата обращения: 09.02.2025).

Важно выполнить оценку приверженности пациента к назначенному ранее лечению. Частота неприверженности среди больных к врачебным рекомендациям по терапии ХНИЗ по данным различных исследований варьирует от 4 до 88%, в среднем длительная приверженность к длительному лечению у пациентов с ХНИЗ составляет не  $>50\%$  [24]. Особенно остро вопрос приверженности к назначаемому лечению стоит среди пациентов с коморбидными заболеваниями, когда имеет место ряд барьеров: связанных с пациентом/заболеванием (пожилой возраст, когнитивные нарушения, низкий социальный статус, опасение побочных эффектов ЛП и нежелание принимать их длительное время), связанных с терапией (полифармация, сложный режим приема ЛП) и связанных с врачами/организацией системы здравоохранения (ошибки назначения, отсутствие коллаборации между специалистами, ведущими коморбидного пациента).

Одно из положений международной декларации о приверженности к лечению 2023 ("Омская декларация") сообщает, что при оказании лечебной и профилактической помощи, в первую очередь больным с хроническими заболеваниями, комплексная оценка приверженности должна стать рутинным методом медицинской практики [32]. В настоящее время известны и широко используются как зарубежные — MMAS-4 (4-item Morisky Medication Adherence Scale) и MMAS-8 (8-item Morisky Medication Adherence Scale), Hill-Bone, SEAMS, BMQ, MARS (Medication Adherence Report Scale) и др., так и отечественные — шкала приверженности Национального общества доказательной фармакотерапии, опросник КОП-25 (Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению) шкалы, тесты и опросники, однако каждая из них имеет как определенные преимущества, так и недостатки [33-36]. В связи с этим для повышения точности диагностики рекомендуется одновременное использование нескольких доступных методов оценки приверженности пациентов к рекомендованной терапии.

Увеличение с возрастом числа заболеваний у отдельного пациента может служить причиной к назначению большого числа ЛП (полипрагмазии). По данным отдельных исследований полипрагмазия среди лиц в возрасте 60-69 лет встречается в 7,4-28,6%, в возрасте  $\geq 80$  лет — в 18,6-51,8% вне зависимости от пола [37]. Вместе с тем, в недавно опубликованном систематическом обзоре показано, что в опросниках/анкетах по оценке риска госпитализации, среди 61 установленного предиктора одним из наиболее часто используемых выступал "прием  $\geq 5$  рецептурных ЛП" (среди лиц  $\geq 65$  лет — "прием  $\geq 3$  рецептурных ЛП") [38]. Очевидно, что наиболее приемлемым методом в борьбе с полипрагмазией является отмена ЛП, которые не показаны

или противопоказаны больному, и назначение тех ЛП, для которых имеются прямые показания, но которые больной не получает [39]. В связи с этим в рамках каждого диспансерного приема (осмотра, консультации) необходимо постепенно отменять ЛП, которые больше не нужны или неэффективны, оптимизировать дозировку ЛП (выполнять коррекцию доз с учетом возраста, веса и функции почек/печени). Следует принимать во внимание, что существуют специальные инструменты для борьбы с полипрагмазией: критерии Бирса (содержат перечень потенциально нежелательных ЛП для пожилых пациентов), критерии STOPP/START (Screening Tool of Older People's Prescriptions/Screening Tool to Alert to Right Treatment) (позволяют выявить неоправданные и упущенные назначения ЛП), индекс MAI (Medication Appropriateness Index) (оценивает целесообразность назначения каждого ЛП), однако использование этих критериев ни в одном случае четко не продемонстрировало положительного влияния на исходы заболеваний и снижение риска полипрагмазии [40]. В отдельных ситуациях с целью оптимизации медикаментозной терапии и минимизации риска полипрагмазии стоит получить консультацию клинического фармаколога. Не менее важна согласованная позиция по оптимальной схеме назначаемых ЛП между врачами, если пациент наблюдается у нескольких специалистов, а также вовлечение больного и его родственников путем обучения правильному приему ЛП и информированию о возможных рисках. Перспективным в вопросе рациональной фармакотерапии и предупреждении полипрагмазии видится использование резервов электронных медицинских карт в медицинских информационных системах, функционал которых позволяет отслеживать все назначения ЛП, их соответствие клиническим рекомендациям и выявлять дублирование, в т.ч. с использованием искусственного интеллекта [41, 42].

- *страховой анамнез* (наличие больничного листа с даты предыдущего диспансерного приема (осмотра, консультации), его причина, продолжительность и повод; наличие инвалидности — с какого возраста, причина и группа) [10].

**Модуль II. Объективные исследования (*status praesens*).**

**Физические (физикальные) исследования** — осуществляются непосредственно врачом-терапевтом с помощью его органов чувств и простых и общедоступных приспособлений:

- *осмотр (inspectio)* — общий осмотр и осмотр отдельных частей тела. В рамках общего осмотра оценивается состояние сознания и психического облика больного, положение, телосложение, конституция, осанка, походка, общий вид (*habitus*), состояние внешних покровов. При осмотре частей тела выполняется осмотр лица, полости рта, головы, шеи, осмотр туловища и конечностей.

- *объективное исследование органов и систем* с использованием методов пальпации, перкуссии и аускультации (нервная система, системы органов дыхания, кровообращения, пищеварения, гепатолиенальной, мочевыделительной, костно-мышечной, лимфатической и эндокринной систем), в т.ч. *антропометрические измерения* (рост, вес, расчет индекса массы тела по формуле A Quetelet, окружность груди, бедер и талии), *измерение АД по Н. С. Короткову* в положении пациента лежа, сидя и стоя, сравнения АД между руками), *термометрия*, *частота сердечных сокращений и дыхательных движений и др.* [1-10, 43].

Оценка динамики показателей физического (физикального) исследования и сравнение с данными, полученными при предыдущем диспансерном приеме (осмотре, консультации) является обязательной.

**Лабораторные исследования.** Обязательные и дополнительные методы исследования согласно соответствующим стандартам оказания медицинской помощи<sup>7</sup>, клиническим и методическим рекомендациям при заболевании (состоянии)<sup>8,9</sup>, по поводу которого больной состоит под ДН. Выполняется сравнение показателей с нормой и/или целевым уровнем, а также анализ их динамики в сравнении с показателями, полученными при предыдущем диспансерном приеме (осмотре, консультации).

**Инструментальные исследования.** Обязательные и дополнительные методы исследования согласно соответствующим стандартам оказания медицинской помощи<sup>7</sup>, клиническим и методическим рекомендациям при заболевании (состоянии)<sup>8,9</sup>, по поводу которого больной состоит под ДН. Выполняется сравнение показателей с нормой и/или целевым уровнем, а также анализ их динамики в сравнении с показателями, полученными при предыдущем диспансерном приеме (осмотре, консультации).

**Модуль III. Оценка достижения целевых показателей здоровья.** Перечень контролируемых показателей состояния здоровья в рамках проведения ДН указан в Порядке проведения ДН за взрослыми<sup>2</sup>, значения целевых показателей — в клинических рекомендациях по заболеванию (состоянию)<sup>8</sup>. В случае проведения ДН за пациентами с несколькими заболеваниями, перечень и значения контролируемых показателей состояния здоровья в рамках диспансерного приема (осмотра, консультации)

<sup>7</sup> Стандарты оказания медицинской помощи. [https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_141711/d375208be868fbaaccfc78b56276bbad1668522b/](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_141711/d375208be868fbaaccfc78b56276bbad1668522b/) (дата обращения: 09.02.2025).

<sup>8</sup> Рубрикатор клинических рекомендаций. <https://cr.minzdrav.gov.ru> (дата обращения: 09.02.2025).

<sup>9</sup> Библиотека ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России. Диспансерное наблюдение. <https://gnicpm.ru/speczialistam/library/library-terapiya.html.html> (дата обращения: 09.02.2025).

должен включать все параметры, соответствующие каждому заболеванию<sup>2</sup>.

**Модуль IV. Оценка риска неблагоприятных событий** (смерти от всех причин, смерти от отдельных состояний/заболеваний, госпитализации по поводу основного и сопутствующих состояний/заболеваний и др.) с использованием интегральных шкал, индексов, опросников, калькуляторов и пр. На основании выявленных факторов, ассоциированных с более высоким риском неблагоприятного исхода (событий), в т.ч. учетом наличия заболеваний, прогностически значимых отклонений ряда показателей лабораторных и инструментальных исследований, выполняется комплексная их оценка с использованием валидированных методов, результатом которой служит определение тактики профилактических и лечебных мероприятий у конкретного больного. Система совокупной оценки ФР должна включать анализ максимального количества ФР, но при этом быть простой и надежной, т.к. будет применяться при скрининге больших групп населения [44]. В настоящее время в отечественном практическом здравоохранении используется большое количество инструментов для оценки риска неблагоприятных событий: шкала SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation; шкала оценки коронарного риска), шкала CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc (Congestive Heart failure, Hypertension, Age (2 ball), Diabetes mellitus, Stroke (2 ball), Vascular disease, Age, Sex category; шкала для оценки риска тромбэмболических осложнений у больных с ФП), шкала HAS-BLEND (Hypertension, Abnormal renal-liver function, Stroke, Bleeding history or predisposition, Labile international normalized ratio, Elderly (65 years), Drugs or alcohol concomitantly; шкала для оценки риска кровотечения у больных с ФП), индекс коморбидности Charlson ME, et al. [23, 45-47]. Кроме того, интернисты в рутинной практике широко используют различные инструменты для оценки неблагоприятных событий по отдельным заболеваниям и состояниям; это, к примеру, шкала Child-Pugh, шкала FINDRISC (The Finnish Diabetes Risk Score), различные опросники и шкалы по оценке госпитализации и др., многие из которых не имеют валидации на российской популяции [24, 38, 48, 49]. Следует отметить, что немалая часть инструментов для оценки неблагоприятных событий разработана на основании анализа баз данных, а не медицинских регистров, созданных в соответствии с требованиями доказательной медицины, что существенно снижает их значимость и применимость в практическом здравоохранении, в т.ч. к различным вариантам коморбидных заболеваний и состояний, имеющих место у конкретного больного. В этой части перспективным видится использование электронного калькулятора 10-летнего риска развития неблагоприятных исходов у больных ССЗ, разработанный коллективом экспертов ФГБУ

"НМИЦ ТПМ" Минздрава России, который позволяет оценить риск смерти от всех причин, смерти от сердечно-сосудистых причин и госпитализации по поводу ССЗ<sup>10</sup>. В настоящее время выполняется апробация и валидация инструмента в рамках диспансерного приема (осмотра, консультации) в пилотных МО ПМСП субъектов России.

**Модуль V. Оценка результатов консультаций врачей-специалистов** по медицинским показаниям, в т.ч. с применением телемедицинских технологий<sup>2,11,12</sup>. На данном этапе важно уточнить наличие консультаций врачей-специалистов за период от даты предыдущего диспансерного приема (осмотра, консультации), выполненных на амбулаторном или стационарном этапах, и, в случае их наличия, — изучить результаты выполненных лабораторных и инструментальных исследований, наличия новых (уточнение имеющихся) диагнозов заболеваний (состояний), рекомендованных по медицинским показаниям профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

**Модуль VI. Установление или уточнение диагноза (-ов) заболевания (-ний)/состояния (-ний).** При формулировке диагноза необходимо указывать все его рубрики, учитывать современные требования законодательства Российской Федерации и принципы кодирования согласно правилам международной статистической классификации болезней 10 пересмотра: основное заболевание, конкурирующее заболевание (при наличии), сочетанное заболевание (при наличии), фоновое заболевание (при наличии), осложнения основного заболевания (конкурирующего, сочетанного, фонового заболеваний — при наличии), сопутствующие заболевания (при наличии)<sup>1,13</sup>.

**Модуль VII. Назначение по медицинским показаниям профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий:**

**1. Проведение индивидуального краткого профилактического консультирования (ИКПК).** В рамках ИКПК пациент должен получить общие рекомендации (основы здорового образа жизни) и, в зависимости от имеющихся ФР, краткие рекомендации по их коррекции [23, 50-52]. ИКПК ограничено по

<sup>10</sup> Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ от 18.11.2024 № 2024687325.

<sup>11</sup> Приказ Минздрава России от 30 ноября 2017 г. № 965н "Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий". <https://base.garant.ru/71851294/> (дата обращения: 09.02.2025).

<sup>12</sup> Приказ Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 923н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "терапия". <https://base.garant.ru/70299176/> (дата обращения: 09.02.2025).

<sup>13</sup> Инструкция по использованию Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем десятого пересмотра. <https://base.garant.ru/70805430/> (дата обращения: 09.02.2025).

времени (не >10 мин), поэтому проведение его рекомендуется по структурированной схеме:

- информировать пациента как о выявленных заболеваниях, так и об имеющихся у него ФР, величине суммарного сердечно-сосудистого риска, об отдельных результатах физических (уровень АД, частота сердечных сокращений), лабораторных (при определении липидного спектра: об уровне общего холестерина и холестерина липопротеинов отдельных классов) данных, уровне глюкозы крови и инструментальных исследований, установленной группе здоровья. Информировать о рекомендуемых для его возраста (пола) целевых уровнях факторов и показателей, к которым необходимо стремиться. Дать советы по основам самоконтроля АД в домашних условиях (особенно важно при повышении АД), основам и методам первой помощи и доврачебной самопомощи при острых заболеваниях (состояниях). Разъяснить лицу с высоким риском развития угрожающего жизни заболевания (состояния) или их осложнения, а также лицам, совместно с ним проживающим, правил и необходимых действий при их развитии и первостепенной важности своевременного вызова скорой медицинской помощи;

- объяснить пациенту с ФР их негативное влияние на здоровье и необходимость снижения риска и поддержания здорового образа жизни, повышения ответственности за здоровье, важность постоянного контроля ФР. Рекомендации по ФР при ИКПК представлены в методических материалах ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России, на официальном портале Министерства здравоохранения Российской Федерации "Так здорово"<sup>14</sup>, портале "Врачи врачам"<sup>15</sup>;

- оценить отношение пациента к ФР, его желание и готовность к изменению (оздоровлению) образа жизни. Информировать пациента о возможности получить и, в случае положительного решения — направить на углубленное профилактическое консультирование (индивидуальное или групповое) в отделение (кабинет) медицинской профилактики или центр здоровья;

- регистрировать в амбулаторных картах ФР, рекомендации, сроки повторных контрольных визитов при необходимости;

- контролировать выполнение рекомендаций, одобрять позитивные изменения и соблюдение рекомендаций, повторять советы при последующих диспансерных приемах (осмотрах, консультациях).

**2. Направление на вакцинацию.** Информировать пациента о необходимости иммунизации согласно национальному календарю профилактических прививок и календарю профилактических

прививок по эпидемическим показаниям, возможных поствакцинальных реакциях и осложнениях, а также последствиях отказа от иммунизации и, в случае положительного решения — направить в кабинет вакцинопрофилактики (прививочный кабинет)<sup>16</sup>. Перед направлением на вакцинацию необходимым условием является определение наличия показаний и отсутствия противопоказаний. Лица, временно освобожденные от вакцинации, должны быть взяты под наблюдение и привиты после снятия противопоказаний [53].

**3. Назначение (коррекция) медикаментозного лечения** согласно клиническим рекомендациям по заболеванию (состоянию), по поводу которого больной состоит под ДН<sup>8</sup>, а также с учетом рекомендаций врачей-специалистов (при наличии таких рекомендаций).

**4. Направление на консультацию к врачу-специалисту** по медицинским показаниям, в т.ч. с применением телемедицинских технологий<sup>2,11</sup>. При затруднении в диагностике и выборе лечебной тактики, а также при осложненном течении заболевания и при наличии медицинских показаний для лечения пациента врачом-специалистом по профилю его заболевания, врач-терапевт направляет пациента на консультацию к врачу-специалисту в соответствии с профилем его заболевания и в последующем осуществляет наблюдение за клиническим состоянием пациента, его лечением в соответствии с рекомендациями врача-специалиста по профилю заболевания. При отсутствии эффекта от проводимого лечения в амбулаторных условиях и (или) при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований по медицинским показаниям, врач-терапевт по согласованию с врачом-специалистом по профилю заболевания пациента направляет его в МО для проведения дополнительных обследований и (или) лечения, в т.ч. в стационарных условиях<sup>12</sup>. Перечень показаний к экстренной и плановой госпитализации перечислен в клинических рекомендациях по заболеванию (состоянию), по поводу которого пациент состоит под ДН<sup>8</sup>.

**5. Определение наличия показаний для направления в отделение (кабинет) медицинской реабилитации/на консультацию к врачу по физической и реабилитационной медицине (врачу по медицинской реабилитации)**<sup>17</sup>.

<sup>14</sup> Официальный портал Минздрава России "Так здорово". <https://www.takzdorovo.ru> (дата обращения: 09.02.2025).

<sup>15</sup> Портал "Врачи врачам". <http://vrachivracham.ru> (дата обращения: 09.02.2025).

<sup>16</sup> Приказ Минздрава России от 06.12.2021 г. № 1122н (ред. от 12.12.2023) "Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок". <https://base.garant.ru/403258640/> (дата обращения: 09.02.2025).

<sup>17</sup> Приказ Минздрава России от 31.07.2020 г. № 788н "Об утверждении порядка организации медицинской реабилитации взрослых". <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74581688/> (дата обращения: 09.02.2025).

**6. Определение наличия показаний и отсутствия противопоказаний для направления на санаторно-курортное лечение<sup>18</sup>.**

**Модуль VIII. Информирование пациента о результатах проведенного диспансерного приема (осмотра, консультации):**

- выдача рекомендаций, форм рецептурных бланков на ЛП<sup>19</sup>, письменного плана неотложных действий и самопомощи при развитии жизнеугрожающих состояний;
- информирование о необходимости регулярного диспансерного приема (осмотра, консультации) в рамках ДН;
- информирование о дате следующего диспансерного приема (осмотра, консультации);
- информирование о необходимости прохождения диспансеризации и ежегодного ПМО и, в случае положительного решения — направление в отделение (кабинет) медицинской профилактики или центр здоровья<sup>20</sup>;

**Модуль IX. Оформление медицинской документации<sup>2,21,22</sup>:**

- формы № 025/у "Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях";

- форма № 025-1/у "Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях";
- формы № 030/у "Контрольная карта диспансерного наблюдения";
- формы № 057/у-04 "Направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию" (при необходимости);
- внесение информации о результатах диспансерного приема (осмотра, консультации) в электронную медицинскую карту медицинской информационной системы.

Принимая во внимание положения методических рекомендаций "Организация записи на прием к врачу, в т.ч. через единый портал государственных и муниципальных услуг и единые региональные колл-центры", описывающих организационные решения по перераспределению функций между врачом-терапевтом, персоналом со средним медицинским образованием и немедицинскими работниками МО ПМСП, можно предположить, что оптимизация нагрузки на врача-терапевта, увеличение доли рабочего времени для непосредственного оказания медицинской помощи будет служить дополнительным резервом для повышения качества, эффективности и результативности ДН [54].

## Заключение

Использование/внедрение предлагаемого алгоритма, содержащего систематизированную информацию о мероприятиях, предусмотренных в рамках диспансерного приема (осмотра, консультации) пациентов, состоящих под ДН у врача-терапевта, позволит в полной мере осуществить профилактику и своевременное выявление осложнений или обострений заболеваний (состояний), коррекцию лечения, снижение числа внеплановых госпитализаций, провести медицинскую реабилитацию, лечебно-профилактическое и санаторно-курортное лечение. При реализации алгоритма в клинической практике следует учесть, что профилактический медицинский осмотр проводится ежегодно (в качестве самостоятельного мероприятия, в рамках диспансеризации в рамках ДН (при проведении первого в текущем году диспансерного приема (осмотра, консультации)), результаты которого могут и должны быть учтены при проведении очередного диспансерного приема (осмотра, консультации) пациентов, состоящих под ДН у врача-терапевта<sup>19</sup>. При этом исключается дублирование лабораторных и инструментальных исследований и осмотров врачей-специалистов, экономится время, особенно работающих граждан и медицинского персонала. Более того, исключение повторного проведения указанных мероприятий снижает материальные затраты при их выполнении.

**Отношения и деятельность:** все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

<sup>18</sup> Приказ Минздрава России от 27.03.2024 г. № 143н "Об утверждении классификации природных лечебных ресурсов, указанных в пункте 2 статьи 2.1 Федерального закона от 23.02.1995 г. № 26-ФЗ "О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах", их характеристик и перечня медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации с применением таких природных лечебных ресурсов". <https://base.garant.ru/408807035/> (дата обращения: 09.02.2025).

<sup>19</sup> Приказ Минздрава России от 24.11.2021 г. № 1094н "Об утверждении Порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, Порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения, форм бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, Порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также Правил оформления бланков рецептов, в том числе в форме электронных документов". <https://base.garant.ru/403137145/> (дата обращения: 09.02.2025).

<sup>20</sup> Приказ Минздрава России от 27 апреля 2021 г. № 404н "Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения". <https://base.garant.ru/401414440/> (дата обращения: 09.02.2025).

<sup>21</sup> Приказ Минздрава России от 15 декабря 2014 г. № 834н "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению". <https://base.garant.ru/70877304/> (дата обращения: 09.02.2025).

<sup>22</sup> Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22 ноября 2004 г. № 255 "О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг" <https://base.garant.ru/12137975/> (дата обращения: 09.02.2025).

## Литература/References

- Shchukin YuV, Dyachkov VA, Ryabov AE. Propaedeutics of internal diseases: methods of patient examination: a textbook for students studying in the specialties: 060101 65 — General Medicine, 060103 65 — Pediatrics. Samara: OOO "Izdatelstvo As Gard", 2012. 280 с. (In Russ.) Щукин Ю. В., Дьячков В. А., Рябов А. Е. Пропедевтика внутренних болезней: методы исследования пациента: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальностям: 060101 65 — Лечебное дело, 060103 65 — Педиатрия. Самара: OOO "Издательство Ас Гард", 2012. 280 с. ISBN: 978-5-4259-0153-8.
- Shchukin YuV, Dyachkov VA, Ryabov AE, et al. Propaedeutics of internal diseases: a teaching aid for students of the faculty of higher nursing education of medical universities. Samara: OOO "Типография", 2010. 336 p. (In Russ.) Щукин Ю. В., Дьячков В. А., Рябов А. Е. и др. Пропедевтика внутренних болезней: учебное пособие для студентов факультета высшего сестринского образования медицинских вузов. Самара: OOO "Типография", 2010. 336 с. ISBN: 978-5-91715-065-9.
- Gilyarevsky SA. Propaedeutics of internal diseases. 2nd ed., corrected and supplemented. M.: Medicine, 1965. 346 p. (In Russ.) Гиляревский С. А. Пропедевтика внутренних болезней. Изд. 2, испр. и доп. М.: Медицина, 1965. 346 с.
- Belenkov YuN, Oganov RG. Guide to outpatient cardiology. Moscow: GEOTAR-Media, 2007. 398 p. (In Russ.) Беленков Ю. Н., Оганов Р. Г. Руководство по амбулаторно-поликлинической кардиологии. М.: GEOTAR-Media, 2007. 398 с. ISBN: 5-9704-0308-3.
- Myasnikov AL. Propaedeutics of internal diseases. Moscow: MEDGIS, 1956. 627 p. (In Russ.) Мясников А. Л. Пропедевтика внутренних болезней. М.: МЕДГИС, 1956. 627 с.
- Zegglin R. Differential diagnostics of internal diseases. Moscow: Medicine, 1965. 796 p. (In Russ.) Зегглин Р. Дифференциальная диагностика внутренних болезней. М.: Медицина, 1965. 796 с.
- Bates V. Encyclopedia of clinical examination of the patient: Translated from English. Moscow: GEOTAR MEDITSINA, 1998. 704 p. (In Russ.) Бэйтс В. Энциклопедия клинического обследования больного: Пер. с англ. М.: GEOTAR МЕДИЦИНА, 1998. 704 с. ISBN: 5-88816-019-9.
- Ivashkin VT, Drapkina OM. Propaedeutics of internal diseases. Moscow: Special publishing house of medical books, 2014. 408 p. (In Russ.) Ивашкин В. Т., Драпкина О. М. Пропедевтика внутренних болезней. М.: Специальное издательство медицинских книг, 2014. 408 с. ISBN: 978-5-91894-032-7.
- Prozorova GG, Chernov AV. Dispensary observation and rehabilitation after COVID-19 infection. Voronezh: Publishing and printing center "Scientific Book", 2021. 276 p. (In Russ.) Прозорова Г. Г., Чернов А. В. Диспансерное наблюдение и реабилитация после перенесенной инфекции COVID-19. Воронеж: Издательско-полиграфический центр "Научная книга", 2021. 276 с. ISBN: 978-5-4446-1520-1.
- Maev IV, Shestakov VA, Samsonov AA, et al. Propaedeutics of internal diseases. Moscow: Publishing Center "Academy", 2012. 368 p. (In Russ.) Маев И. В., Шестаков В. А., Самсонов А. А. и др. Пропедевтика внутренних болезней. М.: Издательский центр "Академия", 2012. 368 с. ISBN: 978-5-7695-9322-2.
- Drapkina OM, Maksimov SA, Shalnova SA, et al. Prevalence of smoking and its changes over time in Russia: data from the ESSE-RF study. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2023; 22(8S):3790. (In Russ.) Драпкина О. М., Максимов С. А., Шальнова С. А. и др. Распространенность и динамика курения в России по данным исследования ЭССЕ-РФ. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2023;22(8S):3790. doi:10.15829/1728-8800-2023-3790.
- Kotova MB, Maksimov SA, Shalnova SA, et al. Levels and types of physical activity in Russia according to the ESSE-RF study: is there a trace of the COVID-19 pandemic? Cardiovascular Therapy and Prevention. 2023;22(8S):3787. (In Russ.) Котова М. Б., Максимов С. А., Шальнова С. А. и др. Уровни и виды физической активности в России по данным исследования ЭССЕ-РФ: есть ли след пандемии COVID-19? Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2023;22(8S):3787. doi:10.15829/1728-8800-2023-3787.
- Maksimov SA, Shalnova SA, Balanova YuA, et al. Alcohol consumption patterns in Russia according to the ESSE-RF study: is there a COVID-19 trace? Cardiovascular Therapy and Prevention. 2023;22(8S):3786. (In Russ.) Максимов С. А., Шальнова С. А., Баланова Ю. А. и др. Структура употребления алкоголя в России по данным исследования ЭССЕ-РФ: есть ли "ковидный след"? Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2023;22(8S):3786. doi:10.15829/1728-8800-2023-3786.
- Balanova YuA, Drapkina OM, Kutsenko VA, et al. Obesity in the Russian population during the COVID-19 pandemic and associated factors. Data from the ESSE-RF3 study. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2023;22(8S):3793. (In Russ.) Баланова Ю. А., Драпкина О. М., Куценко В. А. и др. Ожирение в российской популяции в период пандемии COVID-19 и факторы, с ним ассоциированные. Данные исследования ЭССЕ-РФ3. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2023;22(8S):3793. doi:10.15829/1728-8800-2023-3793.
- Balanova YuA, Shalnova SA, Imaeva AE, et al. Risk stratification of type 2 diabetes in the Russian population depending on FINDRISC category: results of prospective follow-up. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2024;23(6):3967. (In Russ.) Баланова Ю. А., Шальнова С. А., Имаева А. Э. и др. Стратификация риска сахарного диабета 2 типа в российской популяции в зависимости от категории по шкале FINDRISC: результаты проспективного наблюдения. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2024;23(6):3967. doi:10.15829/1728-8800-2024-3967.
- Balanova YuA, Shalnova SA, Imaeva AE, et al. Prediabetes: prevalence, associations with cardiovascular risk factors and contribution to survival in the Russian population. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2024;23(5):4022. (In Russ.) Баланова Ю. А., Шальнова С. А., Имаева А. Э. и др. Предиабет: распространенность, ассоциации с сердечно-сосудистыми факторами риска и вклад в выживаемость в российской популяции. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2024;23(5):4022. doi:10.15829/1728-8800-2024-4022.
- Drapkina OM, Imaeva AE, Kutsenko VA, et al. Dyslipidemia in the Russian Federation: population data, associations with risk factors. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2023;22(8S):3791. (In Russ.) Драпкина О. М., Имаева А. Э., Куценко В. А. и др. Дислипидемии в Российской Федерации: популяционные данные, ассоциации с факторами риска. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2023;22(8S):3791. doi:10.15829/1728-8800-2023-3791.
- Balanova YuA, Drapkina OM, Kutsenko VA, et al. Hypertension in the Russian population during the COVID-19 pandemic: sex differences in prevalence, treatment and its effectiveness. Data from the ESSE-RF3 study. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2023;22(8S):3785. (In Russ.) Баланова Ю. А., Драпкина О. М., Куценко В. А. и др. Артериальная гипертензия в российской популяции в период пандемии COVID-19: гендерные различия в распространенности, лечении и его эффективности. Данные исследования ЭССЕ-РФ3. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2023;22(8S):3785. doi:10.15829/1728-8800-2023-3785.



- денко Ю.П. и др. Международная декларация о приверженности лечению 2023 ("Омская декларация"): презентация для российских читателей. Медицинский вестник Северного Кавказа. 2024;19(1):1-9. doi:10.14300/mnnc.2024.19001.
33. Lukina YuV, Kutishenko NP, Martsevich SYu, et al. Questionnaires and scores for assessing medication adherence — advantages and disadvantages of the diagnostic method in research and actual clinical practice. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2020;19(3):2562. (In Russ.) Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П., Марцевич С.Ю. и др. Опросники и шкалы для оценки приверженности к лечению — преимущества и недостатки диагностического метода в научных исследованиях и реальной клинической практике. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2020;19(3):2562. doi:10.15829/1728-8800-2020-2562.
  34. Lukina YuV, Kutishenko NP, Martsevich SYu, et al. Novel approaches to the comprehensive assessment of the quality and adherence to pharmacotherapy and its use in cardiovascular patients. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2023;22(1):3522. (In Russ.) Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П., Марцевич С.Ю. и др. Новый метод комплексной оценки качества и приверженности фармакотерапии у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2023;22(1):3522. doi:10.15829/1728-8800-2023-3522.
  35. Lukina YuV, Kutishenko P, Martsevich SYu, et al. The questionnaire survey method in medicine on the example of treatment adherence scales. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2021;17(4):576-83. (In Russ.) Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П., Марцевич С.Ю. и др. Разработка и валидизация новых опросников в медицине на примере шкалы приверженности лекарственной терапии. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии*. 2021;17(4):576-83. doi:10.20996/1819-6446-2021-08-02.
  36. Nikolaev NA, Martynov AI, Skirdenko YuP, et al. Adherence to treatment. Russian national guidelines. Moscow: Publishing House of the Academy of Natural Sciences, 2022. 224 p. (In Russ.) Николаев Н.А., Мартынов А.И., Скирденко Ю.П. и др. Приверженность лечению. Российское национальное руководство. М.: Издательский дом Академии Естествознания, 2022. 224 с. ISBN: 978-5-91327-746-6. doi:10.17513/np.541.
  37. Hovstadius B, Hovstadius K, Astrand B, et al. Increasing polypharmacy — an individual-based study of the Swedish population 2005-2008. *BMC Clin Pharmacol*. 2010;10(16). doi:10.1186/1472-6904-10-16.
  38. Shepel RN, Demko VV, Goncharov MV, et al. Analysis of questionnaires from the perspective of hospitalization risk prediction. Systematic review. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2024;23(5):4026. (In Russ.) Шепель Р.Н., Демко В.В., Гончаров М.В. и др. Анализ предикторов, используемых в опросниках или анкетировании пациентов, с позиции прогностической эффективности в отношении риска госпитализации. Систематический обзор. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2024;23(5):4026. doi:10.15829/1728-8800-2024-4026.
  39. Martsevich SYu, Kutishenko NP, Lukina YuV, et al. Polypharmacy: definition, impact on outcomes, need for correction. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2023;19(3):254-63. (In Russ.) Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П., Лукина Ю.В. и др. Полифармация: определение, влияние на исходы, необходимость коррекции. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии*. 2023;19(3):254-63. doi:10.20996/1819-6446-2023-2924.
  40. Sychev D, Sosnovsky E, Otdelenov V. Medical appropriateness index as a method for polypharmacy control. *Clin Pharmacol Ther*. 2016;25(3):79-82. (In Russ.) Сычев Д.А., Сосновский Е.Е., Отделенов В.А. Индекс рациональности применения лекарственных средств как метод борьбы с полипрагмазией. *Клиническая фармакология и терапия*. 2016;25(3):79-82.
  41. Beregovykh VV, Pantelev VI, Shimanovsky NL. Polypharmacotherapy: the use of artificial intelligence to reduce risk of adverse drug reactions (review). *Annals of the Russian academy of medical sciences*. 2024;79(4):346-52. (In Russ.) Береговых В.В., Пантелеев В.И., Шимановский Н.Л. Полифармакотерапия: использование искусственного интеллекта для снижения рисков побочных эффектов лекарственных средств (обзор литературы). *Вестник Российской академии медицинских наук*. 2024;79(4):346-52. doi:10.15690/vramn17965.
  42. Samorodskaya IV, Shepel RN, Klyuchnikov IV, et al. Possibilities and reserves of using electronic medical records data in health information systems on the example of assessing the causes of visits to outpatient clinics and death in patients with acute forms of coronary artery disease. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2024;23(12):4273. (In Russ.) Самородская И.В., Шепель Р.Н., Ключников И.В. и др. Возможности и резервы использования данных электронных медицинских карт в медицинских информационных системах на примере оценки причин обращений в амбулаторно-поликлинические учреждения и смерти у больных с острыми формами ишемической болезни сердца. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2024;23(12):4273. doi:10.15829/1728-8800-2024-4273.
  43. Gorbunov VM, Smirnova MI, Kurekhyan AS, et al. Evaluation of office and ambulatory blood pressure in the practice of a primary care physician. Guidelines. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2023;22(7):3666. (In Russ.) Горбунов В.М., Смирнова М.И., Курехян А.С. и др. Оценка клинического и амбулаторного артериального давления в практической работе врача первичного звена здравоохранения. Методические рекомендации. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2023;22(7):3666. doi:10.15829/1728-8800-2023-3666.
  44. Tregubov AV, Tregubova AA, Alekseeva IV, et al. Experience of using the SCORE and SCORE2 scales to assess the risk of cardiovascular complications in residents of the Russian Federation. *Atherosclerosis and Dyslipidemia*. 2022;3(48)41-7. (In Russ.) Трегубов А.В., Трегубова А.А., Алексеева И.В. и др. Опыт применения шкал SCORE и SCORE2 для оценки риска сердечно-сосудистых осложнений у жителей Российской Федерации. *Атеросклероз и Дислипидемия*. 2022;3(48)41-7. doi:10.34687/2219-8202.JAD.2022.03.0005.
  45. Olesen JB, Lip GY, Hansen ML, et al. Validation of risk stratification schemes for predicting stroke and thromboembolism in patients with atrial fibrillation: nationwide cohort study. *BMJ*. 2011;342:d124. doi:10.1136/bmj.d124.
  46. Lip GY, Frison L, Halperin JL, et al. Comparative validation of a novel risk score for predicting bleeding risk in anticoagulated patients with atrial fibrillation: the HAS-BLED (Hypertension, Abnormal Renal/Liver Function, Stroke, Bleeding History or Predisposition, Labile INR, Elderly, Drugs/Alcohol Concomitantly) score. *J Am Coll Cardiol*. 2011;57(2):173-80. doi:10.1016/j.jacc.2010.09.024.
  47. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, et al. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis*. 1987;40(5):373-83. doi:10.1016/0021-9681(87)90171-8.
  48. Durand F, Valla D. Assessment of the prognosis of cirrhosis: Child-Pugh versus MELD. *J Hepatol*. 2005;42(1):S100-7. doi:10.1016/j.jhep.2004.11.015.
  49. Mustafina SV, Rymar OD, Sazonova OV, et al. Validation of the Finnish diabetes risk score (FINDRISC) for the Caucasian population of Siberia. *Diabetes mellitus*. 2016;19(2):113-8. (In Russ.) Мустафина С.В., Рымар О.Д., Сазонова О.В. и др. Валидизация

- финской шкалы риска "FINDRISC" на европеоидной популяции Сибири. Сахарный диабет. 2016;19(2):113-8. doi:10.14341/DM200418-10.
50. Astanina SYu, Kalinina AM, Shepel RN, et al. Communication skills of a local general practitioner in conducting preventive counseling (methodological aspect). *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2023;22(1S):3559. (In Russ.) Астанина С.Ю., Калинина А.М., Шепель Р.Н. и др. Коммуникативные умения врача-терапевта участкового в проведении профилактического консультирования (методологический аспект). *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2023;22(1S):3559. doi:10.15829/1728-8800-2023-3559.
51. Astanina SYu, Kalinina AM, Shepel RN, et al. Methodological features of the development of the communicative competence of local general practitioner in preventive counseling. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2023;22(2S):3648. (In Russ.) Астанина С.Ю., Калинина А.М., Шепель Р.Н. и др. Методические особенности формирования коммуникативной компетенции врача-терапевта участкового в проведении профилактического консультирования. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2023;22(2S):3648. doi:10.15829/1728-8800-2023-3648.
52. Drapkina OM, Demko VV, Kalinina AM, et al. Preventive counseling of patients with risk factors for noncommunicable diseases in clinical practice. Analytical review. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2024;23(12):4154. (In Russ.) Драпкина О.М., Демко В.В., Калинина А.М. и др. Профилактическое консультирование пациентов с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний в клинической практике. Аналитический обзор. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2024;23(12):4154. doi:10.15829/1728-8800-2024-4154.
53. Drapkina OM, Briko NI, Kostinov MP, et al. Immunization of adults. Methodological recommendations. Moscow: FSBI "National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, 2020. 248 p. (In Russ.) Драпкина О.М., Брико Н.И., Костинов М.П. и др. Иммунизация взрослых. Методические рекомендации. М.: ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России, 2020. 248 с. ISBN: 978-5-6043991-3-2.
54. Kamkin EG, Karakulina EV, Bakulin PS, et al. Methodological recommendations "Organization of registration for an appointment with a doctor, including through a single portal of state and municipal services and single regional call centers (third edition, revised and supplemented)". Moscow, 2023. (In Russ.) Камкин Е.Г., Каракулина Е.В., Бакулин П.С. и др. Методические рекомендации "Организация записи на прием к врачу, в том числе через единый портал государственных и муниципальных услуг и единые региональные колл-центры (издание третье, переработанное и дополненное)". Москва, 2023 doi:10.21045/978-5-94116-135-5-2023. (утв. ФГБУ "ЦНИИОИЗ" Министерства здравоохранения РФ 27 сентября 2023г).