

**Сборник
стандартных
операционных
процедур (СОП)
для участкового врача
без медицинской
сестры**

 **КАРДИОЛОГИЯ** 

Барнаул, 2022

УДК 616.1 (075.8)

ББК 54.10

С23

Печатается по решению Центрального координационно-методического совета Алтайского государственного медицинского университета (протокол № 3 от 28.11.2021 г.)

Авторы-составители:

Репкина Т.В. – к. м. н., доцент, главный врач КГБУЗ «Краевой Центр общественного здоровья и медицинской профилактики», г. Барнаул.

Ефремушкина А.А. – д. м. н., профессор кафедры терапии и общей врачебной практики с курсом ДПО ФБГОУ ВО АГМУ Минздрава России, г. Барнаул.

Никулина Е.Г. – заместитель главного врача по ОМР Алтайского краевого кардиологического диспансера.

Методическое пособие «Сборник стандартных операционных процедур (СОП) для участкового врача / ВОП без медицинской сестры. Часть I. Кардиология». – Барнаул, 2022 – 80 с.

Методическое пособие по стандартизации работы в медицинских организациях предназначено для врачей – организаторов здравоохранения, специалистов первичного звена, принимающих участие в реализации проекта по созданию «Новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь».

Данное методическое пособие может быть использовано в учебном процессе на цикле поликлинической терапии, на кафедре терапии и общей врачебной практики с курсом дополнительного профессионального образования, а также в подготовке врачей: ординаторов, терапевтов и общей врачебной практики, и специалистов, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

Содержание

Диспансерный приём взрослого населения с артериальной гипертензией

(I10, I11, I12, I13, I15)	6
1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.....	7
2. НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ.....	7
3. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ. ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ	7
4. ОСНАЩЕНИЕ	8
5. СОП «Диспансерный прием взрослого населения с артериальной гипертензией» (участковый врач/ВОП без медицинской сестры)	9
6. МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ:	13
7. ПРИЛОЖЕНИЯ:	13
Приложение А1. Основная информация, которая должна быть получена при сборе анамнеза	14
Приложение А2. Шкала SCORE.....	15
Приложение А3. Целевые показатели	16
Приложение А4. Назначение лекарственных препаратов с учетом инструкций по применению, возраста и пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний	17
Приложение А5. Стратегия медикаментозного лечения АГ	19
Лист ознакомления и использования. СОП «Диспансерный прием взрослого населения с артериальной гипертензией» (участковый врач/ВОП без медицинской сестры).....	20

Диспансерный приём взрослого населения со стабильной ишемической болезнью сердца (I20.1, I20.8, I20.9, I25.0, I25.1, I25.2, I25.5, I25.6, I25.8, I25.9) ..

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.....	23
2. НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ.....	23
3. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ. ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ.....	23
4. ОСНАЩЕНИЕ.....	24
5. СОП «Диспансерный прием взрослого населения со стабильной ишемической болезнью сердца» (участковый врач/ВОП без медицинской сестры).....	25
Краткая схема диспансерного наблюдения взрослого населения со стабильной ишемической болезнью сердца	29
6. МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ.....	30
7. ПРИЛОЖЕНИЯ:	30
Приложение А1. Определение предтестовой вероятности ИБС в зависимости от пола, возраста и характера боли в грудной клетке.....	
Приложение А2. Целевые показатели	32
Приложение А3. Назначение лекарственных препаратов с учетом инструкций по применению, возраста и пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний.....	33
Лист ознакомления и использования. СОП «Диспансерный прием взрослого населения со стабильной ишемической болезнью сердца» (участковый врач/ВОП без медицинской сестры).....	35

Диспансерный приём взрослого населения с пароксизмальной желудочковой/наджелудочковой тахикардией (I47.1, I49.4)

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.....	37
2. НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ.....	37
3. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ. ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ	37
4. ОСНАЩЕНИЕ.....	38
Условия выполнения СОП	39
5. СОП «Диспансерный прием взрослого населения с пароксизмальной желудочковой/ наджелудочковой тахикардией» (участковый врач/ВОП без медицинской сестры).....	39
6. МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ.....	43

7. ПРИЛОЖЕНИЯ:	43
Приложение А1. Назначение лекарственных препаратов с учетом инструкций по применению, возраста и пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний	44
Лист ознакомления и использования. СОП «Диспансерный прием взрослого населения с пароксизмальной желудочковой/ наджелудочковой тахикардией» (участковый врач/ВОП без медицинской сестры)	45

Диспансерный приём взрослого населения с фибрилляцией и/или трепетанием предсердий (I48)	46
1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	47
2. НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ	47
3. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ. ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ	47
4. ОСНАЩЕНИЕ	49
Условия выполнения СОП	49
5. СОП «Диспансерный прием взрослого населения с фибрилляцией и/или трепетанием предсердий» (участковый врач/ВОП без медицинской сестры)	49
Краткая схема диспансерного наблюдения взрослого населения с фибрилляцией и/или трепетанием предсердий	53
6. МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ	54
7. ПРИЛОЖЕНИЯ:	54
Приложение А1. Факторы риска инсульта и системных эмболий у больных ФП и их значимость в баллах (шкала CHA2DS2-VASc)	55
Приложение А2. Модифицированная шкала симптомов EHRA	56
Приложение А3. Назначение лекарственных препаратов с учетом инструкций по применению, возраста и пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний	57
Приложение А4. Шкала для оценки риска кровотечений HAS-BLED	59
Приложение А5. Факторы риска кровотечений у больных ФП, получающих антикоагулянты	60
Приложение А6. Алгоритм подбора дозы варфарина** (таблетки по 2,5 мг)	61
Лист ознакомления и использования. СОП «Диспансерный прием взрослого населения с фибрилляцией и/или трепетанием предсердий» (участковый врач/ВОП без медицинской сестры)	62

Диспансерный приём взрослого населения с хронической сердечной недостаточностью (I50.0, I50.1, I50.9)	64
1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	65
2. НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ	65
3. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ. ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ	65
4. ОСНАЩЕНИЕ	67
5. СОП Диспансерный прием взрослого населения с хронической сердечной недостаточностью» (участковый врач/ВОП без медицинской сестры)	67
6. МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ	71
7. ПРИЛОЖЕНИЯ:	71
Приложение № А1. Характерные клинические признаки и симптомы хронической сердечной недостаточности	72
Приложение № А2. Показания для направления пациентов в Региональный центр	73
Приложение № А3. Шкала оценки клинического состояния пациента с ХСН (ШОКС)	74
Приложение № А4. Характеристики хронической сердечной недостаточности в зависимости от фракции выброса левого желудочка	75
Приложение А5. Назначение лекарственных препаратов с учетом инструкций по применению, возраста и пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний	76
Лист ознакомления и использования. СОП «Диспансерный прием взрослого населения с хронической сердечной недостаточностью» (участковый врач/ВОП без медицинской сестры)	78



КАРДИОЛОГИЯ

**Диспансерный приём
взрослого населения
с артериальной гипертензией
(I10, I11, I12, I13, I15)**

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1
к приказу Министерства здравоохранения
Алтайского края
от _____ 2022 г. № _____

СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА			НОМЕР: УВ-АГ-001
НАЗВАНИЕ: Диспансерный приём взрослого населения с артериальной гипертензией (I10, I11, I12, I13, I15)			
Версия:	Заменяет:	Причина пересмотра:	Листов всего: 17

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Цель	Стандартизация процесса диспансерного приема взрослого населения с артериальной гипертензией
Область применения	Терапевтический участок
Исполнитель	Участковый врач/ВОП (без медицинской сестры)

2. НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

- 2.1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (в редакции от 22.12.2020), ст.37 «Организация оказания медицинской помощи».
- 2.2. Приказ МЗ РФ от 27.04.2021 №404н «Об утверждении порядка профилактического осмотра и диспансеризации определенных групп населения» (с изменениями на 01.02.2022).
- 2.3. Приказ МЗ РФ от 29.10.2020 №1177н «Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях».
- 2.4. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15.05.2012 №543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (с изменениями на 21.02.2020).
- 2.5. Приказ МЗ РФ от 15.03.2022 №168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».
- 2.6. Приказ МЗ РФ от 15.12.2014 №834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» (с изменениями на 02.11.2020).
- 2.7. Приказ МЗ РФ от 10.05.2017 № 203н "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи".
- 2.8. Артериальная гипертензия у взрослых. Клинические рекомендации 2020. Российский кардиологический журнал. 2020;25(3):3786.

3. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ. ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

Артериальная гипертензия (АГ) – синдром повышения клинического артериального давления при гипертонической болезни и симптоматических АГ выше пороговых значений, определенных в результате эпидемиологических и рандомизированных контролируемых исследований, продемонстрировавших связь с повышением сердечно-сосудистого риска и целесообразность и пользу лечения, направленного на снижение АД ниже этих уровней АД.

Диспансерное наблюдение (ДН) – обследование лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц.

Порядок оказания медицинской помощи разрабатывается по отдельным ее видам, профилям, заболеваниям или состояниям и включает: этапы оказания медицинской помощи, правила организации деятельности медицинской организации, стандарт оснащения, рекомендуемые штаты, иные положения исходя из особенностей оказания медицинской помощи.

Стандарт медицинской помощи разрабатывается в соответствии с номенклатурой **медицинских услуг** и **включает в себя** усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения: **медицинских услуг**; зарегистрированных на территории Российской Федерации лекарственных препаратов (с указанием средних доз) в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата; медицинских изделий, имплантируемых в организм человека; компонентов крови; видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания; иного исходя из особенностей заболевания (состояния).

Стандартная операционная процедура (СОП) – это документально оформленный набор инструкций или пошаговых действий, которые надо осуществить, чтобы выполнить ту или иную работу.

АГТ – антигипертензивная лекарственная терапия

АД – артериальное давление

АК – антагонисты кальция (блокаторы кальциевых каналов)

АРА – антагонисты рецепторов ангиотензина

АРМ – автоматизированное рабочее место

БРА – блокатор рецепторов ангиотензина

ВОП – врач общей практики

ДАД – диастолическое артериальное давление

иАПФ – ингибитор ангиотензинпревращающего фермента

ИМ – инфаркт миокарда

ИМТ – индекс массы тела

ЛПИ – лодыжечно-плечевой индекс

ОХС – общий холестерин

ПОМ – поражение органов мишеней

САД – систолическое артериальное давление

СД – сахарный диабет

СКФ – скорость клубочковой фильтрации

СН – сердечная недостаточность

ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания

ССР – сердечно-сосудистый риск

ТГ – триглицериды

ТИА – транзиторная ишемическая атака

ФР – факторы риска

ФП – фибрилляция предсердий

ХБП – хроническая болезнь почек

ХС-ЛПВП – липопротеины высокой плотности

ХС-ЛПНП – липопротеины низкой плотности

ЧСС – частота сердечных сокращений

ЭКГ – электрокардиография

4. ОСНАЩЕНИЕ

Кабинет участкового врача (ВОП) должен быть оснащён в соответствии со стандартом, утвержденным «Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» №543н [2.4.] с обязательным наличием:

4.1. ПК, подключенный к АРМ «Поликлиника» и выходом в информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет»;

4.2. Принтер;

4.3. Кушетка медицинская;

4.4. Термометр медицинский;

4.5. Тонометр;

4.6. Фонендоскоп;

4.7. Весы напольные для взрослых;

- 4.8. Ростомер;
- 4.9. Сантиметровая лента;
- 4.10. Пульсоксиметр портативный.

Условия выполнения СОП

Пациент с артериальной гипертензией подготовлен к приёму по диспансерному наблюдению:

1.	Пациенту назначена дата приёма (телефонный звонок).
2.	Пациентом дано добровольное информированное согласие о медицинском вмешательстве.
3.	Пациенту проведены, в соответствии с оформленными ранее направлениями, лабораторные и инструментальные исследования.

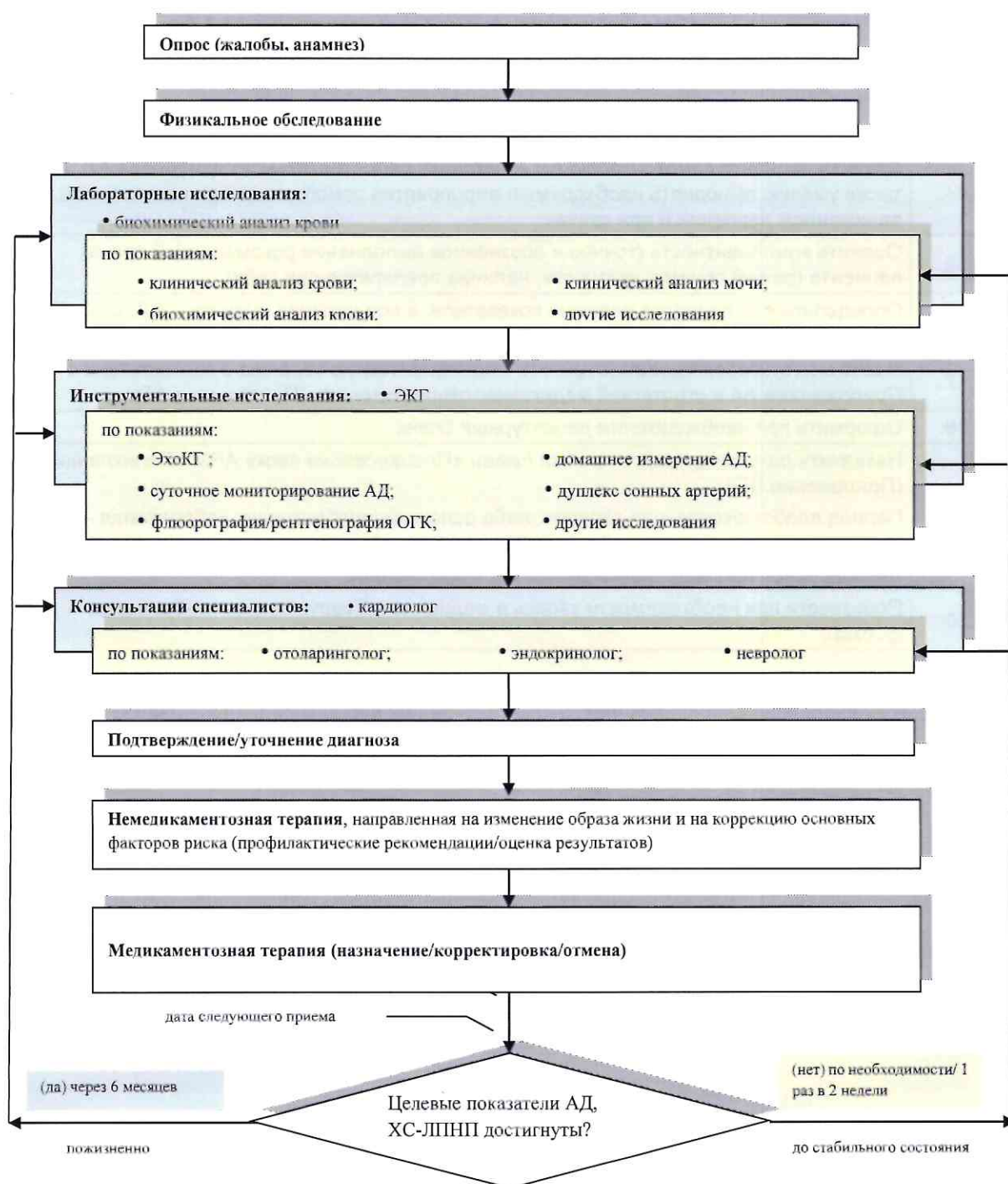
5. СОП «Диспансерный прием взрослого населения с артериальной гипертензией» (участковый врач/ВОП без медицинской сестры)

Шаг	Действия
5.1	Приветствовать пациента.
5.2	Установить доверительные отношения с пациентом.
5.3	Вымыть руки согласно технике мытья рук.
5.4	Выбрать пациента из списка на экране «Расписание на день» АРМ «Поликлиника» (Приложение Б1).
5.5	Провести сбор жалоб, уточнить наличие: • головной боли; • головокружения; • мелькания мушек перед глазами. !Специфических симптомов нет. Отразить результат в АРМ «Поликлиника» экран «Осмотр терапевта» (Приложение Б2).
5.6	Собрать или ознакомиться (при наличии сохраненных данных в электронной\бумажной амбулаторной карте): история настоящего заболевания; история жизни; семейный анамнез и наследственность; вредные привычки; аллергологический анамнез. !Для получения более полной информации рекомендуется использовать Приложение А1. Отразить результат в АРМ «Поликлиника» экран «Осмотр терапевта» (Приложение Б2).
5.7.	Провести физикальный осмотр пациента: • измерить рост, вес, окружность талии; • определить ИМТ; • измерить АД в мм рт. ст. на обеих руках (для сравнения АД между руками хотя бы однократно); • определить ЛПИ; • измерить сатурацию; • оценить неврологический и когнитивный статус; • осмотреть кожные покровы, определить наличие признаков нейрофиброматоза; • определить наличие признаков синдрома Кушинга или акромегалии, заболеваний щитовидной железы; • провести пальпацию сердца, сонных и периферических артерий; • провести пальпацию почек, аускультацию почечных артерий для выявления шумов; • провести пальпацию пульса в покое для измерения его частоты и ритмичности с целью выявления аритмий. Отразить результат в АРМ «Поликлиника» экран «Осмотр терапевта» (Приложение Б2).

5.8.	Оценить лабораторные исследования (бумажный/электронный вариант): • биохимический анализ крови (ОХС, ХС-ЛПНП, ХС-ЛПВП, ТГ, креатинин с расчетом СКФ, глюкоза, мочевая кислота).
5.8.1. (подбор/коррекция терапии; осложнение/обострение заболевания)	- Назначить (при необходимости) или оценить (при наличии) дополнительные лабораторные исследования; - клинический анализ крови (гемоглобин и/или гематокрит, лейкоциты, тромбоциты); - клинический анализ мочи с микроскопическим исследованием осадка мочи, количественной оценкой альбуминурии или отношения альбумин/креатинин (оптимально) (у больных с метаболическим синдромом, диабетом и ожирением); - биохимический анализ крови (общий холестерин, ХС-ЛПНП, ХС-ЛПВП, ТГ (контроль через 1 месяц после назначения статинов), креатинин с расчетом СКФ (контроль через 3 месяца при подозрении на ХБП), калий крови (у пациентов с исходной ХБП при назначении иАПФ или АРА через 7-10 дней); - другие исследования. Оформить при необходимости направление на исследование.
5.9.	Оценить инструментальные исследования (бумажный/электронный вариант): • ЭКГ.
5.9.1. (подбор/коррекция терапии; осложнение/обострение заболевания)	Назначить (при необходимости) или оценить (при наличии) дополнительные инструментальные исследования: ЭхоКГ; - домашнее измерение АД (за неделю) для контроля терапии; - суточное мониторирование АД; - дуплекс сонных артерий; - флюорография/рентгенография органов грудной клетки; - другие исследования. Оформить при необходимости направление на исследование.
5.10.	Направить (по показаниям) на консультацию к специалисту или оценить (при наличии) рекомендации специалиста. Кардиолог – показания для направления на консультацию: - при неэффективности лечения; - при рефрактерной к лечению гипертонии; - при наличии предтестовой вероятности ИБС от 16 до 85%. Кратность планового осмотра кардиологом не определена (только по показаниям). Оформить при необходимости направление на консультацию.
5.10.1. (подбор/коррекция терапии; осложнение/обострение заболевания)	Определить по медицинским показаниям необходимость консультации других специалистов (или оценить их рекомендации при наличии): офтальмолог (исследование глазного дна); эндокринолог; невролог. Консультации других специалистов назначаются в зависимости от клинической ситуации. Оформить при необходимости направление на консультацию.
5.11.	Оценить кардио-васкулярный риск по шкале SCORE (Приложение А2).
5.12.	На основании п.5.5. – п.5.11. установить/уточнить клинический диагноз. !Для диагностики заболевания обязательно выявление повышения уровня САД ≥ 140 мм рт. ст. и/или ДАД ≥ 90 мм рт. ст. в кабинете у врача (выявленное дважды) или $\geq 130/80$ мм рт. ст. за 24 ч, $\geq 135/85$ мм рт. ст. в дневной период и $\geq 120/70$ мм рт. ст. во время ночного сна по данным суточного мониторирования АД и/или $\geq 135/85$ мм рт. ст. домашнего измерения АД. Указать диагноз в таблице на экране «Статистические данные талона» АРМ «Поликлиника» (Приложение Б3). Проставить отметку (либо проконтролировать ее наличие) в поле «Добавить в ЛУД» экрана «Добавить диагноз» АРМ «Поликлиника» (Приложение Б4) для включения в группу диспансерного наблюдения.

5.13.	Дать профилактические рекомендации (немедикаментозная терапия, направленная на изменение образа жизни и на коррекцию основных факторов риска): • отказ от курения, алкоголя, продуктов, содержащих кофеин; • нормализация веса; • ограничение поваренной соли (до 5г./сут.), ограничение животных жиров; • регулярные аэробные физические нагрузки, в т.ч. пешая ходьба 3-5км, скандинавская ходьба, терренкур; • соблюдение режима сна и отдыха; исключение ситуаций, вызывающих стресс, беспокойство, нарушение режима ночного сна. Предложить пройти вакцинацию в рамках календаря профилактических прививок.
5.14.	Обучить пациента самоконтролю АД – методике самостоятельного измерения АД, а также умению выполнять необходимые мероприятия самопомощи при повышенном, пониженном давлении и при кризах.
5.15.	Оценить комплаентность (точное и осознанное выполнение рекомендаций врача) пациента (режим приема, кратность, наличие препаратов при себе).
5.16.	Определить для пациента целевые показатели, а при наличии оценить – АД, ОХС, ХС-ЛПНП, ХС-ЛПВП, ТГ (Приложение А3).
5.17.	Назначить/откорректировать/отменить медикаментозную терапию в соответствии с Приложением А4 и стратегией медикаментозного лечения (Приложение А5).
5.18.	Оформить при необходимости рецептурный бланк.
5.19.	Назначить дату следующего приёма (экран «Планирование явок» АРМ «Поликлиника» (Приложение Б5)). Период подбора/коррекции терапии, либо осложнения/обострения заболевания – по необходимости, либо 1 раз в 2 недели. Диспансерное наблюдение – 2 раза в год (пожизненно).
5.20.	Произвести при необходимости запись в медицинской карте пациента (бумажная форма).

Краткая схема диспансерного наблюдения взрослого населения с артериальной гипертензией



6. МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ:

№	Название документа	Нормативный документ	Срок хранения	Заполнение
6.1.	Форма № 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях»	Приложение №1 к приказу МЗ РФ от 15.12.2014г. №834н [2.6.]	25 лет	АРМ «Поликлиника» (Приложение Б6)
6.2.	Форма 030/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения»	Приложение №5 к приказу МЗ РФ от 15.12.2014г. №834н [2.6.]	5 лет	АРМ «Поликлиника» (Приложение Б7)

7. ПРИЛОЖЕНИЯ:

Приложение А1. Основная информация, которая должна быть получена при сборе анамнеза;

Приложение А2. Шкала SCORE;

Приложение А3. Целевые показатели;

Приложение А4. Назначение лекарственных препаратов с учетом инструкций по применению, возраста и пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний;

Приложение А5. Стратегия медикаментозного лечения АГ.

Дополнительные приложения:

Приложение Б1. Экран «Расписание на день» АРМ «Поликлиника»;

Приложение Б2. Экран «Осмотр терапевта» АРМ «Поликлиника»;

Приложение Б3. Экран «Статистические данные талона» АРМ «Поликлиника»;

Приложение Б4. Экран «Добавить диагноз» АРМ «Поликлиника»;

Приложение Б5. Экран «Планирование явок» АРМ «Поликлиника»;

Приложение Б6. Форма № 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» АРМ «Поликлиника» (Электронная медицинская карта (ЭМК));

Приложение Б7. Форма 030/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения» АРМ «Поликлиника».

Основная информация, которая должна быть получена при сборе анамнеза

Факторы риска
Семейный и индивидуальный анамнез АГ, ССЗ, инсультов и заболеваний почек
Семейный и индивидуальный анамнез ассоциированных ФР (например, семейной гиперхолестеринемии)
Анамнез курения
Диетические привычки и употребление поваренной соли
Употребление алкоголя
Режим физической активности
Указание в анамнезе на эректильную дисфункцию
Состояние сна, наличие храпа, эпизодов ночного апноэ (информация от членов семьи)
Наличие АГ во время беременности/преэклампсия
Наличие в анамнезе или признаки ПОМ, ССЗ, инсульта, ТИА, СД и заболеваний почек
Головной мозг и органы зрения: головные боли, вертиго, синкопе, нарушения зрения, ТИА, нарушения моторных или сенсорных функций, инсульт, реваскуляризация сонных артерий, когнитивные нарушения, деменция (у пожилых)
Сердце: боль в грудной клетке, одышка, отеки, ИМ, реваскуляризация коронарных артерий, синкопе, сердечные аритмии (особенно ФП), СН
Почки: жажда, полиурия, никтурия, гематурия, инфекции мочевыводящих путей
Периферические артерии: похолодание конечностей, перемежающаяся хромота, дистанция ходьбы, боли в покое, реваскуляризация периферических
Индивидуальный или семейный анамнез ХБП (например, поликистоз почек)
Признаки возможной вторичной АГ
Развитие АГ 2-й или 3-й степени в молодом возрасте (<40 лет), или внезапное развитие АГ, или быстрое ухудшение течения АГ у пожилых
Указания в анамнезе на заболевания почек/мочевыводящих путей
Употребление наркотических препаратов/субстанций/сопутствующая терапия: кортикостероидами, назальными вазоконстрикторами, химиотерапия, лакрица
Повторяющиеся эпизоды потливости, головных болей, тревоги или сердцебиений, позволяющие заподозрить феохромоцитому
Указание в анамнезе на эпизоды спонтанной или спровоцированной диуретиками гипокалиемии, приступы мышечной слабости или судорог
Беременность или употребление оральных контрацептивов в настоящее время
Указания в анамнезе на синдром ночного апноэ
Антигипертензивная терапия
Текущая/прошлая антигипертензивная терапия, включая эффективность и переносимость препаратов
Приверженность к терапии
Особое внимание следует обратить на следующие факторы:
- Время установления диагноза АГ, включая данные о любых предшествующих обследованиях, госпитализациях и т. п. - Все имеющиеся записи об уровнях АД в настоящем и прошлом - Сведения о приеме любых других лекарственных препаратов, в т.ч. обладающих прессорным действием - Описание и признаки всех сопутствующих заболеваний, имевших место в прошлом и настоящем - История течения менопаузы и приема гормональной заместительной терапии

Шкала SCORE

Мужчины

Курящие

Некурящие

Возраст

Курящие

Некурящие

26	30	35	41	47
18	21	25	29	34
13	15	17	20	24
9	10	12	14	17

14	16	19	22	26
9	11	13	15	16
6	8	9	11	13
4	5	6	7	9

65

13	15	17	19	22
9	10	12	13	16
6	7	8	9	11
4	5	5	6	7

7	8	9	10	12
5	5	6	7	8
3	3	4	5	6
2	2	3	3	4

18	21	24	28	33
12	14	17	20	24
8	10	12	14	17
6	7	8	10	12

9	11	13	15	18
6	7	9	10	12
4	5	6	7	9
3	3	4	5	6

60

8	9	10	11	13
5	6	7	8	9
3	4	5	5	6
2	3	3	4	4

4	4	5	6	7
3	3	3	4	5
2	2	2	3	3
1	1	2	2	2

12	13	16	19	22
8	9	11	13	16
5	6	8	9	11
4	4	5	6	8

6	7	8	10	12
4	5	6	7	8
3	3	4	5	6
2	2	3	3	4

55

4	5	5	6	7
3	3	4	4	5
2	2	2	3	3
1	1	2	2	2

2	2	3	3	4
1	2	2	2	3
1	1	1	1	2
1	1	1	1	1

7	8	10	12	14
5	6	7	8	10
3	4	5	6	7
2	3	3	4	5

4	4	5	6	7
2	3	3	4	5
2	2	2	3	3
1	1	2	2	2

45

2	2	3	3	4
1	2	2	2	3
1	1	1	1	2
1	1	1	1	1

1	1	1	2	2
1	1	1	1	1
0	1	1	1	1
0	0	1	1	1

2	2	3	3	4
1	2	2	2	3
1	1	1	2	2
1	1	1	1	1

1	1	1	2	2
1	1	1	1	1
0	1	1	1	1
0	0	1	1	1

40

0	0	0	1	1
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

Общий холестерин (ммоль/л)

Систолическое артериальное давление (mm рт. ст.)

Целевые показатели

Целевые уровни артериального давления

Категория	Целевой уровень
Пациенты с АГ, получающие лечение, независимо от возраста и степени риска (первый целевой уровень) • при условии хорошей переносимости	<140/90 мм рт.ст. до 130/80 мм рт.ст. или ниже
Пациенты моложе 65 лет и без ХБП, получающие АГТ	до 120-130 мм рт.ст. (САД)
Пациенты 65 лет и старше без старческой астении, получающие АГТ, вне зависимости от уровня ССР и наличия ССЗ (при условии хорошей переносимости)	до 130-139 мм рт.ст. (САД)
Пациентам с АГ вне зависимости от возраста, уровня риска и наличия сопутствующих заболеваний	до 70-79 мм рт.ст. (ДАД)

Интерпретация уровня ОХС плазмы:

- целевой уровень ХС-ЛПНП для пациентов с очень высоким риском <1,4 ммоль/л или его снижение не менее чем на 50% от исходного уровня, если он находился в диапазоне 1,4-3,5 ммоль/л (70-135 мг/дл);
- целевой уровень ХС-ЛПНП для пациентов с высоким риском <1,8 ммоль/л или его снижение не менее чем на 50% от исходного уровня, если он находился в диапазоне 1,8-5,2 ммоль/л (100-200 мг/дл);
- целевой уровень ХС-ЛПНП для пациентов с умеренным риском по шкале SCORE <2,6 ммоль/л;
- ХС-ЛПВП >1,2 ммоль/л (у женщин), >1,0 ммоль/л (у мужчин);
- ТГ <1,7 ммоль/л;
- уровень глюкозы в плазме натощак не выше 6,1 ммоль/л;
- уровень мочевой кислоты сыворотки крови <420 мкмоль/л (у мужчин), <360 мкмоль/л (у женщин).

Приложение А4

Назначение лекарственных препаратов с учетом инструкций по применению, возраста и пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний

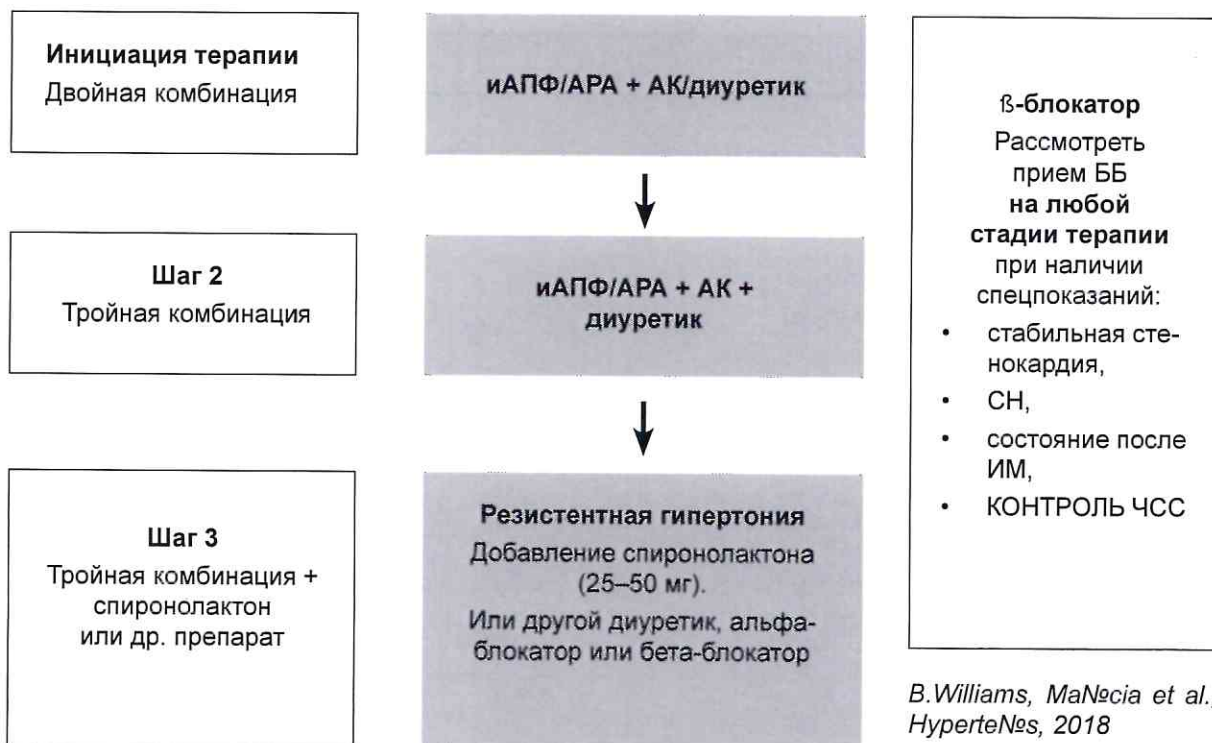
Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Для постоянной терапии артериальной гипертензии		
Для снижения артериального давления	- Эналаприл** 2,5-40 мг/сут. - Лизиноприл** 5-40 мг/сут. - Рамиприл 2,5-10 мг/сут. - Трандолаприл 0,5-4 мг/сут. - Периндоприл** 5-10 (4-8) мг/сут. - Фозиноприл 10-40 мг/сут.	Нельзя комбинировать с АРА! Контролировать уровень калия, креатинина. Противопоказаны при беременности, двустороннем стенозе почечных артерий (или стенозе артерии единственной почки), гиперкалиемии > 5,5 ммоль/л.
β-адреноблокаторы		
Для снижения артериального давления	Бисопролол** 1,25-10 мг/сут. Карведилол** 3,125-50 мг/сут. Метопролол сулцинат/тарtrat** 12,5-200 мг/сут. Небиволол 5-10 мг/сут. Пропранолол** 20– 80 мг/сут.	Не следует назначать как препарат первой линии у пациентов без дополнительных показаний к β-адреноблокаторам (таким, например, как недостаточность кровообращения). Обязателен контроль ЧСС. Нельзя комбинировать с недигидропиридиновыми БКК. Абсолютные противопоказания: брадикардия (ЧСС менее 50 уд. в минуту), СССУ, гипотония (САД менее 100 мм рт. ст.) АВ-блокада II и III степени, бронхиальная астма
Блокаторы рецепторов ангиотензина (БРА)		
Для снижения артериального давления	- Кандесартан 4-32 мг/сут. - Валсартан 80-320 мг/сут. - Лозартан** 50-100 мг/сут. - Эпросартан 400-600 мг/сут. - Ирберсартан 150-300 мг/сут. - Телмисартан 40-80 мг/сут. - Азилсартан 20-80 мг/сут. - Олмесартан 20-40 мг/сут. - Фимасартан 60 мг/сут.	Нельзя комбинировать с иАПФ! Контролировать уровень калия, креатинина. Не назначать при уровне калия ≥ 5,5 ммоль/л. Абсолютные противопоказания: двусторонний стеноз почечных артерий (или стеноз артерии единственной почки), беременность
Блокаторы кальциевых каналов (БКК)		
Для снижения артериального давления	- Амлодипин** 2,5-10 мг/сут. - Фелодипин 2,5-10 мг/сут. - Лерканидипин 10-20 мг/сут. - Лацидипин 3 мг/сут.	Недигидропиридиновые БКК нельзя комбинировать с β-адреноблокаторами!
	- Верапамил** (CR) 120-360 мг/сут. - Дилтиазем (CR) 180-360 мг/сут.	
	Нифедипин** 30-90 мг/сут.	Применять только пролонгированные формы

Диуретики		
	- Гидрохлортиазид** 12,5-25 мг/сут. - Хлорталидон 12,5-25 мг/сут. - Индапамид** 1,5-2,5 мг/сут.	Предпочтительно назначение в комбинации с иАПФ или АРА. Избегать назначения при сахарном диабете, подагре (кроме индапамида)
	Спиронолоктон** 25 мг/сут.	При резистентной артериальной гипертензии. Противопоказаны при уровне калия $\geq 5,5$ ммоль/л.
Альфа-адреноблокаторы		
Для снижения артериального давления	- Доксазозин** 4 мг/сут. - Урапидил** 60 мг/сут.	Рекомендуется при резистентной артериальной гипертензии в качестве четвертого препарата к комбинации иАПФ/БРА, АК, диуретика (при непереносимости спиронолактона)
Для купирования гипертонического неосложненного криза		
Ингибиторы АПФ (ИАПФ)	Каптоприл** 6,25-50 мг/сут.	Применяется как препарат при неконтролируемом повышении АД
Агонисты имидазолиновых рецепторов	Моксонидин** 0,2-0,6 мг/сут.	Применяется как препарат при неконтролируемом повышении АД
Блокаторы Са-каналов (БКК)	Нифедипин-ретард** 10мг/сут.	Применяется как препарат при неконтролируемом повышении АД

** – препараты, входящие в список жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП, до 2011г. ЖНВЛС)

Стратегия медикаментозного лечения АГ

Все те же 5 основных классов препаратов должны формировать основу антигипертензивной терапии



Рассмотреть монотерапию при низком СС-риске и 1 ст. гипертензии или для очень пожилых пациентов (≥ 80 лет) и «хрупких пациентов»

При выборе препарата необходимо учитывать сопутствующую патологию. Так, например, бета-блокаторы целесообразно назначать при наличии стенокардии напряжения и нельзя назначать при бронхиальной астме. Пациентам высокого и очень высокого риска назначается комбинированная терапия.

Рекомендуемые комбинации

- БРААС (иАПФ или АРАII) + диуретик
- БРААС (иАПФ или АРАII) + антагонист Са
- иАПФ или АРАII + антагонист Са + диуретик

Запрещенные комбинации

иАПФ + АРАII

Лист ознакомления и использования
СОП «Диспансерный прием взрослого населения с артериальной гипертензией» (участковый врач/ВОП без медицинской сестры)

№ п/п	Ф.И.О.	Подпись	Дата
1			
2			

•



КАРДИОЛОГИЯ

**Диспансерный приём
взрослого населения
со стабильной ишемической
болезнью сердца**

(I20.1, I20.8, I20.9, I25.0, I25.1,
I25.2, I25.5, I25.6, I25.8, I25.9)

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1

к приказу Министерства здравоохранения
Алтайского края

от _____ 2022 г. № _____

СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА			НОМЕР: УВ-ИБС-012
НАЗВАНИЕ: Диспансерный приём взрослого населения со стабильной ишемической болезнью сердца (I20.1, I20.8, I20.9, I25.0, I25.1, I25.2, I25.5, I25.6, I25.8, I25.9)			
Версия:	Заменяет:	Причина пересмотра:	Листов всего:

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Цель	Стандартизация процесса диспансерного приема взрослого населения со стабильной ишемической болезнью сердца (включая состояние после реваскуляризации)
Область применения	Терапевтический участок
Исполнитель	Участковый врач/ВОП (без медицинской сестры)

2. НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

- 2.1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (в редакции от 22.12.2020), ст.37 «Организация оказания медицинской помощи».
- 2.2. Приказ МЗ РФ от 27.04.2021 №404н «Об утверждении порядка профилактического осмотра и диспансеризации определенных групп населения» (с изменениями на 01.02.2022).
- 2.3. Приказ МЗ РФ от 29.10.2020 №1177н «Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях».
- 2.4. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15.05.2012 №543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (с изменениями на 21.02.2020).
- 2.5. Приказ МЗ РФ от 15.03.2022 №168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».
- 2.6. Приказ МЗ РФ от 15.12.2014 №834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» (с изменениями на 02.11.2020).
- 2.7. Приказ МЗ РФ от 10.05.2017 № 203н "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи".
- 2.8. Стабильная ишемическая болезнь сердца. Клинические рекомендации 2020. Российский кардиологический журнал. 2020;25(11):4076.

3. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ. ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

Диспансерное наблюдение (ДН) – обследование лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) – поражение миокарда, вызванное нарушением кровотока по КА. ИБС возникает в результате органических (необратимых) и функциональных (преходящих) изменений. Главная причина органического поражения – атеросклероз КА. К функциональным изменениям относят спазм и внутрисосудистый тромбоз. Понятие "ИБС" включает в себя острые преходящие (нестабильные) и хронические (стабильные) состояния.

Порядок оказания медицинской помощи разрабатывается по отдельным ее видам, профилям, заболеваниям или состояниям и включает: этапы оказания медицинской помощи, правила организации деятельности медицинской организации, стандарт оснащения, рекомендуемые штаты, иные положения исходя из особенностей оказания медицинской помощи.

Стандарт медицинской помощи разрабатывается в соответствии с номенклатурой **медицинских услуг** и **включает в себя** усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения: **медицинских услуг**; зарегистрированных на территории Российской Федерации лекарственных препаратов (с указанием средних доз) в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата; медицинских изделий, имплантируемых в организм человека; компонентов крови; видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания; иного исходя из особенностей заболевания (состояния).

Стандартная операционная процедура (СОП) – это документально оформленный набор инструкций или пошаговых действий, которые надо осуществить, чтобы выполнить ту или иную работу.

АД – артериальное давление

АЛТ – аланинаминотрансфераза

АРА – антагонисты рецепторов ангиотензина

АРМ – автоматизированное рабочее место

АСТ – аспартатаминотрансфераза

БРА – блокатор рецепторов ангиотензина

ВМП – высокотехнологическая медицинская помощь

ВОП – врач общей практики

иАПФ – ингибитор ангиотензинпревращающего фермента

ИМ – инфаркт миокарда

ИМТ – индекс массы тела

КА – коронарная артерия

КВЛ АККД – кабинет восстановительного лечения Алтайского краевого кардиологического диспансера;

ЛПИ – лодыжечно-плечевой индекс

ОКС – острый коронарный синдром

ОХС – общий холестерин

ПТВ – предтестовая вероятность

СД – сахарный диабет

СИБС – стабильная (хроническая) ишемическая болезнь сердца

СКФ – скорость клубочковой фильтрации

СН – сердечная недостаточность

ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания

ТГ – триглицериды

ФК – функциональный класс

ХБП – хроническая болезнь почек

ХС-ЛПВП – липопротеины высокой плотности

ХС-ЛПНП – липопротеины низкой плотности

ЧСС – частота сердечных сокращений

ЭКГ – электрокардиография

4. ОСНАЩЕНИЕ

Кабинет участкового врача (ВОП) должен быть оснащён в соответствии со стандартом, утвержденным «Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» №543н [2.4.] с обязательным наличием:

4.1. ПК, подключенный к АРМ «Поликлиника» и выходом в информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет»;

4.2. Принтер;

4.3. Кушетка медицинская;

4.4. Термометр медицинский;

4.5. Тонометр;

4.6. Фонендоскоп;

- 4.7. Весы напольные для взрослых;
- 4.8. Ростомер;
- 4.9. Сантиметровая лента;
- 4.10. Пульсоксиметр портативный.

Условия выполнения СОП

Пациент со стабильной ишемической болезнью сердца подготовлен к приёму по диспансерному наблюдению:

1.	Пациенту назначена дата приёма (телефонный звонок).
2.	Пациентом дано добровольное информированное согласие о медицинском вмешательстве.
3.	Пациенту проведены, в соответствии с оформленными ранее направлениями, лабораторные и инструментальные исследования.

5. СОП «Диспансерный прием взрослого населения со стабильной ишемической болезнью сердца» (участковый врач/ВОП без медицинской сестры)

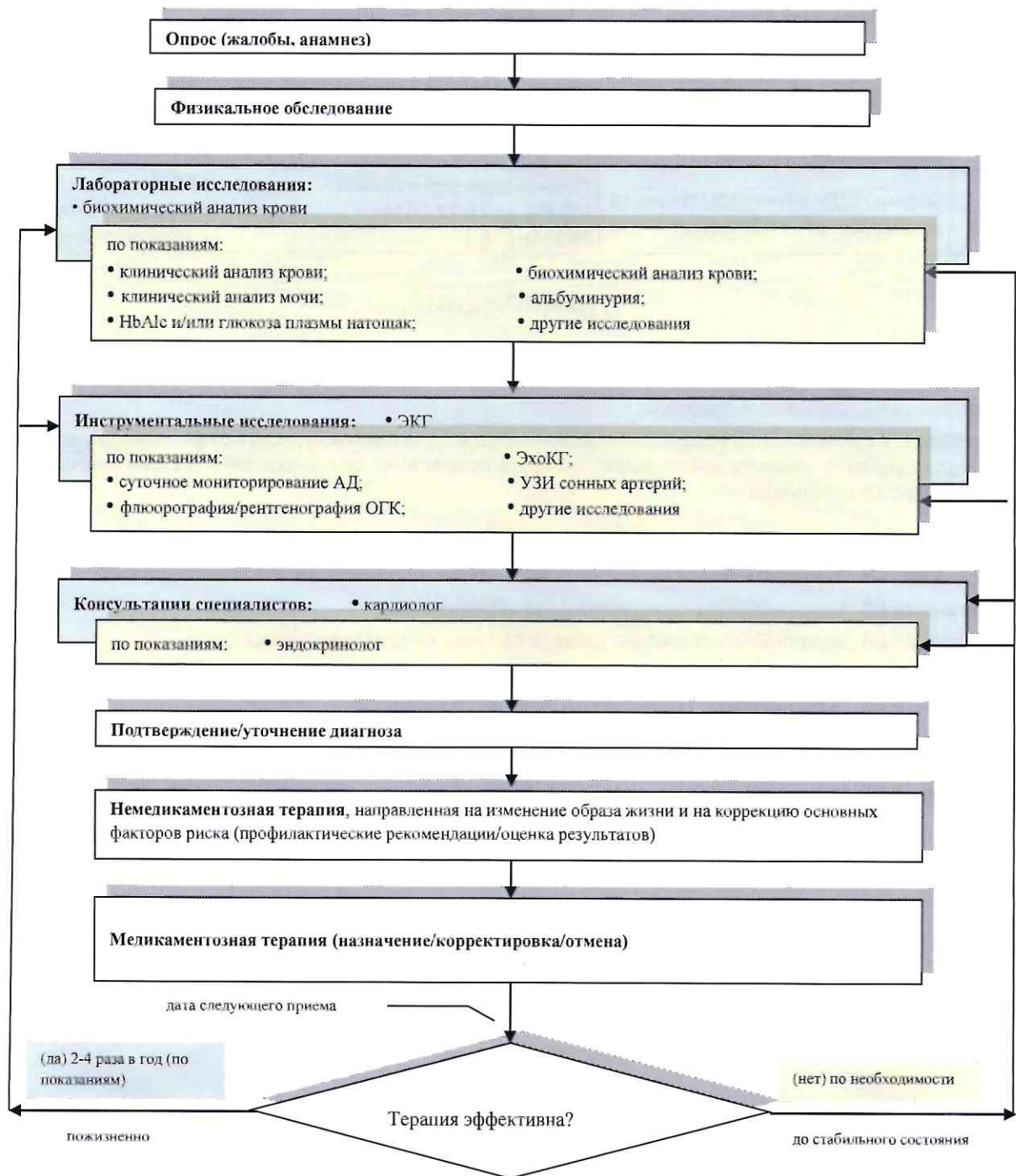
Шаг	Действия
5.1	Приветствовать пациента.
5.2	Установить доверительные отношения с пациентом.
5.3	Вымыть руки согласно технике мытья рук.
5.4	Выбрать пациента из списка на экране «Расписание на день» АРМ «Поликлиника» (Приложение Б1).
5.5.	Провести сбор жалоб, уточнить наличие: • одышки, • отеков на нижних конечностях; • повышенного уровня АД (160>выше); • дискомфорта, жжения, тяжести в области грудины, с иррадиацией в левую руку, спину или нижнюю челюсть, длительностью 2-5 минут (<20 минут). Отразить результат в АРМ «Поликлиника» экран «Осмотр терапевта» (Приложение Б2).
5.6.	Собрать или ознакомиться (при наличии сохраненных данных в электронной/бумажной амбулаторной карте): • история настоящего заболевания (уточнить о существовании болевого синдрома в грудной клетке, о его характере и частоте возникновения, об обстоятельствах ее возникновения и исчезновения; о наличии в анамнезе гипертонических кризов); • история жизни; • семейный анамнез и наследственность (ССЗ у ближайших родственников пациента (отец, мать, родные братья и сестры), случаи смерти от ССЗ у ближайших родственников пациента (отец, мать, родные братья и сестры); сопутствующих заболеваний); • вредные привычки (в настоящее время или в прошлом): ✓ курит – сколько лет и количество выкуренных сигарет, ✓ употребление алкоголя – мужчины менее 180 мл, женщины 150 мл, кратность – ежедневно; ✓ употребление соли – более 5 г/менее 5 г; ✓ сидячий образ жизни; • аллергологический анамнез. Уточнить: • были вызовы скорой медицинской помощи (период, количество, причина); • были ли госпитализации (период, количество, причина); • проходил ли пациент профилактические осмотры и диспансеризацию за последние 3 года; • вакцинацию от гриппа/COVID-19 (да, нет). Отразить результат в АРМ «Поликлиника» экран «Осмотр терапевта» (Приложение Б2).

5.7.	Провести физикальный осмотр пациента: • измерить рост, вес, окружность талии; • определить ИМТ; • измерить АД в мм рт. ст. на обеих руках (для сравнения АД между руками хотя бы однократно); • измерить АД по Короткову в положении пациента лежа, сидя и стоя; • определить ЛПИ; • измерить сатурацию; • оценить неврологический и когнитивный статус; • провести перкуссию и аускультацию сердца и легких, • провести аускультацию точек проекций сонных артерий, брюшной аорты, подвздошных артерий; • провести пальпацию живота, парастеральных точек и межреберных промежутков с целью выявления ряда признаков, как основного, так и сопутствующих заболеваний; • провести пальпацию пульса на лучевых артериях и артериях тыльной поверхности стоп; • провести подсчет ЧСС и частоты пульса. Отразить результат в АРМ «Поликлиника» экран «Осмотр терапевта» (Приложение Б2).
5.8.	Оценить лабораторные исследования (бумажный\электронный вариант): • биохимический анализ крови (ОХС, ХС-ЛПНП, ХС-ЛПВП, ТГ, глюкоза крови, калий, креатинин с расчетом СКФ, Т4, ТТГ).
5.8.1. (подбор/коррекция терапии; осложнение/обострение заболевания)	Назначить (при необходимости) или оценить (при наличии) дополнительные лабораторные исследования: • клинический анализ крови (развернутый с измерением уровня гемоглобина, числа эритроцитов и лейкоцитов); • клинический анализ мочи; • биохимический анализ крови (общий билирубин, АСТ, АЛТ (увеличение в 3 раза – снижение дозировки статинов, в 5 раза – отмена статинов), натрий, калий (у пациентов с исходной ХБП при назначении иАПФ или АРА через 7-10 дней), общий холестерин, ХС-ЛПВП, ХС-ЛПНП (8±4 недели после начала терапии/коррекции дозы статинов, далее – 1 раз в год), креатинин с расчетом скорости клубочковой фильтрации (СКФ)/клиренса креатинина, ТГ, Т4, ТТГ (при нарушениях ритма сердца)); • скрининг на потенциальный СД 2-го типа: HbA1c и/или глюкоза плазмы натощак; • микроальбуминурия (у больных с метаболическим синдромом, диабетом и ожирением); • другие исследования. Оформить при необходимости направление на исследование.
5.9.	Оценить инструментальные исследования (бумажный\электронный вариант): • ЭКГ в 12 отведениях.
5.9.1. (подбор/коррекция терапии; осложнение/обострение заболевания)	Назначить (при необходимости) или оценить (при наличии) дополнительные инструментальные исследования: • трансторакальная ЭхоКГ; • ультразвуковое исследование сонных артерий (у пациентов с подозрением на СИБС без установленного атеросклеротического заболевания); • флюорография\рентгенография органов грудной клетки (для выявления признаков кардиомегалии); • суточное мониторирование ЭКГ (холтеровское) (у пациентов с ИБС или подозрением на ИБС и сопутствующими нарушениями ритма и/или проводимости с целью выявления последних и, при необходимости, подбора терапии); • другие исследования. Оформить при необходимости направление на исследование.
5.10.	Направить (по показаниям) на консультацию к специалисту или оценить (при наличии) рекомендации специалиста. Кардиолог – показания для направления на консультацию: • при необходимости коррекции терапии; • при появлении новых или обострении старых симптомов;

	• при рефрактерной к лечению ишемической болезни сердца; • при необходимости решения вопроса о реваскуляризации миокарда; • при наличии предстесовой вероятности ИБС от 16 до 85% и более. Кратность планового осмотра кардиологом не определена (только по показаниям). Оформить при необходимости направление на консультацию.
5.10.1. (подбор/ коррек- ция те- рапии; ослож- нение/ обо- стрение заболе- вания)	Определить по медицинским показаниям необходимость консультации других специалистов (или оценить их рекомендации при наличии): • эндокринолог (при наличии сахарного диабета у молодых пациентов). Консультации других специалистов назначаются в зависимости от клинической ситуации. Оформить при необходимости направление на консультацию.
5.11.	Определить предстесовую вероятность ИБС в зависимости от пола, возраста и характера боли в грудной клетке (Приложение А1).
5.12.	На основании п.5.5. – п.5.11. установить/уточнить клинический диагноз. !Характеристики дискомфорта в связи с ишемией миокарда (стенокардией) можно разделить на 4 категории: локализация, характер, длительность и связь с нагрузкой и другими усугубляющими или облегчающими факторами. !Традиционная клиническая классификация боли в грудной клетке: • Типичная стенокардия (определенная) – соответствует всем трем следующим характеристикам: ✓ боли (дискомфорт) в области грудины с иррадиацией в левую руку, спину или нижнюю челюсть, длительностью 2–5 минут (< 20 минут); эквиваленты боли – одышка, ощущения жжения, тяжести; ✓ провоцируется физической нагрузкой или эмоциональным стрессом; ✓ проходит в покое и/или через несколько минут после приема нитратов. • Атипичная стенокардия (вероятная) – соответствует двум из этих характеристик. • Неангинозная боль в грудной клетке – соответствует только одной из этих характеристик Указать диагноз в таблице на экране «Статистические данные талона» АРМ «Поликлиника» (Приложение Б3). Проставить отметку (либо проконтролировать ее наличие) в поле «Добавить в ЛУД» экрана «Добавить диагноз» АРМ «Поликлиника» (Приложение Б4) для включения в группу диспансерного наблюдения. !Показания для госпитализации: • острый коронарный синдром; • проведение коронарографии и/или реваскуляризации миокарда; • декомпенсация СН.
5.13.	Дать профилактические рекомендации (немедикаментозная терапия, направленная на изменение образа жизни и на коррекцию основных факторов риска): • отказ от курения, алкоголя, продуктов, содержащих кофеин; • нормализация веса (ИМТ < 25 кг/м²); • ограничение поваренной соли (до 5г/сут.), ограничение животных жиров, диета по типу средиземноморской; • регулярные аэробные физические нагрузки, в т.ч. пешая ходьба 3-5км, скандинавская ходьба, терренкур (определяются индивидуально с учетом функционального класса стенокардии); • соблюдение режима сна и отдыха; исключение ситуаций, вызывающих стресс, беспокойство, нарушение режима ночного сна. Предложить пройти вакцинацию в рамках календаря профилактических прививок.
5.14.	Определить для пациента целевые показатели, а при наличии оценить – АД, ХС-ЛПНП, ХС-ЛПВП, ТГ (Приложение А2).

5.15.	Обучить пациента последовательности действий при сердечном приступе – методике распознавания симптомов, алгоритму оказания неотложной помощи, а также умению выполнять необходимые мероприятия для повышения эффективности дальнейшей медицинской помощи.
5.16.	Оценить комплаентность (точное и осознанное выполнение рекомендаций врача) пациента (режим приема, кратность, наличие препаратов при себе).
5.17.	Назначить/откорректировать/отменить медикаментозную терапию в соответствии с Приложением А3.
5.18.	Оформить при необходимости рецептурный бланк.
5.19.	Назначить дату следующего приёма (экран «Планирование явок» АРМ «Поликлиника» (Приложение Б5)). !За исключением следующих заболеваний или состояний, по поводу которых ДН осуществляется врачом-кардиологом: • при наличии стенокардии III-IV функционального класса в трудоспособном возрасте; • при наличии перенесенного инфаркта миокарда и его осложнений (без проведенного ВМП) – наблюдение в течение 12 месяцев после оказания медицинской помощи в стационарных условиях медицинских организаций; • период после оказания ВМП, включая кардиохирургические вмешательства – наблюдение в течение 12 месяцев в КВЛ АККД. Период подбора/коррекции терапии, либо осложнения/обострения заболевания – по необходимости. Диспансерное наблюдение (пожизненно): • при наличии стенокардии напряжения I-IV стабильного течения – 2-4 раза в год; • при наличии инфаркта миокарда сроком давности более 12 мес. – 1 раз в 6 мес.
5.20.	Произвести при необходимости запись в медицинской карте пациента (бумажная форма).

Краткая схема диспансерного наблюдения взрослого населения со стабильной ишемической болезнью сердца



6. МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ:

№	Название документа	Нормативный документ	Срок хранения	Заполнение
6.1.	Форма № 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях»	Приложение №1 к приказу МЗ РФ от 15.12.2014г. №834н [2.6.]	25 лет	АРМ «Поликлиника» (Приложение Б6)
6.2.	Форма 030/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения»	Приложение №5 к приказу МЗ РФ от 15.12.2014г. №834н [2.6.]	5 лет	АРМ «Поликлиника» (Приложение Б7)

7. ПРИЛОЖЕНИЯ:

Приложение А1. Определение предтестовой вероятности ИБС в зависимости от пола, возраста и характера боли в грудной клетке;

Приложение А2. Целевые показатели;

Приложение А3. Назначение лекарственных препаратов с учетом инструкций по применению, возраста и пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний

Дополнительные приложения:

Приложение Б1. Экран «Расписание на день» АРМ «Поликлиника»;

Приложение Б2. Экран «Осмотр терапевта» АРМ «Поликлиника»;

Приложение Б3. Экран «Статистические данные талона» АРМ «Поликлиника»;

Приложение Б4. Экран «Добавить диагноз» АРМ «Поликлиника»;

Приложение Б5. Экран «Планирование явок» АРМ «Поликлиника»;

Приложение Б6. Форма № 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» АРМ «Поликлиника» (Электронная медицинская карта (ЭМК));

Приложение Б7. Форма 030/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения» АРМ «Поликлиника».

Приложение № А1

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРЕДТЕСТОВОЙ ВЕРОЯТНОСТИ ИБС
в зависимости от пола, возраста и характера боли в грудной клетке**

Возраст, лет	Типичная стенокардия		Атипичная стенокардия		Неангинозная боль		Одышка при нагрузке*	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины
30–39	3%	5%	4%	3%	1%	1%	0%	3%
40–49	22%	10%	10%	6%	3%	2%	12%	3%
50–59	32%	13%	17%	6%	11%	3%	20%	9%
60–69	44%	16%	26%	11%	22%	6%	27%	14%
70+	52%	27%	34%	19%	24%	10%	32%	12%

Примечание:

- * – группа включает пациентов, имеющих только одышку или одышку как основной клинический симптом;
-  – темно-серым цветом выделены ячейки, где проведение нагрузочных тестов наиболее эффективно (ПТВ > 15%), здесь ежегодный риск сердечно-сосудистой смерти или острого ИМ ≥ 3%;
-  – светло-серые ячейки обозначают ПТВ ИБС 5–15%, здесь нагрузочное тестирование может обсуждаться после оценки общей клинической вероятности наличия ИБС на основе выявления модификаторов риска.

Приложение А2

Целевые показатели

Категория	Целевой уровень
АД	менее 130/80 мм рт.ст.
ЧСС	60-55 уд в минуту
уровень ХС-ЛПНП	менее 1,4 ммоль/л
уровень ХС-ЛПВП	>1,2 ммоль/л (у женщин), >1,0 ммоль/л (у мужчин)
ТГ	менее 1,7 ммоль/л
уровень глюкозы в плазме натощак	не выше 6,1 ммоль/л
уровень мочевой кислоты сыворотки крови	<420 мкмоль/л (у мужчин), <360 мкмоль/л (у женщин)

Приложение А3

Назначение лекарственных препаратов с учетом инструкций по применению, возраста и пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Антиагреганты		
Профилактика сердечно-сосудистых осложнений при синусовом ритме	Ацетилсалициловая кислота** 75-100 мг/сут.	При отсутствии противопоказаний
	Клопидогрел** 75 мг/сут.	При непереносимости ацетилсалициловой кислоты. При наличии периферического атеросклероза и перемежающейся хромоты
β-адреноблокаторы (БАБ)		
Устранение симптомов заболевания – стенокардии/ишемии и улучшение качества жизни	- Бисопролол** 1,25-10 мг/сут. - Карведилол** 3,125-50 мг/сут. - Метопролола сульфат/ тартрат** (CR) 12,5-200 мг/сут. - Небиволол 5-10 мг/сут. - Бетаксолол 10-20 мг/сут.	Препараты первой линии при I-II ФК и ЧСС>60 уд в мин. Достижение целевой ЧСС 55-60
Гиполипидемическая терапия		
Профилактика сердечно-сосудистых осложнений	- Аторвастатин** 10-80 мг/сут. - Розувастатин 10-40 мг/сут. - Ловастатин 40 мг/сут. - Питавастатин 2 мг/сут. - Правастатин 10 мг/сут. - Симвастатин** 40 мг/сут. - Флувастатин 80 мг/сут.	Всем пациентам с ИБС. Максимально переносимая дозировка до достижения целевого уровня ХС ЛПНП<1,4 ммоль/л и его снижения на 50% от исходного уровня. Контроль ХС ЛПНП через 8±4 недели от начала терапии/коррекции дозы
	- Эзетимиб 10 мг/сут. - Алирокумаб** 75-150 мг 1 раз в 2 недели - Эволокумаб** 140 мг каждые 2 недели	Добавление к статинам при отсутствии достижения целевого уровня ХС ЛПНП<1,4 ммоль/л или его снижения на 50% от исходного уровня при назначении максимально переносимых доз статинов. При непереносимости статинов
Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ)		
При перенесенном ранее инфаркте миокарда и/или сопутствующих заболеваниях АГ, сахарном диабете, сердечной недостаточности, хронической болезни почек; для профилактики сердечно-сосудистых осложнений.	- Эналаприл** 2,5-40 мг/сут. - Лизиноприл** 5-20 мг/сут. - Рамиприл 2,5-10 мг/сут. - Периндоприл** 5-10 (4-8) мг/сут.	Контролировать уровень калия, креатинина. Не назначать при уровне калия ≥5,5 ммоль/л. Противопоказаны при двустороннем стенозе почечных артерий (или стенозе артерии единственной почки), беременности, ангионевротическом отеке

Блокаторы рецепторов ангиотензина (БРА)		
При сопутствующих заболеваниях (постинфарктном кардиосклерозе, АГ, сахарном диабете, сердечной недостаточности, хронической болезни почек) для профилактики сердечно-сосудистых осложнений.	- Кандесартан 4-32 мг/сут. - Валсартан 80-320 мг/сут. - Лозартан** 50-100 мг/сут.	Как альтернатива ИАПФ, если они не переносятся или противопоказаны. Контролировать уровень калия, креатинина. Не назначать при уровне калия $\geq 5,5$ ммоль/л.
Блокаторы кальциевых каналов (БКК)		
Устранение симптомов заболевания – стенокардии/ишемии и улучшение качества жизни.	Верапамил** (CR) 120-360 мг/сут. Дилтиазем (CR) 180-360 мг/сут.	Препараты первой линии при I-II ФК и ЧСС >60 уд в мин.
	- Амлодипин** 2,5-10 мг/сут. - Фелодипин 2,5-10 мг/сут. - Нифедипин** 30-90 мг/сут.	В комбинации с БАБ при III-IV ФК
Короткодействующие и пролонгированные органические нитраты		
Купирование приступа стенокардии/ишемии.	- Нитроглицерин** 0,3-1,5 мг (во время приступа) - Изосорбида динитрат** (5 мг сублингвально)	
	- Изосорбида динитрат** 2,5-40 мг/сут. (во время приступа/для профилактики приступов) - Изосорбида моонитрат** 20-40 мг/сут.	Препараты второй линии для добавления к БАБ/БКК при их неэффективности
Пероральные антикоагулянты/варфарин (ПОАК/АВК)		
Профилактика сердечно-сосудистых осложнений при неклапанной/клапанной фибрилляции предсердий	- Дабигатран** 110/150 мг 2 раза в день - Ривароксабан** 15/20 1 раз в день - Апиксабан** 2,5/5 2 раза в день - Варфарин** с МНО 2,0-3,0	Неклапанная фибрилляция предсердий: мужчины с суммой баллов по шкале CHA₂-DS₂-VASc≥ 2; женщины с суммой баллов по шкале CHA₂-DS₂-VASc≥ 3. Оценка риска кровотечений по шкале HAS-BLED (≥ 3 высокий). Контроль клиренса креатинина!
	Варфарин** доза по уровню МНО	Клапанная фибрилляция предсердий – с митральным стенозом умеренной или тяжелой степени МНО 2,0-3,0, либо с механическим искусственным клапаном сердца – целевое МНО определяется позицией и типом протеза (чаще 2,5-3,5 – определяет кардиолог). Контроль МНО каждые 3-4 дня при подборе дозы, затем 1 раз в 4-6 недель. Контроль клиренса креатинина!

Антиишемические препараты различных механизмов действия		
Купирование приступа стенокардии/ишемии при недостаточной эффективности препаратов первой линии.	• Ивабрадин** 5/7,5 мг х 2 раза в сутки	Пациент с синусовым ритмом с ФВ<35% и ЧСС покоя >70уд/мин, несмотря на прием БАБ, ИАПФ, АМКР. Пациент с синусовым ритмом и ЧСС >80уд/мин при противопоказаниях к БАБ и не – ДГП БКК
	• Триметазидин до 60-70 мг/сут	Профилактика стенокардии
	• Никорандил 10 мг х 2 раза в сутки	Профилактика стенокардии
	• Ранолазин 500 мг х 2 раза в сутки	Профилактика стенокардии

**– препараты, входящие в список жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП, до 2011г. ЖНВЛС)

Лист ознакомления и использования

СОП «Диспансерный прием взрослого населения со стабильной ишемической болезнью сердца» (участковый врач/ВОП без медицинской сестры)

№ п/п	Ф.И.О.	Подпись	Дата
1			
2			



КАРДИОЛОГИЯ

**Диспансерный приём
взрослого населения с
пароксизмальной
желудочковой/
наджелудочковой
тахикардией
(I47.1, I49.4)**

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1

к приказу Министерства здравоохранения
Алтайского края

от _____ 2022 г. № _____

СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА			НОМЕР: УВ-ПЖТ-036
НАЗВАНИЕ: Диспансерный приём взрослого населения с пароксизмальной желудочковой/наджелудочковой тахикардией (I47.1, I49.4)			
Версия:	Заменяет:	Причина пересмотра:	Листов всего:

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Цель	Стандартизация процесса диспансерного приема взрослого населения с пароксизмальной желудочковой /наджелудочковой тахикардией
Область применения	Терапевтический участок
Исполнитель	Участковый врач/ВОП (без медицинской сестры)

2. НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

- 2.1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (в редакции от 22.12.2020), ст.37 «Организация оказания медицинской помощи».
- 2.2. Приказ МЗ РФ от 27.04.2021 №404н «Об утверждении порядка профилактического осмотра и диспансеризации определенных групп населения» (с изменениями на 01.02.2022).
- 2.3. Приказ МЗ РФ от 29.10.2020 №1177н «Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях».
- 2.4. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15.05.2012 №543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (с изменениями на 21.02.2020).
- 2.5. Приказ МЗ РФ от 15.03.2022 №168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».
- 2.6. Приказ МЗ РФ от 15.12.2014 №834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» (с изменениями на 02.11.2020).
- 2.7. Приказ МЗ РФ от 10.05.2017 № 203н "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи".
- 2.8. Желудочковые нарушения ритма. Желудочковые тахикардии и внезапная сердечная смерть. Клинические рекомендации МЗ РФ. Москва. – 2020 -145с.

3. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ. ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

Диспансерное наблюдение (ДН) – обследование лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц.

Порядок оказания медицинской помощи разрабатывается по отдельным ее видам, профилям, заболеваниям или состояниям и включает: этапы оказания медицинской помощи, правила организации деятельности медицинской организации, стандарт оснащения, рекомендуемые штаты, иные положения исходя из особенностей оказания медицинской помощи.

Стандарт медицинской помощи разрабатывается в соответствии с номенклатурой **медицинских услуг** и **включает в себя** усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения: **медицинских услуг**; зарегистрированных на территории Российской Федерации лекарственных препаратов (с указанием средних доз) в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата; медицинских изделий, имплантируемых в организм человека; компонентов крови; видов

лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания; иного исходя из особенностей заболевания (состояния).

Стандартная операционная процедура (СОП) – это документально оформленный набор инструкций или пошаговых действий, которые надо осуществить, чтобы выполнить ту или иную работу.

Трепетание предсердий (ТП) – наджелудочковая тахикардия, характеризующаяся возбуждением предсердий с частотой 250-350 в мин ("волны трепетания" с отсутствием изолинии на ЭКГ) вследствие процесса тасго re-entry вокруг определенного анатомического или функционального препятствия (как правило, с участием трикуспидального клапана).

Фибрилляция предсердий (ФП) – самая распространенная разновидность наджелудочковой тахикардии с хаотической электрической активностью предсердий с частотой 350-700 в мин (с отсутствием Р-волны на электрокардиограмме (ЭКГ)), исключающей возможность их координированного сокращения, и, как правило, нерегулярным ритмом желудочков.

АД – артериальное давление

АРМ – автоматизированное рабочее место

ВОП – врач общей практики

ИМТ – индекс массы тела

ЛПИ – лодыжечно-плечевой индекс

ПЖТ – пароксизмальная желудочковая тахикардия

ПНЖТ – пароксизмальная наджелудочковая тахикардия

СССУ – синдром слабости синусового узла

ЧСС – частота сердечных сокращений

4. ОСНАЩЕНИЕ

Кабинет участкового врача (ВОП) должен быть оснащён в соответствии со стандартом, утвержденным «Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» №543н [2.4.] с обязательным наличием:

- 4.1. ПК, подключенный к АРМ «Поликлиника» и выходом в информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет»;
- 4.2. Принтер;
- 4.3. Кушетка медицинская;
- 4.4. Термометр медицинский;
- 4.5. Тонометр;
- 4.6. Фонендоскоп;
- 4.7. Весы напольные для взрослых;
- 4.8. Ростомер;
- 4.9. Сантиметровая лента;
- 4.10. Пульсоксиметр портативный.

Условия выполнения СОП

**Пациент с пароксизмальной желудочковой/наджелудочковой тахикардией
подготовлен к приёму по диспансерному наблюдению:**

1.	Пациенту назначена дата приёма (телефонный звонок).
2.	Пациентом дано добровольное информированное согласие о медицинском вмешательстве.
3.	Пациенту проведены, в соответствии с оформленными ранее направлениями, лабораторные и инструментальные исследования.

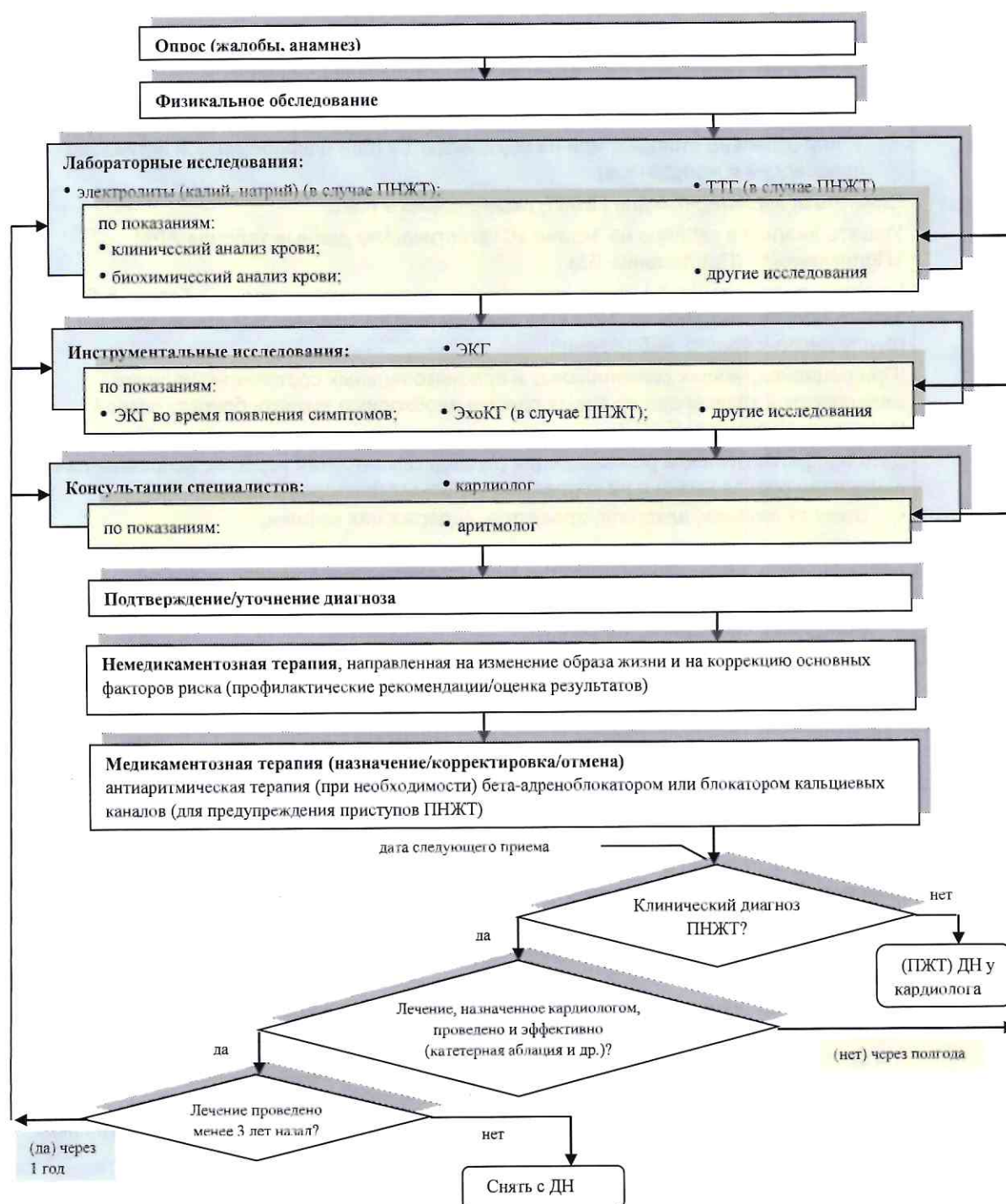
5. СОП «Диспансерный прием взрослого населения с пароксизмальной желудочковой/наджелудочковой тахикардией» (участковый врач/ВОП без медицинской сестры)

Шаг	Действия
5.1	Приветствовать пациента.
5.2	Установить доверительные отношения с пациентом.
5.3	Вымыть руки согласно технике мытья рук.
5.4	Выбрать пациента из списка на экране «Расписание на день» АРМ «Поликлиника» (Приложение Б1).
5.5.	Провести сбор жалоб, уточнить наличие: • ощущения учащенного сердцебиения; • дискомфорта, сдавливания в груди; • головокружения, слабости; • одышки, чувства нехватки воздуха; • беспокойства, чувства страха, предобморочного состояния (в случае ПЖТ); • синкопального состояния (обмороков) (в случае ПЖТ); • полиурии. Отразить результат в АРМ «Поликлиника» экран «Осмотр терапевта» (Приложение Б2).
5.6.	Собрать или ознакомиться (при наличии сохраненных данных в электронной/бумажной амбулаторной карте): • история настоящего заболевания; • история жизни; • семейный анамнез и наследственность (выявление случаев внезапных и необъяснимых смертей (например, утопление) среди родственников I-II степеней родства в молодом возрасте); • вредные привычки; • аллергологический анамнез. Отразить результат в АРМ «Поликлиника» экран «Осмотр терапевта» (Приложение Б2).
5.7.	Провести физикальный осмотр пациента: • измерить рост, вес, окружность талии; • определить ИМТ; • оценить неврологический и когнитивный статус; • измерить АД в мм рт. ст. на обеих руках; • измерить ЛПИ; • измерить температуру тела; • измерить сатурацию; • осмотреть кожные покровы, определить наличие отеков и их распространенность; • провести оценку набухания и пульсации шейных вен, что может свидетельствовать о наличии венозного застоя; • провести пальпацию щитовидной железы: размеры, болезненность, подвижность; • провести аускультацию сердца, сонных, почечных и бедренных артерий для выявления патологических шумов;

	провести пальпацию пульса на периферических артериях с оценкой частоты и регулярности ритма. Отразить результат в АРМ «Поликлиника» экран «Осмотр терапевта» (Приложение Б2).
5.8.	Оценить лабораторные исследования (бумажный\электронный вариант): - электролиты (калий, натрий) (в случае ПНЖТ); - ТТГ (в случае ПНЖТ). В случае ПЖТ – обязательных лабораторных исследований – нет.
5.8.1. (подбор/ кор- рекция терапии; осложне- ние/обо- стрение заболе- вания)	Назначить (при необходимости) или оценить (при наличии) дополнительные лабораторные исследования: клинический анализ крови; биохимический анализ крови (уровень креатинина, натрий, калий, глюкоза, общий белок, С-реактивный белок, активность аспартатаминотрансферазы и аланинаминотрансферазы, общий билирубин, мочевиная кислота); другие исследования. Оформить при необходимости направление на исследование.
5.9.	Оценить инструментальные исследования (бумажный\электронный вариант): ЭКГ в 12-ти отведениях.
5.9.1. (подбор/ кор- рекция терапии; осложне- ние/обо- стрение заболе- вания)	Назначить (при необходимости) или оценить (при наличии) дополнительные инструментальные исследования: - ЭКГ во время появления симптомов (желательно); - ЭхоКГ (в случае ПНЖТ); - другие исследования. Оформить при необходимости направление на исследование.
5.10.	Направить (по показаниям) на консультацию к специалисту или оценить (при наличии) рекомендации специалиста. Кардиолог - показания для направления на консультацию: - назначение и подбор терапии; - при возобновлении симптоматики (в случае ПНЖТ). Кратность планового осмотра кардиологом - 2 раза в год. Оформить при необходимости направление на консультацию.
5.10.1. (подбор/ кор- рекция терапии; осложне- ние/обо- стрение заболе- вания)	Определить по медицинским показаниям необходимость консультации других специалистов (или оценить их рекомендации при наличии): аритмолог. !Необходимость консультации аритмолога при ПНЖТ для решения вопроса о проведении инвазивного электрофизиологического исследования и катетерной абляции принимается кардиологом. !Консультации других специалистов назначаются в зависимости от клинической ситуации. Оформить при необходимости направление на консультацию.
5.11.	На основании п.5.5. - п.5.10. установить/уточнить клинический диагноз. !Для диагностики заболевания обязательно выявление типичных ЭКГ-признаков и характерных симптомов. ! Типичные ЭКГ-признаки, характерных для ПЖТ: - аритмия; - пароксизмальная желудочковая тахикардия (предсердная тахикардия, АВ узловая ре-ентри тахикардия, АВ ре-ентри тахикардия); - частота желудочковых сокращений от 100 до 240 уд./мин., ритм правильный, желудочковые комплексы уширены; - предсердная активность в виде зубцов Р, диссоциированных от желудочковых комплексов.

	Симптомы, характерные для ПЖТ, перечислены в п.5.5. !Типичные ЭКГ-признаки, характерных для ПНЖТ: • аритмия; • пароксизмальная наджелудочковая тахикардия (предсердная тахикардия, АВ узловая риентри тахикардия, АВ риентри тахикардия); • частота желудочковых сокращений от 100 до 240 уд./мин.; • ритм правильный, форма желудочковых комплексов не изменена по сравнению с синусовым ритмом; • предсердная активность в виде зубцов Р, деформирующих сегмент ST или зубец Т, или отдельно стоящих, или не определяются (при одновременной активации предсердий и желудочков). Симптомы, характерные для ПНЖТ, перечислены в п.5.5. Указать диагноз в таблице на экране «Статистические данные талона» АРМ «Поликлиника» (Приложение Б3). Проставить отметку (либо проконтролировать ее наличие) в поле «Добавить в ЛУД» экрана «Добавить диагноз» АРМ «Поликлиника» (Приложение Б4) для включения в группу диспансерного наблюдения. !При рецидивирующих синкопальных и пресинкопальных состояниях, наличии желудочковой тахикардии во время приема необходимо вызвать бригаду скорой медицинской помощи (СМП).
5.12.	Дать профилактические рекомендации (немедикаментозная терапия, направленная на изменение образа жизни и на коррекцию основных факторов риска): • отказ от курения, алкоголя, продуктов, содержащих кофеин; • нормализация веса; • ограничение поваренной соли (до 5г.\сут.), ограничение животных жиров; • регулярные аэробные физические нагрузки, в т.ч. пешая ходьба 3-5км, скандинавская ходьба, терренкур; • соблюдение режима сна и отдыха; исключение ситуаций, вызывающих стресс, беспокойство, нарушение режима ночного сна. Предложить пройти вакцинацию в рамках календаря профилактических прививок.
5.13.	Оценить комплаентность (точное и осознанное выполнение рекомендаций врача) пациента (режим приема, кратность, наличие препаратов при себе).
5.14.	Назначение лечения при ПЖТ производится кардиологом после оценки наличия структурной патологии сердца. !Возможности лечения включают антиаритмическую терапию, катетерную абляцию эктопического очага и профилактику внезапной сердечной смерти с помощью имплантации кардиовертера-дефибриллятора. Назначение лекарственных препаратов и подбор терапии при ПНЖТ производится кардиологом. !Для предупреждения приступов ПНЖТ до консультации кардиолога возможно назначение/корректировка/отмена антиаритмической терапии бета-адреноблокатором или блокатором кальциевых каналов в соответствии с Приложением А1.
5.15.	Оформить при необходимости рецептурный бланк.
5.16.	Назначить дату следующего приёма (экран «Планирование явок» АРМ «Поликлиника» (Приложение Б5)). Кратность осмотра в случае ПНЖТ: • до выполнения катетерной абляции – 2 раза в год; • после эффективной катетерной абляции – 1 раз в год в течение 3 лет, затем – прекращение диспансерного наблюдения. В случае ПЖТ ДН осуществляется кардиологом.
5.17.	Произвести при необходимости запись в медицинской карте пациента (бумажная форма).

Краткая схема диспансерного наблюдения взрослого населения с пароксизмальной желудочковой/ наджелудочковой тахикардией



6. МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ:

№	Название документа	Нормативный документ	Срок хранения	Заполнение
6.1.	Форма № 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях»	Приложение №1 к приказу МЗ РФ от 15.12.2014г. №834н [2.6.]	25 лет	АРМ «Поликлиника» (Приложение Б6)
6.2.	Форма 030/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения»	Приложение №5 к приказу МЗ РФ от 15.12.2014г. №834н [2.6.]	5 лет	АРМ «Поликлиника» (Приложение Б7)

7. ПРИЛОЖЕНИЯ:

Приложение А1. Назначение лекарственных препаратов с учетом инструкций по применению, возраста и пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний.

Дополнительные приложения:

- Приложение Б1. Экран «Расписание на день» АРМ «Поликлиника»;
- Приложение Б2. Экран «Осмотр терапевта» АРМ «Поликлиника»;
- Приложение Б3. Экран «Статистические данные талона» АРМ «Поликлиника»;
- Приложение Б4. Экран «Добавить диагноз» АРМ «Поликлиника»;
- Приложение Б5. Экран «Планирование явок» АРМ «Поликлиника»;
- Приложение Б6. Форма № 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» АРМ «Поликлиника» (Электронная медицинская карта (ЭМК));
- Приложение Б7. Форма 030/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения» АРМ «Поликлиника».

Приложение А1

Назначение лекарственных препаратов с учетом инструкций по применению, возраста и пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Бета-адреноблокаторы		
Контроль ЧСС, профилактика развития аритмии	- Бисопролол** 1,25-10 мг/сут. однократно - Карведилол** 3,125-50 мг х 2 раза в день - Метопролол сукцинат/тарtrat** (CR) 12,5-200 мг/сут. - Небиволол 2,5 - 10 однократно	Абсолютные противопоказания: брадикардия (ЧСС менее 50 уд. в минуту), СССУ, гипотония (с АД менее 100 мм рт. ст.), АВ-блокада II и III степени, бронхиальная астма
Блокаторы кальциевых каналов (БКК)		
Контроль ЧСС, профилактика развития аритмии	Верапамил** 40 – 120 мг х 3 раза в день (120 - 480мг препарата в пролонгированной форме однократно) Дилтиазем - 60 мг 3 раза в день вплоть до общей дневной дозировки в 360 мг (120—360 мг препарата в пролонгированной форме однократно)	Абсолютные противопоказания: брадикардия (ЧСС менее 50 уд. в минуту), СССУ, гипотония (с АД менее 100 мм рт. ст.), АВ-блокада II и III степени, ФВ менее 35%

** - препараты, входящие в список жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП, до 2011г. ЖНВЛС)

Лист ознакомления и использования

**СОП «Диспансерный прием взрослого населения
с пароксизмальной желудочковой/ наджелудочковой тахикардией»
(участковый врач/ВОП без медицинской сестры)**

№ п/п	Ф.И.О.	Подпись	Дата
1			
2			



КАРДИОЛОГИЯ

**Диспансерный приём
взрослого населения
с фибрилляцией
и/или трепетанием
предсердий
(148)**

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1

к приказу Министерства здравоохранения
Алтайского края

от _____ 2022 г. № _____

СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА			НОМЕР: УВ-ФП-020
НАЗВАНИЕ: Диспансерный приём взрослого населения с фибрилляцией и/или трепетанием предсердий (I48)			
Версия:	Заменяет:	Причина пересмотра:	Листов всего:

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Цель	Стандартизация процесса диспансерного приема взрослого населения с фибрилляцией и/или трепетанием предсердий
Область применения	Терапевтический участок
Исполнитель	Участковый врач/ВОП (без медицинской сестры)

2. НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

- 2.1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (в редакции от 22.12.2020), ст.37 «Организация оказания медицинской помощи».
- 2.2. Приказ МЗ РФ от 27.04.2021 №404н «Об утверждении порядка профилактического осмотра и диспансеризации определенных групп населения» (с изменениями на 01.02.2022).
- 2.3. Приказ МЗ РФ от 29.10.2020 №1177н «Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях».
- 2.4. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15.05.2012 №543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (с изменениями на 21.02.2020).
- 2.5. Приказ МЗ РФ от 15.03.2022 №168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».
- 2.6. Приказ МЗ РФ от 15.12.2014 №834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» (с изменениями на 02.11.2020).
- 2.7. Приказ МЗ РФ от 10.05.2017 № 203н "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи".
- 2.8. Аракелян М. Г., Бокерия Л. А., Васильева Е. Ю., Голицын С. П., Голухова Е. З., Горев М. В., Давтян К. В., Драпкина О. М., Кропачева Е. С., Кучинская Е. А., Лайович Л. Ю., Миронов Н. Ю., Мишина И. Е., Панченко Е. П., Ревиншвили А. Ш. (Сопредседатель), Рзаев Ф. Г., Татарский Б. А., Уцумуева М. Д., Шахматова О. О., Шлевков Н. Б., Шпектор А. В., Андреев Д.А., Артюхина Е. А., Барбараш О. Л., Галявич А. С., Дупляков Д. В., Зенин С. А., Лебедев Д. С., Михайлов Е. Н., Новикова Н. А., Попов С. В., Филатов А. Г., Шляхто Е. В., Шубик Ю. В. Фибрилляция и трепетание предсердий. Клинические рекомендации 2020. Российский кардиологический журнал. 2021;26(7):4594.

3. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ. ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

Диспансерное наблюдение (ДН) – обследование лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц.

Порядок оказания медицинской помощи разрабатывается по отдельным ее видам, профилям, заболеваниям или состояниям и включает: этапы оказания медицинской помощи, правила организации деятельности медицинской организации, стандарт оснащения, рекомендуемые штаты, иные положения исходя из особенностей оказания медицинской помощи.

Стандарт медицинской помощи разрабатывается в соответствии с номенклатурой **медицинских услуг** и **включает в себя** усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения: **медицинских услуг**; зарегистрированных на территории Российской Федерации лекарственных препаратов (с указанием средних доз) в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата; медицинских изделий, имплантируемых в организм человека; компонентов крови; видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания; иного исходя из особенностей заболевания (состояния).

Стандартная операционная процедура (СОП) – это документально оформленный набор инструкций или пошаговых действий, которые надо осуществить, чтобы выполнить ту или иную работу.

Трепетание предсердий (ТП) – наджелудочковая тахикардия, характеризующаяся возбуждением предсердий с частотой 250-350 в мин (“волны трепетания” с отсутствием изолинии на ЭКГ) вследствие процесса macro re-entry вокруг определенного анатомического или функционального препятствия (как правило, с участием трикуспидального клапана).

Фибрилляция предсердий (ФП) – самая распространенная разновидность наджелудочковой тахикардии с хаотической электрической активностью предсердий с частотой 350-700 в мин (с отсутствием Р-волны на электрокардиограмме (ЭКГ)), исключающей возможность их координированного сокращения, и, как правило, нерегулярным ритмом желудочков.

АД – артериальное давление

АВК – антагонисты витамина К

АКТ – антикоагулянтная терапия

АЛТ – аланинаминотрансфераза

АРМ – автоматизированное рабочее место

АСТ – аспартатаминотрансфераза

ВМП – высокотехнологическая медицинская помощь

ВОП – врач общей практики

ИИ – ишемический инсульт

ИМТ – индекс массы тела

КА – коронарная артерия

КВЛ АККД – кабинет восстановительного лечения Алтайского краевого кардиологического диспансера

КК – клиренс креатинина

ЛПИ – лодыжечно-плечевой индекс

МНО – международное нормализованное отношение

НПВС – нестероидные противовоспалительные средства

ОАК – пероральные антикоагулянты

ОКС – острый коронарный синдром

ПОАК – прямые пероральные антикоагулянты

САД – систолическое артериальное давление

СД – сахарный диабет

СКФ – скорость клубочковой фильтрации

СН – сердечная недостаточность

ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания

ТИА – транзиторная ишемическая атака

ТГ – триглицериды

ФК – функциональный класс

ФР – факторы риска

ХБП – хроническая болезнь почек

ЧСС – частота сердечных сокращений

ЭКГ – электрокардиография

4. ОСНАЩЕНИЕ

Кабинет участкового врача (ВОП) должен быть оснащён в соответствии со стандартом, утвержденным «Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» №543н [2.4.] с обязательным наличием:

- 4.1. ПК, подключенный к АРМ «Поликлиника» и выходом в информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет»;
- 4.2. Принтер;
- 4.3. Кушетка медицинская;
- 4.4. Термометр медицинский;
- 4.5. Тонометр;
- 4.6. Фонендоскоп;
- 4.7. Весы напольные для взрослых;
- 4.8. Ростомер;
- 4.9. Сантиметровая лента;
- 4.10. Пульсоксиметр портативный.

Условия выполнения СОП

Пациент с фибрилляцией и/или трепетанием предсердий подготовлен к приёму по диспансерному наблюдению:

1.	Пациенту назначена дата приёма (телефонный звонок).
2.	Пациентом дано добровольное информированное согласие о медицинском вмешательстве.
3.	Пациенту проведены, в соответствии с оформленными ранее направлениями, лабораторные и инструментальные исследования.

5. СОП «Диспансерный прием взрослого населения с фибрилляцией и/или трепетанием предсердий» (участковый врач/ВОП без медицинской сестры)

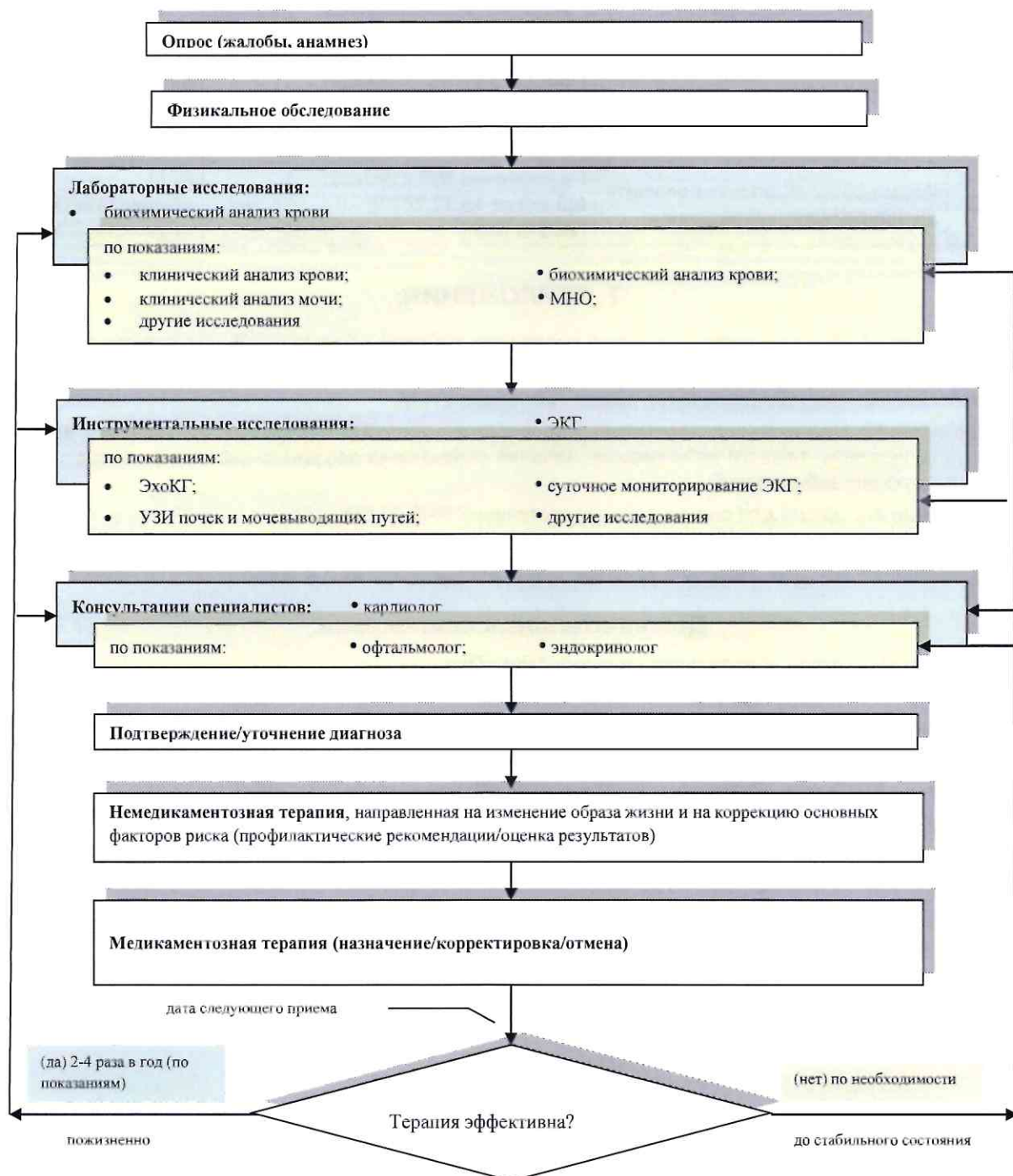
Шаг	Действия
5.1	Приветствовать пациента.
5.2	Установить доверительные отношения с пациентом.
5.3	Вымыть руки согласно технике мытья рук.
5.4	Выбрать пациента из списка на экране «Расписание на день» АРМ «Поликлиника» (Приложение Б1).
5.5.	Провести сбор жалоб, уточнить наличие: • ощущения сердцебиения, ощущения «перебоев» и «переворотов» в работе сердца; • тяжести в груди; • одышки, слабости, головокружения; • расстройства сна, сонливости; • психосоциальных расстройств. !Возможно полное отсутствие какой-либо симптоматики. Первым проявлением ФП/ТП могут быть ИИ или ТИА. Отразить результат в АРМ «Поликлиника» экран «Осмотр терапевта» (Приложение Б2).
5.6.	Собрать или ознакомиться (при наличии сохраненных данных в электронной/бумажной амбулаторной карте): • история настоящего заболевания; • история жизни; • семейный анамнез и наследственность (ССЗ у ближайших родственников пациента (отец, мать, родные братья и сестры), случаи смерти от ССЗ у ближайших родственников пациента (отец, мать, родные братья и сестры); сопутствующих заболеваний);

	• вредные привычки (в настоящее время или в прошлом); • аллергологический анамнез. Отразить результат в АРМ «Поликлиника» экран «Осмотр терапевта» (Приложение Б2).
5.7.	Провести физикальный осмотр пациента: • измерить рост, вес, окружность талии; • определить ИМТ; • измерить АД в мм рт. ст. на обеих руках (для сравнения АД между руками хотя бы однократно); • определить ЛПИ; • измерить сатурацию; • оценить неврологический и когнитивный статус; • провести перкуссию и аускультацию сердца и легких, • провести пальпацию живота, парастеральных точек и межреберных промежутков с целью выявления ряда признаков, как основного, так и сопутствующих заболеваний; • провести пальпаторное определение пульса в покое для выявления скрытой аритмии; • провести подсчет ЧСС и частоты пульса. Отразить результат в АРМ «Поликлиника» экран «Осмотр терапевта» (Приложение Б2).
5.8.	Оценить лабораторные исследования (бумажный\электронный вариант): • биохимический анализ крови (калий, натрий, креатинин с расчетом КК (формула Кокрофта-Голта), определение уровней гормонов щитовидной железы (Т3, Т4, ТТГ)).
5.8.1. (подбор/ кор- рекция терапии; осложне- ние/обо- стрение заболе- вания)	Назначить (при необходимости) или оценить (при наличии) дополнительные лабораторные исследования: • клинический анализ крови (с определением уровня гемоглобина, количества эритроцитов, количества тромбоцитов) для исключения анемии и тромбоцитопении; • клинический анализ мочи (для исключения эритроцитурии и альбуминурии); • биохимический анализ крови (определение уровня гепатоспецифических ферментов АСТ, АЛТ, общего билирубина, общего белка (для исключения патологии печени); определение уровня креатинина крови с расчетом КК (для исключения ХБП)); • определение исходного значения МНО (для исключения нарушения синтеза факторов свертывания в печени); • другие исследования. !Пациентам, находящимся на терапии АВК, рекомендуется определять уровень МНО не <12 раз в год. Оформить при необходимости направление на исследование.
5.9.	Оценить инструментальные исследования (бумажный\электронный вариант): • ЭКГ в 12 отведениях.
5.9.1. (подбор/ кор- рекция терапии; осложне- ние/обо- стрение заболе- вания)	Назначить (при необходимости) или оценить (при наличии) дополнительные инструментальные исследования: • трансторакальная ЭхоКГ; • суточное мониторирование ЭКГ (холтеровское) (для исключения коротких пароксизмов ФП/ТП); • ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих путей (для исключения мочекаменной болезни, опухолей, воспалительных заболеваний и т.п.); • другие исследования. Оформить при необходимости направление на исследование.
5.10.	Направить (по показаниям) на консультацию к специалисту или оценить (при наличии) рекомендации специалиста. Кардиолог – показания для направления на консультацию: • для оценки переносимости терапии, развития осложнений; • при отсутствии контроля ритма/частоты; • при отсутствии контроля МНО. Кратность планового осмотра кардиологом – 2 раза в год. Оформить при необходимости направление на консультацию.

5.10.1. (подбор/коррекция терапии; осложнение/обострение заболевания)	Определить по медицинским показаниям необходимость консультации других специалистов (или оценить их рекомендации при наличии): - офтальмолог; - эндокринолог. Консультации других специалистов назначаются в зависимости от клинической ситуации. Оформить при необходимости направление на консультацию.
5.11.	Провести оценку риска инсульта на основании количества факторов риска по шкале CHA2DS2-VASc (Приложение А1).
5.12.	На основании п.5.5. – п.5.11. установить/уточнить клинический диагноз. Для оценки выраженности клинических симптомов ФП/ТП рекомендуется использовать модифицированную шкалу симптомов Европейской ассоциации ритма сердца (EHRA) (Приложение А2). Для установки диагноза ФП/ТП необходимо наличие зарегистрированного эпизода аритмии с характерными ЭКГ-признаками длительностью не <30 сек. Для ФП характерными ЭКГ-критериями являются: - абсолютно нерегулярные интервалы RR; - отсутствие отчетливых зубцов Р на ЭКГ; - длительность предсердного цикла (если определяется), т.е. интервала между двумя последовательными возбуждениями предсердий (F-волн), обычно изменчива и составляет <200 мс, что соответствует частоте предсердного ритма >300 импульсов в мин. Для ТП характерными ЭКГ-критериями являются: - регулярный предсердный ритм (волны F с циклом <240 мс) с частотой 250-350 в мин при одинаковых или изменяющихся интервалах RR; - наличие волн F, имеющих при типичном ТП вид "пилообразной" кривой, особенно отчетливо видных в нижних отведениях (II, III, aVF). Указать диагноз в таблице на экране «Статистические данные талона» АРМ «Поликлиника» (Приложение Б3). Проставить отметку (либо проконтролировать ее наличие) в поле «Добавить в ЛУД» экрана «Добавить диагноз» АРМ «Поликлиника» (Приложение Б4) для включения в группу диспансерного наблюдения. Показания для госпитализации: - нестабильная гемодинамика; - нестабильная стенокардия или снижение систолической функции ЛЖ; - продолжительность пароксизма до 48 часов у пациентов без подобранной дозы антикоагулянтов.
5.13.	Дать профилактические рекомендации (немедикаментозная терапия, направленная на изменение образа жизни и на коррекцию основных факторов риска): - отказ от курения, алкоголя; - нормализация веса (ИМТ < 25 кг/м²); - индивидуальные и групповые занятия лечебной физкультурой, в т.ч. с использованием тренажеров с целью повышения физической работоспособности, качества жизни, функции сердца; - три или более еженедельных сеансов аэробной активности умеренной интенсивности, такой как ходьба, бег, езда на велосипеде, продолжительностью не <60 мин в течение не <3 мес.; - соблюдение режима сна и отдыха; исключение ситуаций, вызывающих стресс, беспокойство, нарушение режима ночного сна. Предложить пройти вакцинацию в рамках календаря профилактических прививок.
5.14.	Обучить пациента алгоритмам действий при ухудшении состояния, методике распознавания первых симптомов инсульта и важности незамедлительного вызова врача при подозрении на ИИ или ТИА.

5.15.	Оценить комплаентность (точное и осознанное выполнение рекомендаций врача) пациента (режим приема, кратность, наличие препаратов при себе).
5.16.	Назначить/откорректировать/отменить медикаментозную терапию в соответствии с Приложением А3. !Перед назначением антитромботической терапии рекомендуется оценить риск кровотечения (Приложение А4), а также определить немодифицируемые и модифицируемые ФР кровотечения (Приложение А5). !Для подбора индивидуальной дозы варфарина рекомендуется использовать алгоритм, приведенный в Приложении А6.
5.17.	Оформить при необходимости рецептурный бланк.
5.18.	Назначить дату следующего приёма (экран «Планирование явок» АРМ «Поликлиника» (Приложение Б5)). !За исключением следующих заболеваний или состояний, по поводу которых ДН осуществляется врачом-кардиологом: • при наличии стенокардии III-IV ФК в трудоспособном возрасте; • при наличии перенесенного инфаркта миокарда и его осложнений (без проведенного ВМП) – наблюдение в течение 12 месяцев после оказания медицинской помощи в стационарных условиях медицинских организаций; • период после оказания ВМП, включая кардиохирургические вмешательства – наблюдение в течение 12 месяцев в КВЛ АККД. Период подбора/коррекции терапии, либо осложнения/обострения заболевания – по необходимости. Диспансерное наблюдение (пожизненно): • при наличии стенокардии напряжения I-IV стабильного течения – 2-4 раза в год; • при наличии инфаркта миокарда сроком давности более 12 мес. – 1 раз в 6 мес.
5.19.	Произвести при необходимости запись в медицинской карте пациента (бумажная форма).

Краткая схема диспансерного наблюдения взрослого населения с фибрилляцией и/или трепетанием предсердий



6. МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ:

№	Название документа	Нормативный документ	Срок хранения	Заполнение
6.1.	Форма № 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях»	Приложение №1 к приказу МЗ РФ от 15.12.2014г. №834н [2.6.]	25 лет	АРМ «Поликлиника» (Приложение Б6)
6.2.	Форма 030/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения»	Приложение №5 к приказу МЗ РФ от 15.12.2014г. №834н [2.6.]	5 лет	АРМ «Поликлиника» (Приложение Б7)

7. ПРИЛОЖЕНИЯ:

Приложение А1. Факторы риска инсульта и системных эмболий у больных ФП и их значимость в баллах (шкала CHA2DS2-VASc);

Приложение А2. Модифицированная шкала симптомов EHRA;

Приложение А3. Назначение лекарственных препаратов с учетом инструкций по применению, возраста и пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний;

Приложение А4. Шкала для оценки риска кровотечений HAS-BLED;

Приложение А5. Факторы риска кровотечений у больных ФП, получающих антикоагулянты;

Приложение А6. Алгоритм подбора дозы варфарина** (таблетки по 2,5 мг).

Дополнительные приложения:

Приложение Б1. Экран «Расписание на день» АРМ «Поликлиника»;

Приложение Б2. Экран «Осмотр терапевта» АРМ «Поликлиника»;

Приложение Б3. Экран «Статистические данные талона» АРМ «Поликлиника»;

Приложение Б4. Экран «Добавить диагноз» АРМ «Поликлиника»;

Приложение Б5. Экран «Планирование явок» АРМ «Поликлиника»;

Приложение Б6. Форма № 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» АРМ «Поликлиника» (Электронная медицинская карта (ЭМК));

Приложение Б7. Форма 030/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения» АРМ «Поликлиника».

Приложение А1

**Факторы риска инсульта и системных эмболий у больных ФП
и их значимость в баллах (шкала CHA2DS2-VASc)**

Факторы риска	Баллы
С – хроническая сердечная недостаточность/дисфункция левого желудочка	+1
Н – артериальная гипертония	+1
А – возраст 75 лет и старше	+2
D – диабет	+1
S – ишемический инсульт/транзисторная ишемическая атака/системные эмболии в анамнезе	+2
VASc – сосудистое заболевание (инфаркт миокарда в анамнезе, атеросклероз периферических артерий нижних конечностей, атеросклеротическая бляшка в аорте)	+1
Возраст 65-74 года	+1
Женский пол	+1

Приложение А2

Модифицированная шкала симптомов EHRA

Класс EHRA	Проявления	Описание
I	Симптомов нет.	ФП не вызывает симптомов.
II a	Легкие симптомы.	Нормальная повседневная деятельность не нарушается от симптомов, связанных с ФП.
II b	Средневыраженная симптоматика	Ощущения, связанные с ФП, беспокоят пациента, но нормальная повседневная деятельность не нарушается.
III	Выраженная симптоматика	Нормальная повседневная активность нарушается из-за симптомов, вызванных ФП.
IV	Инвалидизирующие симптомы	Нормальная повседневная активность не возможна.

Назначение лекарственных препаратов с учетом инструкций по применению, возраста и пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Пероральные антикоагулянты\варфарин (ПОАК\ABK)		
Профилактика сердечно-сосудистых осложнений при неклапанной/клапанной фибрилляции предсердий	- Дабигатран** 110\150 мг х 2 раза в день - Ривароксабан** 15\20 х 1 раз в день - Апиксабан** 2,5\5 х 2 раза в день - Варфарин** доза подбирается в соответствии с уровнем МНО 2,0-3,0	Неклапанная фибрилляция назначение ПОАК\ABK в соответствии: 1. мужчинам с суммой баллов по шкале CHA2-DS2-VASc > 1; 2. женщинам с суммой баллов по шкале CHA2-DS2-VASc > 2. 3. оценкой риска кровотечений по шкале HAS-BLED (> 3 – высокий). 4. контроль клиренса креатинина: для всех – 1 раз в год; в возрасте 75 лет и старше – 1 раз в 6 мес; при ХБП – 1 раз в N месяцев (N= клиренс креатинина\ 10 (применимо, если клиренс креатинина < 60мл\мин)
	Варфарин** – доза подбирается по уровню МНО	Клапанная фибрилляция предсердий назначение ABK в соответствии: 1. при митральном стенозе умеренной или тяжелой степени – МНО 2,0-3,0; 2. при механическом искусственном клапане сердца – целевое МНО определяется позицией и типом протеза – в большинстве случаев 2,5-3,5 (определяется кардиологом); 3. при ФП без ревматического поражения после установки биопротеза – 3 месяца, затем – ПОАК (определяется кардиологом); 4. контроль МНО каждые 3-4 дня при подборе дозы, затем 1 раз в 4-6 недель; 5. контроль клиренса креатинина: для всех – 1 раз в год; в возрасте 75 лет и старше – 1 раз в 6 мес; при ХБП – 1 раз в N месяцев (N= клиренс креатинина\ 10 (применимо, если клиренс креатинина < 60мл\мин)
Комбинированная терапия пероральными антикоагулянтами (ПОАК) и ингибиторами агрегации тромбоцитов после острого коронарного синдрома (ОКС) и чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) – определяет кардиолог, либо терапевт после обязательной консультации с кардиологом!		
Плановое ЧКВ у пациента с ФП с высоким риском инсульта	ПОАК+ ацетилсалициловая кислота+ клопидогрел	Срок – 1 месяц, независимо от типа стента

Экстренное ЧКВ со стентированием на фоне ОКС у пациента с ФП и высоким риском инсульта	ПОАК+ ацетилсалициловая кислота + клопидогрел	Срок – 1-6 месяцев
	АВК+ ацетилсалициловая кислота + клопидогрел	Доза АВК в соответствии с МНО 2,0 -2,5
Препараты и их дозы для контроля частоты сердечных сокращений определяет кардиолог, либо терапевт после обязательной консультации с кардиологом!		
Достижение целевых значений ЧСС	• Бисопролол** 1,25-20 мг в день однократно или разделить дозу • Карведилол** 3,125-50 мг дважды в день • Метопролол** 100-200 мг общая суточная доза (в качестве стартовой дозы) • Небиволол 2,5-10 мг однократно в день или разделить дозу • Верапамил** 240 мг/сут • Дилтиазем 180 мг/сут • Дигоксин** 0,25 мг/сут • Амиодарон** 200 мг (по схеме)	1. при полном отсутствии симптомов аритмии частота желудочковых сокращений в состоянии покоя должна быть не выше 110 ударов в минуту; 2. при наличии симптомов, связанных с аритмией – не выше 80 ударов в минуту (также в состоянии покоя)
Препараты и их дозы для профилактики фибрилляции предсердий – определяет кардиолог, либо терапевт после обязательной консультации с кардиологом!		
Профилактика ФП	• Амиодарон** 200 мг (по схеме)	Профилактика рецидивирующей ФП при сердечной недостаточности
	• Соталол** 240-320 мг/сут	Профилактика рецидивов ФП у пациентов без тяжелого органического поражения сердца, без угнетения насосной функции и сердечной недостаточности (СН)
	• Пропафенон** 450-600 мг/сут • Лаппаконтин • Гидробромид** 75 мг/сут	Профилактика рецидивирующей симптоматической ФП у пациентов без структурного поражения сердца и СН

**– препараты, входящие в список жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП, до 2011г. ЖНВЛС)

Шкала для оценки риска кровотечений HAS-BLED

Буква*	Клиническая характеристика	Число баллов
H	Гипертония	+1
A	Нарушение функции печени или почек (по 1 баллу)	+1
S	Инсульт	+1
B	Кровотечения	+1
L	Лабильное МНО	+1
E	Возраст (> 65 лет)	+1
D	Лекарства или алкоголь (по 1 баллу)	+1 или 2

* Первые буквы английских названий:

H – гипертония, систолическое АД >160 мм рт. ст.

A – нарушение функции почек или печени: диализ, трансплантация почки или сывороточный креатинин ≥ 200 мкмоль/л; хроническое заболевание печени (например, цирроз) или биохимические признаки серьезного поражения печени (например, уровень билирубина по крайней мере в 2 раза выше верхней границы нормы в сочетании с повышением активности АСТ/АЛТ/щелочной фосфатазы более чем в 3 раза по сравнению с верхней границей нормы и т.д.).

S – инсульт в анамнезе.

B – кровотечение в анамнезе и/или предрасположенность к кровотечению, например, геморрагический диатез, анемия и т.д.

L – лабильное МНО: нестабильное/высокое МНО или <60% измерений МНО в пределах целевого диапазона.

E – возраст старше 65 лет.

D – лекарства/алкоголь, сопутствующий прием антитромбоцитарных, нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) или злоупотребление алкоголем.

Приложение А5

Факторы риска кровотечений у больных ФП, получающих антикоагулянты

Модифицируемые ФР
Артериальная гипертония (особенно если САД >160 мм рт.ст.)
Лабильное МНО или время пребывания МНО в целевом диапазоне <60% (для принимающих АВК)
Сопутствующий прием препаратов, повышающих риск кровотечения (ингибиторы агрегации тромбоцитов или НПВС)
Злоупотребление алкоголем (≥8 порций в нед.)*
Частично модифицируемые ФР
Анемия
Нарушенная функция почек
Нарушенная функция печени
Снижение числа тромбоцитов или нарушение их функции
Немодифицируемые ФР
Возраст (>65 лет), (≥75 лет)*
Большое кровотечение в анамнезе
Инсульт в анамнезе
Почечная патология, требующая диализа, либо трансплантация почки
Цирроз печени
Злокачественное новообразование
Генетические факторы
Биомаркеры — ФР кровотечений
Высококчувствительный тропонин
Фактор роста и дифференцировки 15
Уровень креатинина сыворотки/расчетное значение КК

Примечание: * — для расчета количества единиц алкоголя в конкретном напитке нужно умножить объем напитка в литрах на его крепость, а затем умножить полученный результат на удельный вес алкоголя, т.е. на 0,789 (соотношение между плотностью алкоголя и плотностью воды)

Алгоритм подбора дозы варфарина (таблетки по 2,5 мг)**

Первые 2-3 дня — 2 табл. (5 мг) однократно в одно и то же время		
3-4 день	МНО <1,5	Увеличить суточную дозу на 1/4 табл. Контроль МНО через 2 дня
	МНО 1,5-2,0	Оставить суточную дозу без изменений. Контроль МНО через 2 дня
	МНО ≥2,0	Пропустить 1-2 приема варфарина. Возобновление терапии при МНО 2,0-2,5 в дозе 1 табл. Контроль МНО через 1-2 дня
	МНО >3,0	Пропустить 2 приема варфарина. Возобновление терапии при МНО 2,0-2,5 в дозе 1/2 табл. Контроль МНО через 1-2 дня
5-6 день	МНО <1,5	Увеличить суточную дозу на 1/2 табл. Контроль МНО через 2 дня
	МНО 1,5-2,0	Увеличить суточную дозу на 1/4 табл. Контроль МНО через 2 дня
	МНО 2,0-2,5	Оставить суточную дозу без изменений. Контроль МНО через 2 дня
	МНО >3,0	Пропустить 1-2 приема варфарина. Возобновление терапии при МНО 2,0-2,5 в дозе 1 табл. Контроль МНО через 1-2 дня
7-8 день	МНО <1,5	Увеличить суточную дозу на 1/2 табл. Контроль МНО через 2 дня
	МНО 1,5-2,0	Увеличить суточную дозу на 1/4 табл. Контроль МНО через 2 дня
	МНО 2,0-3,0	Оставить суточную дозу без изменений. Контроль МНО через 2 дня
	МНО >3,0	Пропустить 1-2 приема варфарина. Возобновление терапии при МНО 2,0-2,5. Уменьшить дозу на 1/2 табл. Контроль МНО через 1-2 дня
В дальнейшем контроль МНО 1 раз в 2-3 дня с использованием алгоритма 7-8 дней		

Лист ознакомления и использования

СОП «Диспансерный прием взрослого населения с фибрилляцией и/или трепетанием предсердий» (участковый врач/ВОП без медицинской сестры)

№ п/п	Ф.И.О.	Подпись	Дата
1			
2			

 КАРДИОЛОГИЯ

**Диспансерный приём
взрослого населения
с хронической сердечной
недостаточностью
(I50.0, I50.1, I50.9)**

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1
к приказу Министерства здравоохранения
Алтайского края
от _____ 2022 г. № _____

СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА			НОМЕР: УВ-ХСН-016
НАЗВАНИЕ: Диспансерный приём взрослого населения с хронической сердечной недостаточностью (I50.0, I50.1, I50.9)			
Версия:	Заменяет:	Причина пересмотра:	Листов всего:

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Цель	Стандартизация процесса диспансерного приема взрослого населения с хронической сердечной недостаточностью
Область применения	Терапевтический участок
Исполнитель	Участковый врач/ВОП (без медицинской сестры)

2. НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

- 2.1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (в редакции от 22.12.2020), ст.37 «Организация оказания медицинской помощи».
- 2.2. Приказ МЗ РФ от 27.04.2021 №404н «Об утверждении порядка профилактического осмотра и диспансеризации определенных групп населения» (с изменениями на 01.02.2022).
- 2.3. Приказ МЗ РФ от 29.10.2020 №1177н «Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях».
- 2.4. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15.05.2012 №543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (с изменениями на 21.02.2020).
- 2.5. Приказ МЗ РФ от 15.03.2022 №168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».
- 2.6. Приказ МЗ РФ от 15.12.2014 №834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» (с изменениями на 02.11.2020).
- 2.7. Приказ МЗ РФ от 10.05.2017 № 203н "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи".
- 2.8 Хроническая сердечная недостаточность. Клинические рекомендации 2020. Российский кардиологический журнал. 2020;25(11):4083.

3. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ. ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

Диспансерное наблюдение (ДН) – обследование лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц.

Порядок оказания медицинской помощи разрабатывается по отдельным ее видам, профилям, заболеваниям или состояниям и включает: этапы оказания медицинской помощи, правила организации деятельности медицинской организации, стандарт оснащения, рекомендуемые штаты, иные положения исходя из особенностей оказания медицинской помощи.

Сердечная недостаточность (СН) – это клинический синдром, характеризующийся наличием типичных симптомов (одышка, повышенная утомляемость, отеки голеней и стоп) и признаков (повышение давления в яремных венах, хрипы в легких, периферические отеки), вызванных нарушением структуры и/или функции сердца, приводящим к снижению сердечного выброса и/или повышению давления наполнения сердца в покое или при нагрузке.

Стандарт медицинской помощи разрабатывается в соответствии с номенклатурой **медицинских услуг** и **включает в себя** усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения: **медицинских услуг**; зарегистрированных на территории Российской Федерации лекарственных препаратов (с указанием средних доз) в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата; медицинских изделий, имплантируемых в организм человека; компонентов крови; видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания; иного исходя из особенностей заболевания (состояния).

Стандартная операционная процедура (СОП) – это документально оформленный набор инструкций или пошаговых действий, которые надо осуществить, чтобы выполнить ту или иную работу.

Хроническая СН (ХСН) – типичным является эпизодическое, чаще постепенное усиление симптомов/признаков СН, вплоть до развития “декомпенсации”.

АГ – артериальная гипертония

АД – артериальное давление

АЛТ – аланинаминотрансфераза

АРМ – автоматизированное рабочее место

АСТ – аспартатаминотрансфераза

ВОП – врач общей практики

ГЛЖ – гипертрофия миокарда левого желудочка

ДД – диастолическая дисфункция

иАПФ – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента

ИКД – имплантируемый кардиовертер-дефибриллятор

ИММ – индекс массы миокарда

ИМТ – индекс массы тела

КМП – кардиомиопатия

ЛЖ – левый желудочек

ЛП – липопротеин

ЛПИ – лодыжечно-плечевой индекс

ОГК – органы грудной клетки

ОХС – общий холестерин

САД – систолическое артериальное давление

СКФ – скорость клубочковой фильтрации

СН – сердечная недостаточность

ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания

ТГ – триглицериды

ТМК – телемедицинская консультация

ТТГ – тиреотропный гормон

УЛП – увеличение левого предсердия

ФВ – фракция выброса

ФК – функциональный класс

ФР – факторы риска

ХБП – хроническая болезнь почек

ХС-ЛПВП – липопротеины высокой плотности

ХС-ЛПНП – липопротеины низкой плотности

ХСНнФВ – хроническая сердечная недостаточность со сниженной фракцией выброса левого желудочка

ХСНпФВ – хроническая сердечная недостаточность с промежуточной фракцией выброса левого желудочка

ХСНсФВ – хроническая сердечная недостаточность с сохранной фракцией выброса левого желудочка

ЧДД – частота дыхательных движений

ЧСС – частота сердечных сокращений

ЭКГ – электрокардиография

4. ОСНАЩЕНИЕ

Кабинет участкового врача (ВОП) должен быть оснащён в соответствии со стандартом, утвержденным «Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» №543н [2.4.] с обязательным наличием:

- 4.1. ПК, подключенный к АРМ «Поликлиника» и выходом в информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет»;
- 4.2. Принтер;
- 4.3. Кушетка медицинская;
- 4.4. Термометр медицинский;
- 4.5. Тонометр;
- 4.6. Фонендоскоп;
- 4.7. Весы напольные для взрослых;
- 4.8. Ростомер;
- 4.9. Сантиметровая лента;
- 4.10. Пульсоксиметр портативный.

Условия выполнения СОП

Пациент с хронической сердечной недостаточностью подготовлен к приёму по диспансерному наблюдению:

1.	Пациенту назначена дата приёма (телефонный звонок).
2.	Пациентом дано добровольное информированное согласие о медицинском вмешательстве.
3.	Пациенту проведены, в соответствии с оформленными ранее направлениями, лабораторные и инструментальные исследования.

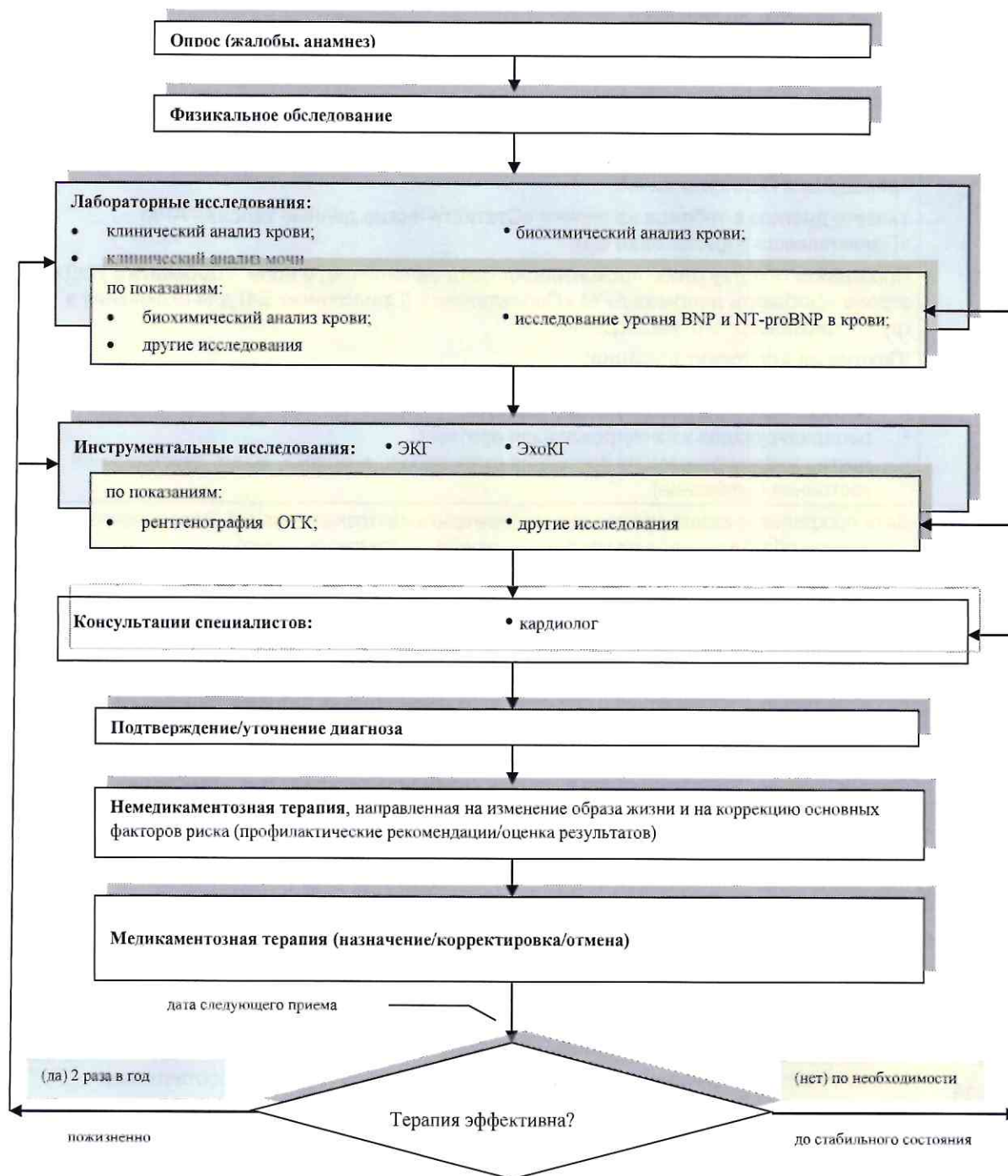
5. СОП Диспансерный прием взрослого населения с хронической сердечной недостаточностью» (участковый врач/ВОП без медицинской сестры)

Шаг	Действия
5.1	Приветствовать пациента.
5.2	Установить доверительные отношения с пациентом.
5.3	Вымыть руки согласно технике мытья рук.
5.4	Выбрать пациента из списка на экране «Расписание на день» АРМ «Поликлиника» (Приложение Б1).
5.5.	Провести сбор жалоб, уточнить наличие: • одышки; • сердцебиения; • отека голени и стоп; • повышенной утомляемости. Отразить результат в АРМ «Поликлиника» экран «Осмотр терапевта» (Приложение Б2).
5.6.	Собрать или ознакомиться (при наличии сохраненных данных в электронной/бумажной амбулаторной карте): • история настоящего заболевания (длительный анамнез АГ, перенесенный ранее ИМ или воспалительное заболевание миокарда, пороки сердца); • история жизни; • семейный анамнез и наследственность; • вредные привычки (в настоящее время или в прошлом); • аллергологический анамнез. Отразить результат в АРМ «Поликлиника» экран «Осмотр терапевта» (Приложение Б2).
5.7.	Провести физикальный осмотр пациента: • измерить рост, вес, окружность талии; • определить ИМТ; • измерить АД в мм рт. ст. на обеих руках (для сравнения АД между руками хотя бы однократно); • определить ЛПИ; • измерить сатурацию; • оценить неврологический и когнитивный статус;

	• провести перкуссию и аускультацию сердца и легких, • провести пальпацию живота, парастеральных точек и межреберных промежутков с целью выявления ряда признаков, как основного, так и сопутствующих заболеваний; • провести подсчет ЧСС и частоты пульса. !Наиболее распространенные симптомы и признаки, выявляемые при физикальном обследовании, представлены в Приложении А1. Отразить результат в АРМ «Поликлиника» экран «Осмотр терапевта» (Приложение Б2)
5.8.	Оценить лабораторные исследования (бумажный\электронный вариант): • клинический анализ крови (исследование уровня эритроцитов, тромбоцитов, лейкоцитов в крови, оценка гематокрита); • биохимический анализ крови (калий, натрий, мочевины, креатинин с расчетом СКФ, общий билирубин, АЛТ, АСТ, глюкоза, HbA1c); • клинический анализ мочи.
5.8.1. (подбор/ кор- рекция терапии; осложне- ние/обо- стрение заболе- вания)	Назначить (при необходимости) или оценить (при наличии) дополнительные лабораторные исследования: • биохимический анализ крови (ОХС, ХС-ЛПНП, ХС-ЛПВП, ТГ, ТТГ, сывороточное железо/ферритин, гормоны щитовидной железы); • исследование уровня мозгового натрийуретического пептида (BNP) и N-терминального фрагмента натрийуретического пропептида мозгового (NT-proBNP) в крови; • другие исследования. Оформить при необходимости направление на исследование.
5.9.	Оценить инструментальные исследования (бумажный\электронный вариант): • ЭКГ в 12 отведениях; • ЭхоКГ.
5.9.1. (подбор/ кор- рекция терапии; осложне- ние/обо- стрение заболе- вания)	Назначить (при необходимости) или оценить (при наличии) дополнительные инструментальные исследования: • прицельная рентгенография органов грудной клетки (прямая и боковая проекции для выявления альтернативных заболеваний легких, выявления нарушений легочной гемодинамики, выявления кардиомегалии); • другие исследования. Оформить при необходимости направление на исследование.
5.10.	Направить (по показаниям) на консультацию к специалисту или оценить (при наличии) рекомендации специалиста. Кардиолог – показания для направления на консультацию: • при сохраняющейся симптоматике, несмотря на оптимальную медикаментозную терапию; • при наличии признаков появления или прогрессирования сердечной недостаточности; • для решения вопроса о возможности хирургического лечения основного заболевания; • для решения вопроса о ресинхронизирующей терапии (СРТ) (пациенты с ФВ ЛЖ менее 35% и QRS > 150 мс, при наличии ФП – ФВ ЛЖ менее 35% и QRS > 130 мс); • для решения вопроса о возможности реваскуляризации и/или постановки имплантируемого кардиовертердефибриллятора (ИКД)); • для решения вопроса о возможности направления в региональный центр согласно показаний, определенных Приложением А2. Кратность планового осмотра кардиологом – не определена (только по показаниям). Консультации других специалистов назначаются в зависимости от клинической ситуации. Оформить при необходимости направление на консультацию.

5.11.	На основании п.5.5. – п.5.10. установить/уточнить клинический диагноз. ! Для постановки диагноза ХСН необходимо наличие следующих критериев: • характерные симптомы; • подтверждающие их наличие клинические признаки (в сомнительных случаях реакция на мочегонную терапию); • доказательства наличия систолической дисфункции и/или ДД; • определение натрийуретических пептидов (для исключения диагноза ХСН). !Для определения выраженности клинической симптоматики у пациентов с ХСН рекомендуется использовать шкалу оценки клинического состояния (Приложение А3). !Основные характеристики ХСН в зависимости от фракции выброса левого желудочка приведены в Приложении А4. Указать диагноз в таблице на экране «Статистические данные талона» АРМ «Поликлиника» (Приложение Б3). Проставить отметку (либо проконтролировать ее наличие) в поле «Добавить в ЛУД» экрана «Добавить диагноз» АРМ «Поликлиника» (Приложение Б4) для включения в группу диспансерного наблюдения. !Показания для госпитализации: • гемодинамическая нестабильность; • выраженная (прогрессирующая) одышка; • рецидивирующая жизнеугрожающая аритмия; • другие жизнеугрожающие состояния (отек легких, анасарка, асцит, двусторонняя застойная пневмония).
5.12.	Дать профилактические рекомендации (немедикаментозная терапия, направленная на изменение образа жизни и на коррекцию основных факторов риска): • отказ от курения, алкоголя; • нормализация веса (ИМТ < 25 кг/м²); • соблюдение рекомендаций по питанию (ограничение потребления поваренной соли, умеренное употребление жидкости); • регулярные физические аэробные нагрузки; • дыхательные упражнения с применением дыхательных тренажеров и без них; • соблюдение режима сна и отдыха; исключение ситуаций, вызывающих стресс, беспокойство, нарушение режима ночного сна. Предложить пройти вакцинацию в рамках календаря профилактических прививок.
5.13.	Ознакомить пациента с основными аспектами течения заболевания, методами лечения, основными показаниями к терапии, принципами дозирования и ожидаемыми эффектами препаратов, а также возможными побочными эффектами. Обучить пациента навыкам контроля симптомов заболевания и своевременному распознаванию начинающейся декомпенсации. Объяснить пациенту необходимость в ежедневном взвешивании, что позволит ему самостоятельно корректировать дозу диуретиков.
5.14.	Оценить комплаентность (точное и осознанное выполнение рекомендаций врача) пациента (режим приема, кратность, наличие препаратов при себе).
5.15.	Назначить/откорректировать/отменить медикаментозную терапию в соответствии с Приложением А5.
5.16.	Оформить при необходимости рецептурный бланк.
5.17.	Назначить дату следующего приёма (экран «Планирование явок» АРМ «Поликлиника» (Приложение Б5)). Период подбора/коррекции терапии, либо осложнения/обострения заболевания – по необходимости. Диспансерное наблюдение (пожизненно) – 2 раза в год.
5.18.	Произвести при необходимости запись в медицинской карте пациента (бумажная форма).

Краткая схема диспансерного наблюдения взрослого населения с хронической сердечной недостаточностью



6. МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ:

№	Название документа	Нормативный документ	Срок хранения	Заполнение
6.1.	Форма № 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях»	Приложение №1 к приказу МЗ РФ от 15.12.2014г. №834н [2.6.]	25 лет	АРМ «Поликлиника» (Приложение Б6)
6.2.	Форма 030/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения»	Приложение №5 к приказу МЗ РФ от 15.12.2014г. №834н [2.6.]	5 лет	АРМ «Поликлиника» (Приложение Б7)

7. ПРИЛОЖЕНИЯ:

Приложение А1. Характерные клинические признаки и симптомы хронической сердечной недостаточности;

Приложение А2. Показания для направления пациентов в Региональный центр;

Приложение А3. Шкала оценки клинического состояния пациента с ХСН (ШОКС);

Приложение А4. Характеристики хронической сердечной недостаточности в зависимости от фракции выброса левого желудочка;

Приложение А5. Назначение лекарственных препаратов с учетом инструкций по применению, возраста и пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний.

Дополнительные приложения:

Приложение Б1. Экран «Расписание на день» АРМ «Поликлиника»;

Приложение Б2. Экран «Осмотр терапевта» АРМ «Поликлиника»;

Приложение Б3. Экран «Статистические данные талона» АРМ «Поликлиника»;

Приложение Б4. Экран «Добавить диагноз» АРМ «Поликлиника»;

Приложение Б5. Экран «Планирование явок» АРМ «Поликлиника»;

Приложение Б6. Форма № 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» АРМ «Поликлиника» (Электронная медицинская карта (ЭМК));

Приложение Б7. Форма 030/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения» АРМ «Поликлиника».

Приложение № А1

**Характерные клинические признаки и симптомы
хронической сердечной недостаточности**

Симптомы	Клинические признаки
Типичные	Наиболее специфичные
Одышка	Повышение центрального венозного давления в яремных венах
Ортопноэ	Гепатоягулярный рефлюкс
Пароксизмальная ночная одышка	Третий тон (ритм галопа)
Снижение толерантности к нагрузкам	Смещение верхушечного толчка влево
Слабость, утомляемость, увеличение времени восстановления после нагрузки	Менее специфичные
Увеличение в объеме лодыжек	Периферические отеки
Менее типичные	Влажные хрипы в легких
Ночной кашель	Шумы в сердце
Прибавка в весе >2 кг/неделю	Тахикардия
Потеря веса	Нерегулярный пульс
Депрессия	Тахипноэ (ЧДД более 16 в минуту)
Сердцебиение	Гепатомегалия
	Асцит
	Кахексия

Приложение № А2

Показания для направления пациентов в Региональный центр

1. Показания для направления:

1.1. Декомпенсация ХСН, рефрактерность к оптимальной консервативной терапии при возможности хирургической коррекции.

1.2. Уточнение диагноза ХСН и ее генеза у пациентов моложе 45 лет с низкой и промежуточной ФВ и /или измененной архитектоникой сердца.

1.3. Нахождение в «листе ожидания» на ортотопическую трансплантацию сердца, перенесенная ортотопическая трансплантация сердца при ухудшении состояния.

1.4. Кардиомиопатии с впервые установленным диагнозом для планового обследования, верификации вида КМП, определения тактики дальнейшего ведения.

1.5. Легочная артериальная гипертензия для плановой диагностики с последующим определением показаний к ЛАГ-специфической терапии и включению в регистр пациентов для периодического контроля, определения показаний к оперативному лечению.

1.6. Определение показаний и оказание высокотехнологичной медицинской помощи при ХСН – реваскуляризация ишемизированного миокарда, реконструкция нарушенной геометрии левого желудочка, клапанная коррекция (в том числе TAVI), ресинхронизирующая терапия, имплантация ИКД, хирургическое лечение сложных нарушений ритма и проводимости, имплантация устройств вспомогательного кровообращения, ортотопическая трансплантация сердца.

2. Направление в Региональный центр при наличии медицинских показаний осуществляется врачами-кардиологами и терапевтами межрайонных центров по лечению больных с ХСН после ТМК со специалистами Регионального центра по телефону: 8– 3852– 50-89-69.

Приложение № А3

Шкала оценки клинического состояния пациента с ХСН (ШОКС)

Симптом/признак	Выраженность	Количество баллов
Одышка	0 – нет	
	1 – при нагрузке	
	2 – в покое	
Изменился ли за последнюю неделю вес	0 – нет	
	1 – увеличился	
Жалобы на перебои в работе сердца	0 – нет	
	1 – есть	
В каком положении находится в постели	0 – горизонтально	
	1 – с приподнятым головным концом (две и более подушки)	
	2 – плюс просыпается от удушья	
	3 – сидя	
Набухшие шейные вены	0 – нет	
	1 – лежа	
	2 – стоя	
Хрипы в легких	0 – нет	
	1 – нижние отделы (до 1/3)	
	2 – до лопаток (до 2/3)	
	3 – над всей поверхностью легких	
Наличие ритма галопа	0 – нет	
	1 – есть	
Печень	0 – не увеличена	
	1 – до 5 см	
	2 – >5 см	
Отеки	0 – нет	
	1 – пастозность	
	2 – отеки	
	3 – анасарка	
Уровень САД	0 – >120 мм рт.ст.	
	1 – 100-120 мм рт.ст.	
	2 – <100 мм рт.ст.	
ИТОГО		
0 баллов – отсутствие клинических признаков СН. I ФК – меньше или равно 3 баллам; II ФК – от 4 до 6 баллов; III ФК – от 7 до 9 баллов; IV ФК – больше 9 баллов		

Приложение № А4

**Характеристики хронической сердечной недостаточности
в зависимости от фракции выброса левого желудочка**

Тип ХСН	ХСНнОВ	ХСНпОВ	ХСНсОВ
Критерий 1	Симптомы+признаки*	Симптомы+признаки*	Симптомы+признаки*
Критерий 2	ФВ ЛЖ<40%	ФВ ЛЖ = 40-49%	ФВ ЛЖ >=50%
Критерий 3		1. Повышение уровня натрийуретических пептидов; 2. Наличие по крайней мере одного из дополнительных критериев: структурные изменения сердца (ГЛЖ и/или УЛП); диастолическая дисфункция.	1. Повышение уровня натрийуретических пептидов*; 2. Наличие по крайней мере одного из дополнительных критериев: структурные изменения сердца (ГЛЖ и/или УЛП); диастолическая дисфункция.

* Повышение уровня натрийуретических пептидов (BNP>35 пг/мл и/или NT-proBNP>125пг/мл), структурные изменения сердца: гипертрофия ЛЖ (ИММ ЛЖ>115 г/м² (мужчины) и 95 г/м² (женщины) или расширение левого предсердия (индексированный объем ЛП>34 мл/м²).

Приложение А5

Назначение лекарственных препаратов с учетом инструкций по применению, возраста и пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний

Показания к назначению	Препараты по МНН (примерный перечень)	Комментарии
Ингибиторы АПФ (иАПФ)		
Всем пациентам с симптомной ХСН и ФВЛЖ ≤ 40% с целью снижения риска госпитализации по поводу сердечной недостаточности и смерти	- Каптоприл** 6,25-150 мг/сут. - Эналаприл** 2,5-40 мг/сут. - Лизиноприл** 5-20 мг/сут. - Рамиприл 1,25-10 мг/сут. - Периндоприл** 5-10 мг/сут. - Фозиноприл 5-40 мг/сут.	Нельзя комбинировать с АРА! Контролировать уровень калия, креатинина. Не назначать при уровне калия ≥ 5,5 ммоль/л. Противопоказаны при двустороннем стенозе почечных артерий (или стенозе артерии единственной почки), беременности, ангионевротическом отеке
Блокаторы рецепторов ангиотензина (БРА)		
Пациентам с симптомной ХСН и ФВЛЖ ≤ 40% при непереносимости иАПФ с целью снижения риска госпитализации по поводу сердечной недостаточности и смерти	- Кандесартан 4–32 мг/сут. - Валсартан **80–320 мг/сут. - Лозартан** 50–150 мг/сут.	Нельзя комбинировать с иАПФ! Контролировать уровень калия, креатинина. Не назначать при уровне калия ≥ 5,5 ммоль/л. Противопоказаны при двустороннем стенозе почечных артерий (или стенозе артерии единственной почки), беременности, ангионевротическом отеке
Ангиотензиновых рецепторов и неприлизина ингибиторы (АРНИ)		
Применять вместо иАПФ\БРА при симптомной ХСН с ФВ ЛЖ ≤ 40% с сохраняющимися симптомами, несмотря на оптимальную терапию иАПФ\БРА, БАБ и АМКР с целью снижения риска госпитализации по поводу СН и смерти	АРНИ (валсартан**/сакубитрил) 100–200 мг в сутки	Отсутствие эффекта от лечения иАПФ, БАБ и АМКР, при стабильном течении (без декомпенсации, назначения в/в или удвоения дозы пероральных диуретиков и с САД > 100 мм рт. ст.). Назначаются кардиологом при отмене иАПФ (БРА) за 36 часов
β-адреноблокаторы (БАБ)		
Всем пациентам с симптомной ХСН дополнительно к иАПФ с целью снижения риска госпитализации по поводу сердечной недостаточности и смерти	- Бисопролол** 1,25-10 мг/сут. - Карведилол** 3,125-100 мг/сут. - Метопролол** сукцинат 12,5-200 мг/сут. - Небиволол** 1,25-10 мг/сут. (старше 70 лет)	Титрация под контролем ЧСС. Противопоказаны при АВ-блокаде 2–3-й степени, синдроме слабости синусового узла, САД менее 100 мм рт.ст., бронхиальной астме, критической ишемии конечностей

Антагонисты минералокортикоидных рецепторов (АМКР)		
Всем пациентам с симптомной ХСН и ФВ ЛЖ<40% с целью снижения риска госпитализации по поводу сердечной недостаточности и смерти	• Спиронолактон** 25–50 мг/сут. • Эплеренон 25–50 мг/сут.	Несмотря на лечение иАПФ и БАБ. Контроль калия и креатинина!
Ингибиторы натрий-глюкозного-ко-транспортера 2 типа		
Всем пациентам с симптомной ХСН и ФВ ЛЖ<40% , несмотря на терапию иАПФ\БРА\АРНИ\АМКР, с целью снижения риска госпитализации по поводу сердечной недостаточности и смерти	• Дапаглифлозин** 10 мг\сут.	Независимо от наличия сахарного диабета
Ингибиторы iF-каналов		
Пациентам с синусовым ритмом с симптомной ХСН и ФВ ЛЖ<35% и ЧСС>70 уд в мин. для снижения госпитализации по поводу сердечной недостаточности и смерти	• Ивабрадин** 5 – 7,5 мг 2 раза в день	Несмотря на лечение оптимальными доказанными дозами БАБ (или максимально переносимыми дозами), иАПФ\БРА\АРНИ\АМКР. Вместо БАБ при наличии их непереносимости\противопоказаниях
Сердечные гликозиды		
Как симптоматическая терапия при неэффективности всех остальных подходов при синусовом ритме и ФВ ЛЖ<25%; при отсутствии контроля ЧСС при фибрилляции предсердий	• Дигоксин** 0,125– 0,25 мг\сут.	Только как дополнение терапии иАПФ\БРА\АРНИ\АМКР\БАБ\диуретиками при склонности к гипотонии. Контроль калия, креатинина, ЭКГ– признаков дигиталисной интоксикации
Диуретики		
Устранение симптомов, связанных с задержкой жидкости, независимо от ФВ ЛЖ	• Фуросемид** 20–240 мг/сут. • Торасемид** 5–20 мг/сут.	Предпочтительно назначение в комбинации с иАПФ или АРА
	• Ацетазоламид 250 мг\сут. • Гидрохлортиазид** 12,5– 100 мг/сут.	Низкая эффективность при СКФ<30 мл\мин

**– препараты, входящие в список жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП, до 2011г. ЖНВЛС)

Лист ознакомления и использования

СОП «Диспансерный прием взрослого населения с хронической сердечной недостаточностью» (участковый врач/ВОП без медицинской сестры)

№ п/п	Ф.И.О.	Подпись	Дата
1			
2			