

## Диспансерное наблюдение пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации

Драпкина О. М.<sup>1</sup>, Бойцов С. А.<sup>2</sup>, Шепель Р. Н.<sup>1</sup>, Атюнина И. В.<sup>2</sup>, Дежурный Л. И.<sup>3</sup>, Дроздова Л. Ю.<sup>1</sup>, Ипатов П. В.<sup>1</sup>, Калинина А. М.<sup>1</sup>, Лукьянов М. М.<sup>1</sup>, Марцевич С. Ю.<sup>1</sup>, Палеев Ф. Н.<sup>2</sup>, Проваторов С. И.<sup>2</sup>, Савченко Е. Д.<sup>1</sup>, Смирнова М. И.<sup>1</sup>, Сорокин Е. В.<sup>2</sup>, Шурупова Е. Г.<sup>1</sup>, Явелов И. С.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России. Москва, Россия; <sup>2</sup>ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии им. акад. Е. И. Чазова" Минздрава России. Москва, Россия; <sup>3</sup>ФГБУ "Национальный медико-хирургический центр им. Н. И. Пирогова" Минздрава России. Москва, Россия

Методические рекомендации содержат описание организации диспансерного наблюдения пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца врачом-терапевтом и включают современные подходы к диагностике — клинические, лабораторные и инструментальные методы, а также лечению заболевания и профилактике осложнений.

Применение методических рекомендаций позволит врачу принимать обоснованные клинические решения при проведении диспансерного наблюдения пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца на основе представленного алгоритма проведения диспансерного приема (осмотра, консультации).

Методические рекомендации предназначены для врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей), врачей-терапевтов участковых цехового врачебного участка, а также для среднего медицинского персонала, работающего с указанными врачами, для фельдшеров фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского здравпункта) в случае возложения на них руководителями медицинских организаций функций лечащего врача по организации и проведению диспансерного наблюдения, а также для организаторов здравоохранения, руководителей медицинских организаций первичной медико-санитарной помощи и их подразделений.


**Ключевые слова:** ишемическая болезнь сердца, диспансерное наблюдение, алгоритм диспансерного приема (осмотра, консультации), врач-терапевт, врач общей практики (семейный врач), вторичная профилактика, первичная медико-санитарная помощь.

**Отношения и деятельность:** нет.

**Поступила** 26/01-2026

**Принята к публикации** 04/02-2026



**Для цитирования:** Драпкина О. М., Бойцов С. А., Шепель Р. Н., Атюнина И. В., Дежурный Л. И., Дроздова Л. Ю., Ипатов П. В., Калинина А. М., Лукьянов М. М., Марцевич С. Ю., Палеев Ф. Н., Проваторов С. И., Савченко Е. Д., Смирнова М. И., Сорокин Е. В., Шурупова Е. Г., Явелов И. С. Диспансерное наблюдение пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2026;25(2):4769. doi: 10.15829/1728-8800-2026-4769. EDN: GAPAZZ 

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

e-mail: Savchenkokat@gmail.com

[Драпкина О. М. — академик РАН, д.м.н., профессор, директор, ORCID: 0000-0002-4453-8430, Бойцов С. А. — академик РАН, д.м.н., профессор, генеральный директор, ORCID: 0000-0001-6998-8406, Шепель Р. Н. — к.м.н., зам. директора по перспективному развитию медицинской деятельности, ORCID: 0000-0002-8984-9056, Атюнина И. В. — к.м.н., н.с. лаборатории мониторинга программ по снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, ORCID: 0000-0002-7771-172X, Дежурный Л. И. — д.м.н., профессор, начальник координационно-методического центра первой помощи федерального центра медицины катастроф, первый зам. председателя профильной комиссии Минздрава России по направлению "Первая помощь", председатель общественной организации "Российское общество первой помощи", ORCID: 0000-0003-2932-1724, Дроздова Л. Ю. — к.м.н., руководитель лаборатории поликлинической терапии, главный внештатный специалист по медицинской профилактике Минздрава России, ORCID: 0000-0002-4529-3308, Ипатов П. В. — д.м.н., профессор, г.н.с., ORCID: 0000-0001-7724-6429, Калинина А. М. — д.м.н., профессор, г.н.с., руководитель отдела первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний в системе здравоохранения, заслуженный деятель науки Российской Федерации, ORCID: 0000-0003-2458-3629, Лукьянов М. М. — к.м.н., руководитель отдела клинической кардиологии, ORCID: 0000-0002-5784-4525, Марцевич С. Ю. — д.м.н., профессор, руководитель отдела профилактической фармакотерапии, г.н.с., ORCID: 0000-0002-7717-4362, Палеев Ф. Н. — д.м.н., профессор, член-корр. РАН, первый зам. генерального директора — зам. генерального директора по научной работе, ORCID: 0000-0001-9481-9639, Проваторов С. И. — д.м.н., г.н.с. лаборатории по организации медицинской помощи при ИБС, ORCID: 0000-0002-7936-3634, Савченко Е. Д.\* — к.м.н., в.н.с. отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, ORCID: 0000-0002-3540-3331, Смирнова М. И. — к.м.н., в.н.с. отдела первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний в системе здравоохранения, ORCID: 0000-0002-6208-3038, Сорокин Е. В. — к.м.н., руководитель научно-организационного отдела, ORCID: 0000-0001-8395-937X, Шурупова Е. Г. — врач-методист группы по организации медицинской помощи отдела организационно-методического управления и анализа оказания медицинской помощи, ORCID: 0009-0005-0772-5965, Явелов И. С. — д.м.н., профессор, руководитель отдела фундаментальных и клинических проблем тромбоза при неинфекционных заболеваниях, ORCID: 0000-0003-2816-1183].

**Адреса организаций авторов:** ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Петровский пер., д. 10, стр. 3, Москва, 101990, Россия; ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии им. акад. Е. И. Чазова" Минздрава России, ул. Академика Чазова, д. 15А, Москва, 121552, Россия; ФГБУ "Национальный медико-хирургический центр им. Н. И. Пирогова" Минздрава России, ул. Нижняя Первомайская, д. 70, Москва, 105203, Россия.

**Addresses of the authors' institutions:** National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine, Petroverigsky Lane, 10, bld. 3, Moscow, 101990, Russia; Chazov National Medical Research Center of Cardiology, Akademika Chazova str., 15A, Moscow, 121552, Russia; Pirogov National Medical and Surgical Center, Nizhnaya Pervomayskaya str., 70, Moscow, 105203, Russia.

## Outpatient monitoring of patients with stable coronary artery disease by a primary care physician. Guidelines

Drapkina O. M.<sup>1</sup>, Boytsov S. A.<sup>2</sup>, Shepel R. N.<sup>1</sup>, Atyunina I. V.<sup>2</sup>, Dezhurny L. I.<sup>3</sup>, Drozdova L. Yu.<sup>1</sup>, Ipatov P. V.<sup>1</sup>, Kalinina A. M.<sup>1</sup>, Lukyanov M. M.<sup>1</sup>, Martsevich S. Yu.<sup>1</sup>, Paleev F. N.<sup>2</sup>, Provatorov S. I.<sup>2</sup>, Savchenko E. D.<sup>1</sup>, Smirnova M. I.<sup>1</sup>, Sorokin E. V.<sup>2</sup>, Shurupova E. G.<sup>1</sup>, Yavelov I. S.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine. Moscow, Russia; <sup>2</sup>Chazov National Medical Research Center of Cardiology. Moscow, Russia; <sup>3</sup>Pirogov National Medical and Surgical Center. Moscow, Russia

These guidelines describe the management of outpatient monitoring of patients with stable coronary artery disease by a general practitioner and include modern approaches to diagnosis — clinical and paraclinical methods — as well as treatment and prevention of complications.

These guidelines will enable physicians to make informed clinical decisions within outpatient monitoring for patients with stable coronary artery disease based on the related algorithm presented (examinations, consultations).

The guidelines are intended for general practitioners, family doctors, as well as for mid-level health providers working with the above-mentioned doctors, for paramedics performing the doctor functions regarding organizing and conducting outpatient follow-up. These guidelines can be used by healthcare executives, heads of primary care facilities, and their departments.

**Keywords:** coronary artery disease, outpatient monitoring, outpatient appointment (examination, consultation) algorithm, internist, general practitioner (family doctor), secondary prevention, primary care.

**Relationships and Activities:** none.

Drapkina O. M. ORCID: 0000-0002-4453-8430, Boytsov S. A. ORCID: 0000-0001-6998-8406, Shepel R. N. ORCID: 0000-0002-8984-9056, Atyunina I. V. ORCID: 0000-0002-7771-172X, Dezhurny L. I. ORCID:

0000-0003-2932-1724, Drozdova L. Yu. ORCID: 0000-0002-4529-3308, Ipatov P. V. ORCID: 0000-0001-7724-6429, Kalinina A. M. ORCID: 0000-0003-2458-3629, Lukyanov M. M. ORCID: 0000-0002-5784-4525, Martsevich S. Yu. ORCID: 0000-0002-7717-4362, Paleev F. N. ORCID: 0000-0001-9481-9639, Provatorov S. I. ORCID: 0000-0002-7936-3634, Savchenko E. D.\* ORCID: 0000-0002-3540-3331, Smirnova M. I. ORCID: 0000-0002-6208-3038, Sorokin E. V. ORCID: 0000-0001-8395-937X, Shurupova E. G. ORCID: 0009-0005-0772-5965, Yavelov I. S. ORCID: 0000-0003-2816-1183.

\*Corresponding author: Savchenkokat@gmail.com

**Received:** 26/01-2026

**Accepted:** 04/02-2026

**For citation:** Drapkina O. M., Boytsov S. A., Shepel R. N., Atyunina I. V., Dezhurny L. I., Drozdova L. Yu., Ipatov P. V., Kalinina A. M., Lukyanov M. M., Martsevich S. Yu., Paleev F. N., Provatorov S. I., Savchenko E. D., Smirnova M. I., Sorokin E. V., Shurupova E. G., Yavelov I. S. Outpatient monitoring of patients with stable coronary artery disease by a primary care physician. Guidelines. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2026;25(2):4769. doi: 10.15829/1728-8800-2026-4769. EDN: GAPAZZ

ABK — антагонист витамина K, АГ — артериальная гипертензия, АД — артериальное давление, АРА — антагонисты рецептора ангиотензина II, АСК — ацетилсалициловая кислота, БАБ — бета-адреноблокаторы, БКК — блокаторы "медленных" кальциевых каналов (блокаторы кальциевых каналов), БСК — болезни системы кровообращения, ДГП-БКК — дигидропиридиновые блокаторы "медленных" кальциевых каналов, ДН — диспансерное наблюдение, ЖКТ — желудочно-кишечный тракт, иАПФ — ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, ИБС — ишемическая болезнь сердца, ИМ — инфаркт миокарда, ИМТ — индекс массы тела, КА — коронарная артерия, КШ — коронарное шунтирование, ЛЖ — левый желудочек, МКБ-10 — Международная классификация болезней 10-го пересмотра, МТ — масса тела, НДД — органические нитраты длительного действия (органические нитраты), не-ДГП-БКК — недигидропиридиновые блокаторы "медленных" кальциевых каналов (селективные блокаторы кальциевых каналов с прямым действием на сердце), ОН — острая сердечная недостаточность, ОХС — общий холестерин, ПНЖК — полиненасыщенные жирные кислоты, ПОАК — прямые оральные антикоагулянты, ПТВ — предтестовая вероятность, рСКФ — расчетная скорость клубочковой фильтрации, СД — сахарный диабет, СН — сердечная недостаточность, ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания, ССО — сердечно-сосудистые осложнения, ССС — сердечно-сосудистые события, ТГ — триглицериды, ТЭО — тромбозоэмболические осложнения, ФА — физическая активность, ФВ — фракция выброса, ФК — функциональный класс, ФП — фибрилляция предсердий, ФР — факторы риска, ХБП — хроническая болезнь почек, ХС ЛНП — холестерин липопротеидов низкой плотности, ЧКВ — чрескожное коронарное вмешательство, ЧСС — частота сердечных сокращений, ЭКГ — электрокардиография.

Методические рекомендации утверждены на заседании Ученого совета ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России (протокол №10 от 03.12.2025).

На территории Российской Федерации, как и во всем мире, болезни системы кровообращения (БСК) занимают первое место в структуре заболеваемости и смертности населения [1-6]. В 2022г в Российской Федерации было зарегистрировано свыше 7,8 млн пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), что составляет около 5,2% от общего населения страны [7]. В структуре общей заболеваемости доля ИБС среди всех заболеваний составила 3,0%, а среди БСК — 20,1% [7]. По данным на 2022г, ИБС занимала первое место среди причин смертности от БСК, составляя 23,8% от всех случаев смерти и 54,2% в структуре смертности от БСК [8]. Важно отметить, что >40% умерших от ИБС были в трудоспособном возрасте [9].

ИБС представляет собой дисфункцию либо повреждение миокарда, вызванные нарушением кровоснабжения через коронарные артерии (КА), которые развиваются вследствие органических (необратимых) и функциональных (преходящих) изменений<sup>1</sup>. Понятие "ИБС" включает в себя острые преходящие (нестабильные) и хронические (стабильные) состояния.

Согласно Порядку проведения диспансерного наблюдения (ДН) за взрослыми, пациенты со

<sup>1</sup> Приказ Минздрава России от 15 марта 2022г № 168н "Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 21.04.2022, регистрационный № 68288). СПС Консультант Плюс.

стабильной ИБС подлежат ДН у врача-терапевта<sup>2</sup> с целью своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации<sup>2</sup>.

Целью ДН у пациента с ИБС является профилактика прогрессирования стенозирования КА и сердечной недостаточности (СН), развития острого коронарного синдрома, возникновения жизнеугрожающих аритмий. В ходе ДН врач обеспечивает своевременное выявление перечисленных состояний, оценку эффективности и своевременную коррекцию медикаментозной терапии, а также поддержание приверженности пациента к ее приему, выявление показаний к проведению реваскуляризации и маршрутизацию пациента для ее выполнения.

ДН у врача-терапевта подлежат пациенты с установленным диагнозом стабильной ИБС и стенокардией напряжения I-II функционального класса (ФК), а также после завершения ДН у врача-кардиолога в связи с перенесенным инфарктом миокарда (ИМ) и его осложнениями, чрескожным коронарным вмешательством (ЧКВ) и коронарным шунтированием (КШ) (ДН пациентов, перенесших ИМ и его осложнения, ЧКВ и КШ осуществляется врачом-кардиологом в первые 12 мес. после постановки диагноза или вмешательства). При этом ДН пациентов с установленным диагнозом стабильной

ИБС и стенокардией напряжения III-IV ФК, в т.ч. с хронической СН (ХСН) III-IV стадии, стабильного течения заболевания без жизнеугрожающих нарушений ритма и проводимости сердца осуществляется врачом-кардиологом. Только при отсутствии этой возможности — врачом-терапевтом участковым.

ДН пациентов с осложненными формами стабильной ИБС осуществляется врачом-кардиологом<sup>1</sup>.

Основными источниками информации о клинических аспектах проведения диагностики и консервативного лечения пациентов со стабильной ИБС являются клинические рекомендации "Стабильная ишемическая болезнь сердца" [9] и Стандарт медицинской помощи взрослым при стабильной ИБС<sup>3</sup>. При этом важно учитывать выполнение всех предусмотренных мероприятий согласно алгоритму диспансерного приема (осмотра и консультации) врачом-терапевтом у пациентов с ИБС, находящихся под ДН [10]. Это позволит полноценно проводить профилактику, своевременно выявлять осложнения и обострения заболеваний, корректировать терапию, уменьшать количество внеплановых госпитализаций, а также организовывать медицинскую реабилитацию и лечебно-профилактическое, включая санаторно-курортное, лечение. Алгоритм диспансерного приема (осмотра, консультации) пациента со стабильной ИБС представлен в таблице 1. Следует принимать во внимание, что организационные решения по перераспределению функций между врачом-терапевтом, персоналом со средним медицинским образованием и немедицинскими работниками медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, будут способствовать оптимизации нагрузки на врача-терапевта, увеличению доли рабочего времени для непосредственного оказания медицинской помощи и служить дополнительным резервом для повышения качества, эффективности и результативности ДН [11].

<sup>2</sup> Врач-терапевт — врач-терапевт участковый, врач общей практики (семейный врач), врач-терапевт участковый цехового врачебного участка, фельдшер медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, в случае возложения отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи, в т.ч. по проведению диспансерного наблюдения, в соответствии с Порядком возложения руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи на фельдшера, акушерку отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в т.ч. по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты, утвержденным приказом Минздрава России от 27.03.2025 № 155н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14.04.2025, регистрационный № 81841). СПС Консультант Плюс.

<sup>3</sup> Приказ Минздрава России от 28.04.2021 № 410н "Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при стабильной ишемической болезни сердца (диагностика, лечение и диспансерное наблюдение)" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 24.05.2021, регистрационный № 63596). СПС Консультант Плюс.

Алгоритм диспансерного приема (осмотра, консультации) пациента со стабильной ИБС врачом-терапевтом<sup>4</sup>

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)	Регулярность (периодичность)	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема (осмотра, консультации) пациента со стабильной ИБС врачом-терапевтом
1	2	3
ИБС (I20-I25)	Не реже 2 раз в год. Длительность наблюдения — пожизненно	<p><b>I. Расспрос пациента</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Сбор жалоб по системам органов и тканей с оценкой их динамики и акцентом на следующие проявления:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>— болевой синдром (дискомфорт) в загрудинной области, включая характер, частоту и обстоятельства возникновения и исчезновения, эффективность купирования нитроглицерином (Приложение 1);</li> <li>— одышка и иные эквиваленты ангинозного болевого синдрома (ощущение "тяжести", "жжения" в загрудинной области);</li> <li>— уровень (переносимость) физической нагрузки и ее эквивалентов;</li> <li>— характер сна и бодрствования, психоэмоциональное состояние, слабость, утомляемость, работоспособность.</li> </ul> </li> <li>• <b>Сбор анамнеза заболевания и жизни с акцентом на выявление факторов риска и оценку динамики симптомов болезни</b> (Приложение 2, 3).</li> </ul> <p><b>II. Объективные исследования</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Физикальное обследование:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>— общий осмотр, включая оценку состояния сознания и психического облика больного, положения, телосложения, конституции, осанки, походки, общего вида (<i>habitus</i>), состояния внешних покровов. При осмотре частей тела выполняется осмотр лица, полости рта, головы, шеи, осмотр туловища и конечностей;</li> <li>— общие пропедевтические обследования, в т.ч.: <ul style="list-style-type: none"> <li>• антропометрические исследования: рост, вес, окружность талии и индекса массы тела по формуле Кетле;</li> <li>• измерение АД по Короткову, сравнение АД между руками [12];</li> <li>• подсчет частоты сердечных сокращений и частоты пульса, оценка регулярности пульса;</li> <li>• термометрия;</li> <li>• пальпация, перкуссия грудной клетки и аускультация сердца и легких;</li> <li>• пальпация пульса на лучевых артериях и артериях тыльной поверхности стоп;</li> <li>• пальпация и аускультация точек проекции сонных артерий, брюшной аорты, подвздошных артерий;</li> <li>• пальпация живота.</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• <b>Лабораторные исследования</b> (сравнение показателей с нормой и/или целевым уровнем, оценка их динамики в сравнении с показателями, полученными при предыдущем диспансерном приеме (осмотре, консультации)): <ul style="list-style-type: none"> <li>— общий клинический анализ крови, развернутый [9] с исследованием уровня гемоглобина, эритроцитов, тромбоцитов и лейкоцитов для исключения возможных сопутствующих заболеваний — по медицинским показаниям, но не реже 1 раза в год;</li> <li>— анализ крови биохимический общетерапевтический<sup>5</sup> (глюкоза, креатинин с расчетом скорости клубочковой фильтрации, предпочтительно с помощью калькулятора по формуле Кокрофта-Голта), с целью выявления ФР и определения возможности назначения некоторых лекарственных средств (например, спиронолактона) — по медицинским показаниям, но не реже 1 раза в год;</li> </ul> </li> </ul>

<sup>4</sup> Настоящий алгоритм применяется, если для ДН за пациентами со стабильной ИБС не установлен иной порядок нормативными правовыми актами Российской Федерации.

<sup>5</sup> Пациентам с высоким уровнем ТГ, при СД, ожирении, метаболическом синдроме или очень низком ХС ЛНП рекомендуется также исследование уровня ХС ЛВП и расчет значений ХС не-ЛВП. Дислиппротеидемия — нарушение соотношения основных классов липидов в плазме — ведущий ФР атеросклероза. Проатерогенными считаются ЛНП и очень низкой плотности, тогда как ЛВП являются антиатерогенным фактором. При очень высоком содержании ХС ЛНП в крови ИБС развивается даже у молодых людей. Низкий уровень ХС ЛВП — неблагоприятный прогностический фактор. Высокий уровень ТГ считают значимым предиктором ССО. В силу того, что прямое измерение ХС ЛНП имеет ограничения, особенно при метаболическом синдроме, СД, гипертриглицеридемии, целесообразно использовать показатель ХС не-ЛВП, который у этой категории пациентов имеет более высокий уровень прогностической значимости, по сравнению с ЛНП, и может быть вторичной целью терапии. Уровень ХС не-ЛВП рассчитывается по формуле: ХС не-ЛВП = ОХС — ЛВП. Целевые уровни ХС не-ЛВП составляют <2,2 и <2,6 ммоль/л для лиц с очень высоким и высоким риском, соответственно.

Таблица 1. Продолжение

Заблевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)	Регулярность (периодичность)	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема (осмотра, консультации) пациента со стабильной ИБС врачом-терапевтом
1	2	3
		<p>— ХС ЛНП — не реже 2 раз в год; оценка липидного профиля<sup>5</sup>: ОХС в крови, ХС ЛВП, ТГ<sup>5</sup> с последующей коррекцией терапии, при необходимости — по медицинским показаниям, но не реже 1 раза в год;</p> <p>— определение уровня гликированного гемоглобина в крови (если результаты неубедительны дополнительно рекомендуется провести пероральный тест толерантности к глюкозе) — при наличии клинических оснований с целью раннего выявления СД;</p> <p>— определение уровня тиреотропного гормона в крови, исследование уровня общего тироксина сыворотки крови, исследование уровня свободного тироксина сыворотки крови, исследование уровня свободного трийодтиронина в крови, исследование уровня общего трийодтиронина в крови — при наличии клинических проявлений патологии щитовидной железы;</p> <p>— определение уровня N-концевого промозгового натрийуретического пептида в крови — при подозрении на сердечную недостаточность<sup>5</sup>;</p> <p>— определение уровня креатинкиназы<sup>5</sup> — у пациентов, предъявляющих жалобы на симптомы миопатии (мышечные боли) на фоне приема статинов для исключения негативных побочных эффектов и, при необходимости, коррекции терапии;</p> <p>— пациентам при терапии АВК (варфарином) — определение международного нормализованного отношения не реже 2 раз в год [9, 13].</p> <p>• <b>Инструментальные исследования</b> (сравнение показателей с нормой и/или целевым уровнем, оценка их динамики в сравнении с показателями, полученными при предыдущем диспансерном приеме (осмотре, консультации)):</p> <p>— ЭКГ в покое в 12 отведениях — не реже 2 раз в год и дополнительно при ухудшении течения стенокардии, снижении ТНФ, появлении аритмии, а также при назначении/изменении лечения, влияющего на внутрисердечную электрическую проводимость;</p> <p>— рентгенография органов грудной клетки — не реже 1 раза в год;</p> <p>— ультразвуковое дуплексное сканирование экстракраниальных отделов сонных артерий — при наличии обоснованного подозрения на острую или хроническую недостаточность мозгового кровообращения. Исследование, как правило, назначается по согласованию с врачом-неврологом;</p> <p>— ЭхоКГ в состоянии покоя с использованием В- и доплеровских режимов и оценкой фракции выброса левого желудочка — по медицинским показаниям, но не реже 1 раза в год;</p> <p>— холтеровское мониторирование сердечного ритма — при сопутствующих нарушениях ритма и/или проводимости с целью их выявления, контроля, подбора терапии;</p> <p>— при увеличении частоты и тяжести сердечных симптомов для стратификации риска ССО и планирования реваскуляризации проводится любой визуализирующий стресс-метод диагностики (ЭхоКГ с физической нагрузкой, или с фармакологической нагрузкой, или сцинтиграфии миокарда с функциональными пробами, или однофотонная эмиссионная компьютерная томография миокарда перфузионная с функциональными пробами, или позитронно-эмиссионная томография миокарда с функциональными пробами, или магнитно-резонансная томография сердца с функциональными пробами) (проводятся, как правило, по назначению или согласованию с врачом-кардиологом)<sup>1</sup>;</p> <p>— ЭКГ с физической нагрузкой на тредмиле/велозергометре рекомендуется:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• пациентам со стабильным течением заболевания для оценки ТФН, симптомов, нарушений ритма сердца, динамики АД и риска ССО при решении экспертных вопросов<sup>1</sup>;</li> <li>• для оценки антиангинальной и антиишемической эффективности лекарственной терапии, а также динамической оценки симптомов и ТФН после реваскуляризации миокарда не реже 1 раза в 2 года<sup>1,3</sup>;</li> </ul> <p>— направление на коронароангиографию для выявления показаний к реваскуляризации миокарда рекомендуется пациентам с высоким риском ССО в следующих клинических ситуациях:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• при тяжелой стабильной стенокардии III-IV функционального класса, не контролируемой оптимальной медикаментозной терапией (в т.ч. без предшествующего стресс-тестирования);</li> <li>• при выявлении ишемии миокарда по данным визуализирующего стресс-тестирования (стресс-ЭхоКГ, стресс-однофотонной эмиссионной компьютерной томографии/позитронно-эмиссионной томографии), соответствующей высокому риску ССО (например, обширная зона ишемии);</li> <li>• при длительном анамнезе ИБС в случае появления новых признаков ишемии, нарастания симптомов стенокардии или необъяснимого снижения сократимости левого желудочка.</li> </ul> <p>Направление проводится по согласованию с врачом-кардиологом и/или сердечно-сосудистым хирургом<sup>1</sup>.</p>

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)	Регулярность (периодичность)	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема (осмотра, консультации) пациента со стабильной ИБС врачом-терапевтом
1	2	3
		<p><b>• Оценка достижения целевых показателей здоровья</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— отсутствие прогрессирования либо регрессирование симптомов заболевания (в т.ч. при оценке толерантности к физической нагрузке при проведении нагрузочных проб (ЭКГ/ЭхоКГ с физической нагрузкой));</li> <li>— отсутствие признаков прогрессирования либо регрессирование признаков заболевания по результатам ЭКГ;</li> <li>— отсутствие признаков прогрессирования либо регрессирование признаков заболевания по результатам ЭхоКГ;</li> <li>— отсутствие признаков ишемии миокарда по результатам нагрузочного тестирования у пациентов после применения высокотехнологичных методов лечения коронарных артерий;</li> <li>— контроль массы тела (нормальный индекс массы тела 18,5–24,9 кг/м<sup>2</sup>) и окружности талии;</li> <li>— стойкий отказ от курения и употребления никотинсодержащей продукции;</li> <li>— целевой уровень АД &lt;140/90 мм рт.ст. (первичная цель), при условии хорошей переносимости и в возрасте до 64 лет включительно — &lt;130/80 мм рт.ст. (вторичная цель), но не менее 120/70 мм рт.ст., в возрасте ≥65 лет — 130–139/80 мм рт.ст. при хорошей переносимости;</li> <li>— частота сердечных сокращений 55–60 уд./мин;</li> <li>— скорость клубочковой фильтрации &gt;90 мл/мин /1,72 м<sup>2</sup>;</li> <li>— ХС ЛНП ≤1,4 ммоль/л;</li> <li>— уровень ТГ &lt;1,7 ммоль/л;</li> <li>— уровень гликированного гемоглобина &lt;7,0% (для большинства пациентов с СД 2 типа);</li> <li>— стабильный целевой уровень международного нормализованного отношения с пребыванием в терапевтическом диапазоне не менее 70% времени у пациентов, принимающих АВК (варфарин);</li> <li>— другие целевые показатели в соответствии с индивидуальным планом лечения лиц с сопутствующими заболеваниями.</li> </ul> <p><b>III. Оценка риска неблагоприятных событий</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• У пациентов со стабильной ИБС, получающих антикоагулянтную терапию (прямые оральные антикоагулянты, АВК):</li> <li>— оценка риска тромбоемболических осложнений по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc (Приложение 4);</li> <li>— оценка риска кровотечений по шкале HAS-BLED (Приложение 5).</li> </ul> <p><b>IV. Оценка результатов консультаций врачей-специалистов по медицинским показаниям</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— уточнение наличия консультаций врачей-специалистов за период от даты предыдущего диспансерного приема (осмотра, консультации), выполненных на амбулаторном или стационарном этапах, по медицинским показаниям, в т.ч. с применением телемедицинских технологий<sup>6</sup> [14–16];</li> <li>— изучение результатов выполненных лабораторных и инструментальных исследований;</li> <li>— уточнение наличия новых (уточнение имеющихся) диагнозов заболеваний (состояний);</li> <li>— уточнение наличия рекомендованных по медицинским показаниям мероприятий (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных).</li> </ul> <p><b>V. Установление или уточнение диагноза заболевания (состояния)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• При формулировке диагноза необходимо указывать все его рубрики, учитывать современные требования законодательства Российской Федерации и принципы кодирования согласно правилам МКБ-10 (Приложение 6):</li> <li>— основное заболевание;</li> <li>— осложнения основного заболевания (при наличии);</li> <li>— сопутствующие заболевания (при наличии).</li> </ul> <p>В сложных клинических случаях для детализации взаимоотношений патологий могут применяться дополнительные характеристики: конкурирующее, сочетанное и/или фоновое заболевание.</p>

<sup>6</sup> Приказ Минздрава России от 11.04.2025 № 193н "Об утверждении Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 15.05.2025, регистрационный № 82181). СПС Консультант Плюс.

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)	Регулярность (периодичность)	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема (осмотра, консультации) пациента со стабильной ИБС врачом-терапевтом
1	2	3
		<p><b>VI. Назначение по медицинским показаниям профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Индивидуальное краткое профилактическое консультирование (при наличии ФР):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>— общие рекомендации (основы здорового образа жизни) и, в зависимости от имеющихся ФР, краткие рекомендации по их коррекции (Приложение 7, 8).</li> <li>— разъяснение пациенту с высоким риском развития угрожающего жизни заболевания или состояния (осложнения заболевания) и лицам, совместно с ним проживающим, правил неотложных действий (первой помощи) при их развитии и необходимости своевременного вызова скорой медицинской помощи (Приложение 9).</li> </ul> </li> <li>• <b>Направление на вакцинацию:</b> информировать пациента о необходимости иммунизации согласно национальному календарю профилактических прививок и календарю профилактических прививок по эпидемическим показаниям, возможных поствакцинальных реакциях и осложнениях, а также последствиях отказа от иммунизации и, в случае положительного решения — направить в кабинет вакцинопрофилактики (прививочный кабинет). Перед направлением на вакцинацию необходимым условием является определение наличия показаний и отсутствия противопоказаний. Лица, временно освобожденные от вакцинации, должны быть взяты под наблюдение и привиты после снятия противопоказаний (Приложение 10).</li> <li>• <b>Назначение или корректировка медикаментозной терапии:</b> согласно клиническим рекомендациям по заболеванию (состоянию), по поводу которого больной состоит под ДН, а также с учетом рекомендаций врачей-специалистов (при наличии таких рекомендаций); оформление и выдача рецептов (Приложение 11). Пациенты, имеющие право на получение бесплатного лекарственного обеспечения, должны быть проинформированы об этой возможности; при возникновении затруднений с реализацией права на получение бесплатного лекарственного обеспечения у пациента, состоящего на ДН, об этом должна быть проинформирована администрация медицинской организации.</li> <li>• <b>Направление на консультацию к врачам специалистам, в т.ч. с применением телемедицинских технологий<sup>6</sup>:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>— при затруднении в диагностике и выборе лечебной тактики, а также при осложненном течении заболевания и при наличии медицинских показаний для лечения пациента врачом-специалистом по профилю его заболевания, врач-терапевт направляет пациента на консультацию к врачу-специалисту в соответствии с профилем его заболевания и в последующем осуществляет наблюдение за клиническим состоянием пациента, его лечением в соответствии с рекомендациями врача-специалиста по профилю заболевания;</li> <li>— при отсутствии эффекта от проводимого лечения в амбулаторных условиях и/или при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований по медицинским показаниям, врач-терапевт по согласованию с врачом-специалистом по профилю заболевания пациента направляет его в медицинскую организацию для проведения дополнительных обследований и/или лечения, в т.ч. в стационарных условиях. Перечень показаний к госпитализации представлен в Приложении 13.</li> </ul> </li> <li>• <b>Определение наличия показаний для направления в отделение (кабинет) медицинской реабилитации/на консультацию к врачу по физической и реабилитационной медицине (врачу по медицинской реабилитации) для определения индивидуальной маршрутизации пациента при реализации мероприятий по медицинской реабилитации<sup>7</sup>:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>— кардиореабилитация пациентов со стабильной ИБС рекомендуется для снижения общей и сердечно-сосудистой смертности, частоты госпитализации, повышения физической работоспособности, улучшения качества жизни, в соответствии с рекомендациями выписного эпикриза специализированного кардиологического (реабилитационного) отделения стационара или по назначению врача-кардиолога.</li> </ul> </li> <li>• <b>Определение наличия показаний и отсутствия противопоказаний для направления на санаторно-курортное лечение (Приложение 12).</b></li> </ul>

<sup>7</sup> Приказ Минздрава России от 31.07.2020 № 788н "Об утверждении порядка организации медицинской реабилитации взрослых" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 25.09.2020, регистрационный № 60039). СПС Консультант Плюс.

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)	Регулярность (периодичность)	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема (осмотра, консультации) пациента со стабильной ИБС врачом-терапевтом
1	2	3
		<p><b>VII. Информирование пациента о результатах проведенного диспансерного приема (осмотра, консультации)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— выдача рекомендаций, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты<sup>8</sup>, индивидуального плана действий;</li> <li>— информирование о необходимости регулярного ДН: прием (осмотр) врачом-терапевтом и консультации иных врачей-специалистов в рамках ДН;</li> <li>— информирование о дате следующего диспансерного приема (осмотра, консультации);</li> <li>— информирование о необходимости прохождения диспансеризации и ежегодного профилактического медицинского осмотра, направление в отделение (кабинет) медицинской профилактики<sup>9</sup>;</li> <li>— информирование о необходимости прохождения "Школы для пациентов с ишемической болезнью сердца и перенесших острый инфаркт миокарда" [17] и, в случае положительного решения — запись в удобное для пациента время и дату.</li> </ul> <p><b>VIII. Оформление медицинской документации</b></p> <p>В том числе:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— формы № 025/у "Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях";</li> <li>— формы № 030/у "Контрольная карта диспансерного наблюдения"<sup>10</sup>;</li> <li>— формы № 057/у-04 "Направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию"<sup>11</sup> (при необходимости).</li> </ul>

Примечание: АД — артериальное давление, АВК — антагонисты витамина К, ДН — диспансерное наблюдение, ИБС — ишемическая болезнь сердца, МКБ-10 — Международная классификация болезней 10-го пересмотра, ОХС — общий холестерин, СД — сахарный диабет, ССО — сердечно-сосудистые осложнения, ТГ — триглицериды, ТНФ — толерантность к физической нагрузке, ХС ЛВП — холестерин липопротеидов высокой плотности, ХС ЛНП — холестерин липопротеидов низкой плотности, ФР — факторы риска, ЭКГ — электрокардиография, ЭхоКГ — эхокардиография.

<sup>8</sup> Приказ Минздрава России от 24.11.2021 № 1094н "Об утверждении Порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, Порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения, форм бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, Порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также Правил оформления бланков рецептов, в том числе в форме электронных документов". <https://base.garant.ru/403137145>.

<sup>9</sup> Приказ Минздрава России от 27 апреля 2021г № 404н "Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 30.06.2021, регистрационный № 64042). СПС Консультант Плюс.

<sup>10</sup> Приказ Минздрава России 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" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20.02.2015, регистрационный № 36160). СПС Консультант Плюс.

<sup>11</sup> Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22.11.2004 № 255 "О Порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14.12.2004, регистрационный № 6188). СПС Консультант Плюс.

## Приложение 1. Типологизация болевого синдрома в грудной клетке

(адаптировано из Клинических рекомендаций "Стабильная ишемическая болезнь сердца" [9])

### Признаки типичной стенокардии напряжения как проявление стабильной ИБС:

1. боль (или дискомфорт) давящего, сжимающего, жгущего характера в области грудины, часто с иррадиацией в левую руку, спину (лопатку) или нижнюю челюсть, реже — в эпигастральную область (иногда путают с изжогой) и в правую часть спины, лопатку, длительностью от 2 до 5 (<20) мин. Эквивалентами боли бывают: приступообразно возникающая одышка, ощущение "тяжести", "жжения";

2. вышеописанная боль (эквивалент боли) возникает во время физической нагрузки и носит стереотипичный характер (каждый новый приступ боли похож на предыдущий). Эквивалентом физической нагрузки может быть обильный прием пищи, выход на холод, ветер, психоэмоциональный стресс или иные состояния, сопровождающиеся повышением артериального давления (АД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС), обуславливающими увеличение нагрузки на миокард;

3. вышеописанная боль (эквивалент боли) быстро исчезает после прекращения физической нагрузки или через 1-3 мин после приема нитроглицерина.

Для подтверждения диагноза типичной (несомненной) стенокардии необходимо наличие у пациента всех трех вышеперечисленных признаков одновременно.

### Признаки нестенокардитических болей в грудной клетке (не относящихся к стенокардии напряжения как проявлению стабильной ИБС):

1. боли локализуются попеременно справа и слева от грудины;

2. боли имеют точечную локализацию (больной показывает ее пальцем);

3. боли продолжаются >30 мин после возникновения (до нескольких часов или суток), могут быть постоянными, меняющейся интенсивности (то исчезают, то появляются снова), "простреливающими", "внезапно прокалывающими" или пульсирующими;

4. боли не связаны с ходьбой или иной физической нагрузкой, однако зависят от положения тела: возникают при наклонах и поворотах корпуса, в положении лежа (за исключением стенокардии "decubitus" — стенокардии, возникающей у больных с тяжелой СН в лежачем положении в результате увеличения венозного возврата и увеличения преднагрузки на сердце с увеличением потребности миокарда в кислороде), при длительном нахождении тела в неудобном положении, при глубоком дыхании на высоте вдоха;

5. не купируются приемом нитроглицерина;

6. боли усиливаются при пальпации грудины и/или грудной клетки по ходу межреберных промежутков.

**Особенностью болевого синдрома в грудной клетке при вазоспастической стенокардии** является то, что болевой приступ, как правило, очень сильный, локализуется в типичном месте — в области грудины. Нередко такие приступы случаются ночью и рано утром, а также при воздействии холода на открытые участки тела.

**Особенностью болевого синдрома в грудной клетке при микрососудистой стенокардии** является то, что ангинозная боль, по качественным признакам и локализации соответствует стенокардии, но возникает через некоторое время после физической нагрузки, а также при эмоциональном напряжении, может возникать в покое и плохо купируется органическими нитратами. Наличие болевого синдрома в грудной клетке должно, прежде всего, настораживать в отношении приступов стенокардии, затем следует искать другие заболевания, которые могут давать сходную симптоматику. Необходимо учитывать, что боль любого генеза (невралгии, гастралгии, боли при холецистите и др.) может провоцировать и усиливать имеющуюся стенокардию.

Всем пациентам с подозрением на ИБС при первичном обращении необходимо провести оценку предстеновой вероятности (ПТВ) ИБС.

Пациентам с очень низкой ПТВ ИБС (<5%) при отсутствии факторов<sup>12</sup>, повышающих ПТВ ИБС, или наличии факторов, снижающих ПТВ ИБС, рекомендуется ограничиться проведенной оценкой ПТВ ИБС и первичным обследованием, позволяющими убедительно отвергнуть диагноз ИБС.

Пациентам с очень низкой ПТВ ИБС (<5%) и факторами высокого риска сердечно-сосудистых осложнений (ССО); пациентам с низкой ПТВ ИБС (5-15%) и типичными симптомами и/или факторами, повышающими ПТВ; пациентам с умеренной ПТВ ИБС (>15%) рекомендуется проведение дополнительных специфических неинвазивных визуализирующих диагностических тестов для подтверждения или исключения диагноза ИБС (таблица 2).

<sup>12</sup> Факторами, которые повышают ПТВ ИБС, рекомендуется считать: факторы риска ССЗ (семейный анамнез ССЗ, дислипидемию, СД, артериальная гипертония, курение, ожирение); наличие зубца Q или изменения сегмента ST-T на ЭКГ, дисфункцию ЛЖ, изменения при нагрузочной ЭКГ и кальциноз КА. Факторами, которые снижают ПТВ ИБС, рекомендуется считать: отрицательные результаты нагрузочной ЭКГ; отсутствие коронарного кальция при КТ (индекс Агатстона=0).

**Таблица 2**

ПТВ диагноза ИБС в зависимости от пола,  
возраста и характера боли в грудной клетке

Возраст, лет	Типичная стенокардия, %		Атипичная стенокардия, %		Неангинозная боль, %		Одышка при нагрузке, %	
	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.
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

## Приложение 2. Сбор анамнеза

### Анамнез настоящего заболевания (*anamnesis morbi*):

- общее состояние здоровья перед настоящим заболеванием;
- мнение пациента о причинах, вызвавших заболевание, по поводу которого он состоит под ДН;
- время, условия появления первых симптомов;
- последовательность появления новых симптомов и их развитие, условия и время их появления, усиления, ослабления, исчезновения;
- влияние появления, усиления или исчезновения того или иного симптома болезни на остальные симптомы;
- мероприятия лечебного характера, к которым прибегал больной в течение настоящего заболевания, и их результаты.

### История жизни (*anamnesis vitae*):

- биографические данные (дата и место рождения, особенности развития в детском, юношеском и подростковом возрасте, этническая принадлежность, образование, отношение к военной службе) — однократно при постановке на ДН;
- семейно-половой анамнез (семейное положение, наличие детей и их возраст; для женщин — гинекологический анамнез, для мужчин — оценка репродуктивно-сексуальной функции);
- трудовой анамнез (с какого возраста, где и кем работает, наличие профессиональных вредностей; режим труда: продолжительность работы, ее темп, напряженность, перерывы в работе, умственная или физическая, дневная или ночная работа; если больной пенсионер — необходимо уточнить род деятельности в настоящее время и до выхода на пенсию);
- бытовой анамнез (жилищные и санитарно-бытовые условия проживания; финансово-экономические условия);
- семейный анамнез и наследственность (наличие отягощенного семейного анамнеза (наличие сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ)/случаев смерти от ССЗ у ближайших родственников (отец, мать, родные братья и сестры));
- эпидемиологический анамнез (выезжал ли больной за пределы региона проживания последние 6 мес. и выполнялась ли в связи с этим вакцинация; пребывал ли больной в странах с непривычным климатом и условиями жизни, был ли контакт с лихорадящими больными);
- перенесенные заболевания (в т.ч. — ИМ, острое нарушение мозгового кровообращения), а также оценка наличия хронических коморбидных

заболеваний<sup>13</sup> у пациента, их течение, длительность и тяжесть, проводимое лечение;

- аллергологический анамнез (непереносимость запахов, продуктов, лекарственных препаратов, вакцин и сывороток, наличие аллергических реакций, причины возникновения, сезонность);
- лекарственный анамнез:
  - сбор информации обо всех принимаемых лекарственных препаратах, как рецептурных, так и безрецептурных, в т.ч. витаминах, биологически активных добавках и растительных препаратах, провести учет их совместимости и влияния на всасывание, метаболизм и выведение;
  - оценка приверженности пациента к назначенному ранее лечению (Приложение 3);
- страховой анамнез:
  - наличие листка нетрудоспособности с даты предыдущего диспансерного приема (осмотра, консультации), его причина, продолжительность и повод;
  - наличие инвалидности — с какого возраста, причина и группа.

### Оценивается при каждом диспансерном приеме (осмотре, консультации):

- динамика симптомов ИБС (стенокардия, одышка, толерантность к физической нагрузке) и общего состояния с момента последнего визита;
- перенесенные за отчетный период острые события (нестабильная стенокардия, госпитализации) или иные заболевания;
- текущее лечение (медикаментозное и немедикаментозное), его эффективность, переносимость, побочные эффекты;
- приверженность лечению (Приложение 3);
- динамика модифицируемых факторов риска (ФР) ИБС (курение, питание, физическая активность (ФА), масса тела (МТ), уровень АД, липидов, глюкозы);
- лекарственный анамнез (все принимаемые препараты, включая безрецептурные, биологически-активные добавки, растительные средства) для оценки взаимодействий и побочных эффектов;
- аллергологический анамнез (актуальные аллергические реакции, особенно на лекарства).
- сопутствующие заболевания: ранее диагностированные хронические и диагностированные с момента предыдущего осмотра новые заболевания, перенесенные травмы, оперативные вмеша-

<sup>13</sup> **Коморбидность (мультиморбидность)** — это сочетание у одного больного  $\geq 2$  хронических заболеваний этиопатогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени проявления вне зависимости от активности каждого из них [1].

тельства, планируемые травмы и инвазивные манипуляции (в т.ч. стоматологические);

- наличие листков нетрудоспособности с даты предыдущего приема.

**При первичном обращении (постановке на ДН) дополнительно уточняются:**

- история развития ИБС (дебют, течение, ранее перенесенные сердечно-сосудистые события (ССС): ИМ, острое нарушение мозгового кровообращения, реваскуляризация миокарда);

- наличие и течение хронических коморбидных заболеваний (артериальная гипертензия (АГ), сахарный диабет (СД), хроническая болезнь почек (ХБП) и др.), проводимое лечение;

- семейный анамнез ССЗ (ИБС, ИМ, инсульт у ближайших родственников в возрасте до 55 лет у мужчин и до 65 лет у женщин);

- наличие профессиональных вредностей;

- наличие инвалидности (причина, группа);

- для женщин — гинекологический анамнез (менопауза, прием гормональных препаратов);

- эпидемиологический анамнез (в связи с вакцинацией).

**ФР развития заболевания и оценка их динамики:**

- модифицируемые ФР:

- дислипотеидемия — нарушение соотношения основных классов липидов в плазме (пре-

вышение целевых уровней холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛНП)  $>1,4$  ммоль/л; триглицеридов (ТГ)  $>1,7$  ммоль/л;

- повышенный уровень АД ( $\geq 140/90$  мм рт.ст.);

- нарушение углеводного обмена (глюкоза плазмы натощак  $>5,6$  ммоль/л — капиллярная кровь,  $>6,1$  ммоль/л — венозная плазма, уровень глюкозы крови через 2 ч после нагрузки в рамках перорального глюкозотолерантного теста  $>7,8$  ммоль/л) и СД (СД 2 типа: глюкоза натощак  $>6,1$  и  $7,0$  ммоль/л (капиллярная и венозная кровь, соответственно));

- курение;

- низкая ФА ( $<3,5$  ч умеренной ФА (ходьба в умеренном или быстром темпе) в неделю или  $<30$  мин в день);

- избыточная МТ (индекс МТ (ИМТ)  $25,0-29,9$  кг/м<sup>2</sup>) и ожирение (ИМТ  $>30$  кг/м<sup>2</sup>);

- стресс, тревога, депрессия, нарушения сна;

- нерациональное питание.

- немодифицируемые ФР:

- мужской пол;

- возраст;

- отягощенный семейный анамнез по ССЗ (подтвержденный диагноз ИМ или ишемического инсульта у родственников первой линии, у женщин — до 65 лет, у мужчин — до 55 лет).

Приложение 3. Оценка приверженности лекарственной терапии<sup>14</sup> [18]

**Шкала приверженности  
Национального общества доказательной фармакотерапии  
Опросник для оценки приверженности лекарственной терапии  
"Общая фактическая приверженность" (модифицированный вариант)**

Нарушаете ли Вы рекомендации Вашего лечащего врача в отношении приема лекарственных препаратов (регулярности приема, соблюдения дозировки препарата, кратности и времени приема лекарственного средства и т.д.)?  
(можно выбрать только один ответ)

<input type="checkbox"/> 1) Да, я не стал принимать назначенные препараты	4 балла
<input type="checkbox"/> 2) Да, я прекратил начатый прием препаратов	3 балла
<input type="checkbox"/> 3) Да, я принимаю лекарство нерегулярно, самостоятельно прекращаю прием лекарства или меняю дозу, кратность, время приема препаратов	2 балла
<input type="checkbox"/> 4) Да, я иногда забываю принять препараты	1 балл
<input type="checkbox"/> 5) Нет, я принимаю лекарства строго согласно рекомендациям врача	0 баллов

Если Вы не стали принимать или прекратили прием назначенных лекарственных препаратов, назовите ведущую причину этого  
(можно выбрать только один ответ)

<input type="checkbox"/> 1) Забываю принять препараты
<input type="checkbox"/> 2) Опасаюсь побочных эффектов, вреда здоровью при длительном приеме лекарств
<input type="checkbox"/> 3) Возникли побочные эффекты лекарственной терапии
<input type="checkbox"/> 4) Отсутствие ощутимого эффекта (улучшения) от лечения
<input type="checkbox"/> 5) Принимаю очень много разных лекарственных препаратов
<input type="checkbox"/> 6) У меня очень сложная схема приема лекарств (много раз в день, помногу таблеток)
<input type="checkbox"/> 7) Высокая цена препаратов
<input type="checkbox"/> 8) Сомневаюсь в необходимости назначенного мне лечения
<input type="checkbox"/> 9) Не хочу принимать лекарства постоянно, длительно
<input type="checkbox"/> 10) Другое (укажите) _____

Примечание: в экземплярах Шкалы приверженности, выдаваемых пациентам для заполнения, не следует оставлять ключ к опроснику, чтобы пациент не видел возможных результатов опроса.

**Ключ (интерпретация)**

**0 баллов** — полная приверженность;

**1 балл** — частичная, неполная приверженность, ненамеренные нарушения врачебных рекомендаций;

**2 балла** — частичная, неполная приверженность, намеренные нарушения врачебных рекомендаций;

**3 балла** — частичная, вторичная неприверженность;

**4 балла** — полная, первичная неприверженность.



<sup>14</sup> Бланк опросника размещен на сайте Российского общества профилактики неинфекционных заболеваний и доступен к скачиванию по ссылке <https://ropniz.ru/doctors/data/scales-questionnaires>.

#### Приложение 4. Шкала для оценки риска тромбоэмболических осложнений (ТЭО) по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) и трепетанием предсердий<sup>15</sup> [19]

Факторы риска тромбоэмболических осложнений	Оценка в баллах
ХСН/дисфункция ЛЖ	1
Артериальная гипертензия	1
Возраст 75 лет и старше	2
Диабет	1
Ишемический инсульт/транзиторная ишемическая атака/тромбоэмболия в анамнезе	2
Сосудистое заболевание (инфаркт миокарда в анамнезе, атеросклеротическое поражение артерий нижних конечностей, атеросклеротическое поражение аорты)	1
Возраст 65-74 года	1
Женский пол	1
<i>Максимально возможное количество баллов</i>	<i>9</i>

Примечание: ЛЖ — левый желудочек, ХСН — хроническая сердечная недостаточность.

Шкала CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc используется для оценки риска ТЭО у пациентов с трепетанием и ФП.

Показания к проведению антитромботической терапии зависят от имеющегося количества ФР развития ТЭО.

Риск ТЭО наиболее высок при умеренном или тяжелом митральном стенозе, а также при наличии механических протезов клапанов сердца. В остальных случаях для индивидуальной оценки риска необходимо определить сумму баллов по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc.

Постоянный прием пероральных антикоагулянтов с целью профилактики ТЭО необходим пациентам с умеренным или тяжелым митральным стенозом, механическими протезами клапанов сердца, а при отсутствии этой патологии — пациентам мужского пола с суммой баллов по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc  $\geq 2$  и пациенткам женского пола с суммой баллов  $\geq 3$ .

Мужчинам с суммой баллов по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc =1 и женщинам с суммой баллов =2, имеющим невысокий риск ТЭО (при отсутствии умеренного или тяжелого митрального стеноза, механических протезов клапанов сердца), назначение пероральных антикоагулянтов осуществляется с учетом индивидуальных особенностей (включая наличие дополнительных ФР, не входящих в состав шкалы CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc) и предпочтений пациента.

Мужчинам с суммой баллов по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc =0 и женщинам с суммой баллов =1, имеющим низкий риск ТЭО (при отсутствии умеренного или тяжелого митрального стеноза, механических протезов клапанов сердца), антитромботическая терапия не показана.

У пациентов с ФП и первоначально низким риском ТЭО по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc переоценка риска должна быть проведена через 4-6 мес. после первичной оценки.



<sup>15</sup> Бланк опросника размещен на сайте Российского общества профилактики неинфекционных заболеваний и доступен к скачиванию по ссылке <https://ropniz.ru/doctors/data/scales-questionnaires>.

## Приложение 5. Шкала для оценки риска кровотечений по шкале HAS-BLED<sup>16</sup> [19]

Клиническая характеристика	Баллы
Гипертония — систолическое АД >160 мм рт.ст.	1
Нарушение функции почек или печени: диализ, трансплантация почки или сывороточный креатинин $\geq 200$ ммоль/л; хроническое заболевание печени (например, цирроз); или биохимические признаки серьезного поражения печени (например, уровень билирубина 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.)	1 или 2
Инсульт в анамнезе	1
Кровотечение в анамнезе и/или предрасположенность к кровотечению, например, геморрагический диатез, анемия и т.д.	1
Лабильное МНО — нестабильное/высокое МНО или <60% измерений МНО в пределах целевого диапазона	1
Возраст старше 65 лет	1
Сопутствующий прием антитромбоцитарных, нестероидных противовоспалительных препаратов или злоупотребление алкоголем	1 или 2
<i>Максимально возможное количество баллов</i>	<i>9</i>

Примечание: АД — артериальное давление, АЛТ — аланинаминотрансфераза, АСТ — аспаратаминотрансфераза, МНО — международное нормализованное отношение.

Сумма баллов по шкале HAS-BLED  $\geq 3$  указывает на повышенный риск кровотечений, но не означает, что нужно отказаться от антикоагулянтной терапии. Подобные пациенты требуют пристального контроля потенциальных источников и факторов риска кровотечений и более частого врачебного наблюдения.

Во время длительной антитромботической терапии соотношение пользы и риска от назначения пероральных антикоагулянтов должны пересматриваться не реже 1 раза в год, как и необходимость продолжения лечения.



<sup>16</sup> Бланк опросника размещен на сайте Российского общества профилактики неинфекционных заболеваний и доступен к скачиванию по ссылке <https://ropniz.ru/doctors/data/scales-questionnaires>.

## Приложение 6. Основные аспекты проведения индивидуального краткого профилактического консультирования

В рамках индивидуального краткого профилактического консультирования пациент должен получить общие рекомендации (основы здорового образа жизни) и, в зависимости от имеющихся ФР, краткие рекомендации по их коррекции [10, 20].

Индивидуальное краткое профилактическое консультирование ограничено по времени (не более 10 мин), поэтому проведение его рекомендует-ся по структурированной схеме:

- **информировать пациента** как о выявленных заболеваниях, так и об имеющихся у него ФР, величине суммарного сердечно-сосудистого риска, об отдельных результатах физических (уровень АД, ЧСС), лабораторных (при определении липидного спектра: об уровне общего холестерина (ОХС) и холестерина липопротеидов отдельных классов) данных, уровне глюкозы крови и инструментальных исследований, установленной группе здоровья. Информировать о рекомендуемых для его возраста (пола) целевых уровнях факторов и показателей, к которым необходимо стремиться. Дать советы по основам самоконтроля АД в домашних условиях (особенно важно при повышении АД), основам и методам первой помощи при острых заболеваниях (состояниях). Разъяснить

лицу с высоким риском развития угрожающего жизни заболевания (состояния) или осложнения, а также лицам, совместно с ним проживающим, правила и необходимые действия при развитии заболевания и первостепенной важности своевременного вызова скорой медицинской помощи;

- **объяснить пациенту с ФР** их негативное влияние на здоровье и необходимость снижения риска и поддержания здорового образа жизни, повышения ответственности за здоровье, важность постоянного контроля ФР;

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

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

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

**Приложение 7. Рекомендации по коррекции поведенческих ФР в рамках индивидуального краткого профилактического консультирования [3, 20-22]**

**Рекомендации, направленные на прекращение потребления табака и иной никотинсодержащей продукции**

Необходимо ориентировать пациентов на отказ от курения и разъяснить, что курение является доказанным ФР развития многих тяжёлых заболеваний и осложнений. Отказ от курения ведёт к снижению риска развития ИБС, инсульта, нескольких видов злокачественных новообразований и в конечном итоге — к увеличению продолжительности жизни.

Золотой стандарт краткого вмешательства по отказу от курения — краткое консультирование или краткий совет, который занимает примерно 5 мин, но дает возможность медицинскому специалисту получить достаточную информацию о статусе курения пациента, степени его никотиновой зависимости и готовности отказаться от курения, и предложить помощь в отказе от курения.

Краткое консультирование проводится по схеме 5 "С"<sup>17</sup>: спросить, советовать, сверить, содействовать, составить расписание последующих визитов (таблица 3). Такое консультирование относится к разряду кратких вмешательств и может осуществляться врачом или фельдшером отделения медицинской про-

филактики, а также врачом-терапевтом или врачом-специалистом.

Отказ от курения означает отказ от любых видов доставки никотина, включая электронные сигареты. Не допускается применение электронных сигарет в качестве способа отказа от табака или в качестве альтернативы табачным изделиям.

**Рекомендации по увеличению ФА**

Для пациентов, состоящих на ДН по поводу ИБС, рекомендации по повышению ФА должны составляться с учетом индивидуальной толерантности к физической нагрузке.

Необходимо проинформировать пациента о пользе ФА для здоровья и необходимости повышения ФА в повседневной жизни:

- снижение риска смертности от всех причин;
- снижение риска ИМ, гипертонии, СД, инсульта;
- снижение риска рака мочевого пузыря, молочной железы, толстой кишки, эндометрия, пищевода, почек, легких и желудка;
- улучшение когнитивных функций, снижение тревоги, депрессии;
- снижение риска развития слабоумия (включая болезнь Альцгеймера);
- улучшение сна (повышение эффективности и качества сна, увеличение фазы глубокого сна, снижение дневной сонливости, уменьшение потребности в снотворных);

<sup>17</sup> Обучающий видеofilm "Краткое консультирование курящего пациента 5С". <https://ropniz.ru/doctor-pm/doctor/instruction/education> (дата обращения 12.09.2025).

**Таблица 3**

**Краткий совет по отказу от курения — схема 5 "С"**

<b>Спросить</b>	<p><b>курит</b> ли пациент/потребляет электронные сигареты, и, если да:</p> <p>1) <b>сколько выкуривает</b> сигарет в день (10 или меньше 0 баллов; 11-20 — 1 балл; 21-30 — 2 балла; ≥31 — 3 балла);</p> <p>2) <b>когда выкуривает</b> первую сигарету утром (позже, чем 60 мин — 0 баллов; 31-60 мин — 1 балл; 6-30 мин — 2 балла; в течение 5 мин — 3 балла)</p>	Сумма баллов определяет индекс интенсивности курения (ИИК), указывающий на <b>степень никотиновой зависимости</b> : (0-1) низкая зависимость; (2-4) средняя зависимость; (5-6) высокая зависимость
<b>Советовать</b>	как лучше бросить курить и почему это важно конкретно для пациента	
<b>Сверить</b>	готовность отказаться от курения с помощью "линейки", предложив оценить свою готовность по шкале от 0 до 10	
<b>Содействовать предложением помощи в отказе от курения</b>	куращим, с готовностью отказаться от курения (0-3 балла по линейке)	дать листовку/буклет с рекомендациями как отказаться от курения и контактами организации с предложением обратиться в кабинет медицинской помощи по отказу от табака и никотина
	куращим, с готовностью отказаться от курения (4-7 баллов по линейке)	направить в кабинет медицинской помощи по отказу от табака и никотина/отделение (кабинет) медицинской профилактики для повышения мотивации и дальнейшей фармакотерапии (при ИИК ≥2)
	куращим, с готовностью отказаться от курения (8-10 баллов по линейке)	предложить поддержку в виде консультирования и фармакотерапию (при ИИК ≥2) или направить в кабинет медицинской помощи по отказу от табака и никотина
<b>Составить расписание</b>	назначить дату следующего приема. Для курильщиков с низкой готовностью отказаться от курения оставить дату открытой	

Примечание: ИИК — индекс интенсивности курения.

Таблица 4

## Определение интенсивности ФА в зависимости от одышки и пульса

Уровень (интенсивность) нагрузки	Оценка по шкале Борга ("разговорный тест")	По пульсу (частоте сердечных сокращений)
Низкая	очень незначительная одышка, человек легко разговаривает	50-63% МЧСС*
Умеренная	дыхание учащенное, но человек может говорить полными предложениями	64-76% МЧСС
Интенсивная	выраженная одышка, человеку тяжело или некомфортно говорить	77-93% МЧСС

Примечание: \* — МЧСС — максимальная частота сердечных сокращений, рассчитанная по формуле: МЧСС = 220 — возраст.

Таблица 5

## Рекомендации для пациентов по ФА

Вид ФА	Минимум 150-300 мин умеренной или 75-150 мин интенсивной ФА, или эквивалентной комбинации в течение недели. Для получения дополнительных преимуществ для здоровья увеличить время умеренной ФА до и более 300 мин или время интенсивной ФА до $\geq 150$ мин в неделю
Укрепление мышц	По крайней мере 2 дня в неделю участвовать в мероприятиях умеренной или большей интенсивности ФА, в которых задействованы все основные группы мышц. Для пожилых людей (65 лет и старше): как минимум 3 дня в неделю — разнообразная многокомпонентная ФА, по крайней мере, умеренной интенсивности, которая поддерживает функциональный баланс и силу. Пациентам, имеющим хронические заболевания, или пожилым рекомендуется начинать регулярную ФА с одного комплекса из 10-15 повторений с интенсивностью 40-50% от максимально возможной нагрузки
Сидячий образ жизни	Ограничение сидячего образа жизни. Замена малоподвижного образа жизни ФА любой интенсивности. ФА даже легкой интенсивности в течение 15 мин в день принесет пользу

Примечание: ФА — физическая активность.

- замедленная прибавка в весе или потеря веса, особенно в сочетании со сниженным потреблением калорий;

- улучшение состояния костей, низкий риск падений и травм, связанных с падением (пожилые люди);

- улучшение физических показателей (сила, выносливость, гибкость);

- улучшение качества жизни.

По уровню ФА различают нагрузки низкой, умеренной и высокой интенсивности. Для определения уровня нагрузки можно воспользоваться "разговорным тестом" с учетом шкалы Борга или расчетом целевого диапазона пульса, с которым нужно выполнять упражнения (таблица 4).

Пациентам необходимо объяснить, что полезно сочетать разные виды физической нагрузки:

- аэробная (кардио) — для развития сердечно-сосудистой выносливости: продолжительная ритмическая активность, вовлекающая большие группы мышц (ходьба, бег, езда на велосипеде, танцы, плавание, подвижные игры, скандинавская ходьба и др.);

- анаэробная (силовая) — для укрепления мышц, костной ткани, увеличения силы, снижения уровня липидов и АД. Силовые нагрузки ориентированы на основные группы мышц, использование полного диапазона движения суставов (тренировка в тренажерном зале, приседания, отжимания, упражнения с дополнительным весом или отягощением (гантели, гири), с сопротивлением (эластичные лен-

ты)). Силовые упражнения на сопротивление в дополнение к аэробной ФА ассоциируются с более низким риском ССЗ и смертности от всех причин;

- нейро-моторная нагрузка — для улучшения гибкости, баланса, двигательных навыков (равновесие, ловкость, координация и походка). Помогают снизить риск падений и травм, укрепляют сухожилия, связки, улучшают функцию суставов (йога, пилатес, стрейчинг, тай-чи, ушу, упражнения на неустойчивых поверхностях (босу, фитбол и др.)).

Рекомендации по интенсивности ФА лицам, ведущим малоподвижный образ жизни, курящим, имеющим установленные ССЗ или два или более ФР ССЗ, должны даваться только после медицинского обследования, включая тест с физической нагрузкой. ФА высокой интенсивности может быть рекомендована только практически здоровым лицам.

Минимальный уровень или норма ФА — это аэробная умеренная ФА 150-300 мин в неделю или интенсивная ФА 75-150 мин в неделю или их комбинация. Данные рекомендации предназначены для всех взрослых, в т.ч. имеющих хронические заболевания, и инвалидов (таблица 5).

Лицам, ведущим сидячий образ жизни, рекомендуется постепенное повышение уровня активности.

Если пациенты с хроническими заболеваниями или пожилые не могут достичь 150 мин ФА умеренной интенсивности в неделю, они должны быть настолько активны, насколько позволяют их воз-

возможности и состояние здоровья. Даже непродолжительная ФА с длительностью <10 мин связана с благоприятными исходами, включая снижение риска смерти. Практика ФА должна поощряться у людей, неспособных выполнить даже минимальную норму.

Регулярность физических нагрузок:

- рекомендуемая частота занятий — 4-5 раз в неделю, а лучше ежедневно;
- общая продолжительность занятия — 20-60 мин, но не менее 10 мин (пороговая доза, минимальная по времени и интенсивности, необходимая для здоровья).

Для детренированных лиц начальная длительность ФА может быть <10 мин с постепенным увеличением времени нагрузки.

Пациентам необходимо объяснить, что ФА — это не только тренировки, но и обычная ежедневная физическая нагрузка. Важно понимать различие между ФА и тренировкой:

- ФА — любое движение, производимое скелетными мышцами, которое требует расхода энергии сверх уровня состояния покоя (активность во время работы, игр, отдыха, домашней работы, развлечений);
- тренировка (физические упражнения, фитнес, спорт) — запланированная, структурированная, повторяющаяся ФА, направленная на улучшение или поддержание одного или нескольких компонентов физического состояния (сила, выносливость, быстрота, гибкость, ловкость).

Советы пациентам для повышения ежедневной ФА:

- Думайте о ФА как о пользе, а не неудобстве. Любые движения рассматривайте как возможность для укрепления здоровья, а не пустую трату времени.

- Выберите вид ФА, который нравится и отвечает вашему образу жизни, и оптимальное для вас время занятий ФА.

- Будьте активными ежедневно и в максимально возможном числе ситуаций. Сократите время работы сидя. Добавляйте ФА на работе, в офисе. Откажитесь от лифта. Ходите пешком.

- Используйте соответствующие средства защиты для максимального обеспечения безопасности и минимизации риска травм во время занятий.

- Сделайте ФА частью вашего повседневного образа жизни. Никогда не поздно начинать увеличивать свою ФА. Возраст — не помеха.

### Рекомендации по здоровому питанию

Самым высоким протективным эффектом в отношении большинства хронических неинфекционных заболеваний обладает рацион, основанный преимущественно на растительных продуктах, который может быть дополнен умеренным количеством рыбы, птицы, яиц и молочных продуктов, а также небольшим количеством красного мяса.

Рекомендуемая калорийность рациона для лиц трудоспособного возраста, имеющих умеренную ФА, в среднем составляет 1800-2400 ккал. Энергетическая ценность рациона зависит от уровня ФА, возраста и пола. Для мужчин старше 18 лет в зависимости от уровня физической нагрузки суточная калорийность рациона может составлять 2400-3800 ккал, а для женщин — 1700-3000 ккал. В таблице 6 представлены основные принципы построения рациона здорового питания.

Сочетание правильного питания и регулярной ФА позволяет достичь баланса между калорийностью рациона и энергозатратами и гармонизировать состояние организма.

Таблица 6

Основные принципы построения рациона здорового питания

Вид нутриента/режима	Оптимальное суточное количество	Рекомендации
Белки	Не менее 0,8 г на 1 кг нормальной массы тела, с пропорцией 1:1 между животным и растительным белком, в среднем около 85-110 г в день для мужчин и 60-85 г для женщин	Целесообразно отдавать предпочтение рыбе, птице (без кожи), молочным продуктам низкой жирности и ограничить потребление красного мяса, особенно переработанного (колбасных изделий и мясных деликатесов) до полного исключения из рациона. Бобовые являются оптимальными источниками растительного белка и пищевых волокон. Рекомендуется включать блюда из бобовых не реже 1-2 раз в нед.
Жиры	Не более 30% калорийности рациона с равномерным распределением между НЖК, ПНЖК и МНЖК. Потребление общего жира в день составляет 80-110 г для мужчин и 60-90 г для женщин	Приоритетность в использовании за растительными маслами (подсолнечное, кукурузное, оливковое, льняное, тыквенное и др.), в них высокое содержание биологически активных ПНЖК и МНЖК. Сливочное масло целесообразно оставить в рационе как наиболее оптимальный источник витамина А, но потребление ограничить до 20 г в день. Добавлять сливочное масло следует в готовое блюдо. Рыба морская и пресноводная имеют несколько различный жирнокислотный состав. Содержание ПНЖК больше в рыбе морской, поэтому она рекомендуется к включению в рацион не реже 1 раза в нед.  Для сокращения потребления ТЖК целесообразно избегать жареных блюд и блюд, приготовленных во фритюре. Не использовать такие продукты, как твердый кулинарный жир и маргарин с частично гидрогенизированным жиром в составе

Таблица 6. Продолжение

Вид нутриента/ режима	Оптимальное суточное количество	Рекомендации
Углеводы	Не менее 55% на долю общих углеводов. Углеводный компонент рациона следует формировать из разных пищевых источников: овощи, включая листовую салатную зелень, фрукты и особенно ягоды, зерновые и бобовые продукты	Следует избегать дрожжевой выпечки и других "пышных" изделий, обладающих высокой калорийностью и высокой гликемической нагрузкой
Овощи и фрукты	Не менее 400 г (5 порций), половину из этого количества должны составлять сырые (свежие) продукты. <i>Пример: 2 фрукта (яблоко, банан)/ порция сухофруктов/орехов (30 г = 2 столовые ложки) и 3 овощных блюда (салат из свежих овощей, гарнир из тушеных овощей, овощной суп)</i>	Потребление овощей и фруктов, произрастающих в местности проживания человека и доступных по сезону. Корнеплоды (морковь, свекла, репа, редька), тыква, лук и зеленые листовые овощи (все виды капусты, салатная зелень). Среди фруктов целесообразно рекомендовать несладкие сорта яблок, груш и все ягоды. Ягоды являются обязательным элементом рациона для здоровой микрофлоры кишечника и для когнитивного здоровья
Зерновые и бобовые продукты	Не менее 1 блюда в день (каша на завтрак или крупяной гарнир к основному блюду)	Предпочтительны продукты из цельного зерна, нерафинированные крупы, хлеб из цельнозерновой муки с добавлением семян. Потребление пшеничного хлеба целесообразно ограничить ввиду его высокого гликемического индекса, предпочтение стоит отдавать пшенично-ржаным и ржаным сортам хлеба
Молочные продукты	Являются основными пищевыми источниками кальция, а также кисломолочных бактерий, необходимых для поддержания здоровой микрофлоры кишечника	Следует избегать изделий с добавленным сахаром (творожная масса, сладкие сырки, мусс, крем, молочные ломтики). Если потребление молочных продуктов невозможно, то следует рассмотреть вопрос о приеме кальцийсодержащего препарата
Поваренная соль	Не более 5 г/сут., включая соль, используемую и в приготовлении пищи, и уже содержащуюся в готовых продуктах	Следует ограничить или исключить продукты с высоким содержанием соли (колбасные изделия, мясные деликатесы, пикантные закуски), избегать блюд быстрого приготовления. Не досаливать уже приготовленную пищу, для придания вкусовых оттенков использовать сок лимона, корень имбиря, сельдерея, зелень и специи. Не использовать соусы промышленного приготовления (майонез, соевый, рыбный и др.)
Добавленный сахар	Ограничить до полного исключения из рациона продукты, содержащие сахар и не обладающие высокой пищевой ценностью (сладкие напитки, в т.ч. газированные, сладкую выпечку, кондитерские изделия)	Следует ограничить количество добавляемого сахара или меда в пищу, стараться не подслащивать напитки. В качестве десерта предпочтительны свежие фрукты, ягоды и изделия из них без добавления сахара
Питьевой режим	Рекомендованный объем потребляемой жидкости в сут. — 1,6 л для женщин и 2,0 л — для мужчин	Приоритетным напитком является вода, для придания вкуса возможно добавление сока лимона, листьев мяты, ломтиков цитрусовых, фруктов или ягод. Целесообразно ограничить потребление крепкого кофе и чая, энергетических и кофеинсодержащих напитков
Режим приёма пищи	Оптимально — три основных приема пищи (завтрак, обед и ужин) с 5-ч интервалом	Оптимальный интервал между завтраком и ужином — не более 10-11 ч. Завтрак должен быть ежедневным, оптимально в течение 1 ч после пробуждения

Примечание: НЖК — ненасыщенные жирные кислоты, ПНЖК — полиненасыщенные жирные кислоты, МНЖК — мононенасыщенные жирные кислоты, ТЖК — трансизомеры жирных кислот.

### Рекомендации по снижению избыточной МТ

Целью снижения повышенной МТ является снижение кардиометаболического риска, это может быть достигнуто уже при 5-10% снижении МТ от исходной за период 5-6 мес. (оптимальная величина снижения МТ).

В процессе её снижения важно, помимо регулярного самоконтроля МТ (желательно не реже 1

раз в 3 дня утром натощак), контролировать величину окружности талии.

Следует помнить, что снижение МТ в килограммах не является самоцелью, необходимо понимать, за счет чего снизилась МТ: жидкость, жировая масса или скелетно-мышечная масса. Коррекция избыточной МТ прежде всего должна вести к уменьшению показателей жировой массы и окружности талии.

Конечной целью является нормализация композиционного состава тела и сохранение достигнутых результатов в дальнейшем — на протяжении всей жизни. Задача-максимум — достижение нормальных значений ИМТ (18,5–24,9 кг/м<sup>2</sup>) и окружности талии (муж. ≤94 см, жен. ≤80 см).

Необходимо проговаривать с пациентом ближайшие реальные цели (5–10% за 5–6 мес.), достижение которых имеет колоссальный эффект для снижения кардиометаболического риска уже в первые месяцы снижения МТ.

Необходимо проанализировать вместе с пациентом динамику изменения МТ на протяжении жизни и предшествовавшие попытки похудеть, обсудить с пациентом причины срывов. Выполнить оценку стиля питания и ФА, психологического статуса. Изучить данные проведённых обследований.

Изменение образа жизни, а именно комплексное воздействие на организм сбалансированного питания и ФА, приводит к устойчивому снижению МТ, является наиболее физиологичным в сравнении с лекарственной терапией и позволяет достичь существенных изменений:

- снижение уровня АД и ТГ (самые чувствительные показатели в ответ на снижение МТ);
- улучшение углеводного обмена — наблюдается уже в начале процесса снижения избыточной МТ. Так, при снижении МТ на 5% от исходной повышается чувствительность клеток печени, мышечной ткани и жировой ткани к инсулину;
- снижение уровней ХС ЛНП и воспалительных маркеров — требует более стойкого 10%-снижения МТ от исходной.

#### **Советы по питанию для пациента с ожирением и избыточной МТ:**

1. Уменьшайте энергетическую ценность пищи, прежде всего за счет сокращения потребления жиров и углеводов.

2. Включайте в ежедневный рацион достаточное количество овощей и фруктов (500 г, не считая картофеля).

3. Исключите сахар (в т.ч. сладкие напитки), промышленную выпечку и переработанные мясные деликатесы.

4. Уменьшите порцию еды, используя тарелку меньшего размера. Не используйте добавку. Ешьте медленно.

5. Не пропускайте завтрак! Рекомендуется завтракать оптимально в первые 2 ч после пробуждения.

6. Избегайте "перекусывания". Если чувствуете голод — выделите время и поешьте полноценно.

7. Отрабатывайте навык осознанного питания:

- уловите момент отдыха;
- присядьте за стол (не ешьте на ходу или стоя), исключите просмотр телепередач, смартфона, работу за компьютером, чтение книги и пр.;
- ешьте медленно и получайте удовольствие, чтобы чувствовать вкус приготовленных блюд: горячее/холодное, мягкое/твёрдое, солёное/сладкое и т.д.;
- остановитесь, когда ощущение голода сменится легкой сытостью.

8. Желательно вести самоконтроль с помощью дневника (хотя бы в начале пути к снижению повышенной МТ), в записях которого отмечайте:

- что, когда и сколько вы съели,
- сопутствующие ситуации и ощущения или эмоции/состояние (просмотр сериала, работа за компьютером, стресс, усталость, гнев или тревога).

## Приложение 8. Неотложные меры самопомощи и взаимопомощи при острых жизнеугрожающих состояниях [20, 21, 23–25] (Информация для пациентов)

В нашей стране до 80% смертей от ИБС и до 60% от цереброваскулярных заболеваний происходит вне медицинских организаций — дома, на работе, на даче, в общественных и других местах. Большая часть их происходит скоропостижно или по механизму внезапной смерти. Статистика показывает, что многие больные (или их родственники) поздно вызывают врача скорой медицинской помощи, что снижает вероятность спасения.

**При овладении необходимыми навыками оказания первой помощи в форме само- или взаимопомощи (со стороны людей, окружающих человека, оказавшегося в таком критическом состоянии) можно в большинстве случаев спасти жизнь больного.**

Данная информация адресована в первую очередь больным сердечно-сосудистыми заболеваниями, пациентам с высоким и очень высоким риском их развития, их родственникам и близким, т.к. известно, что нередко, в 30–50% случаев жизнеугрожающее осложнение, опасное фатальным исходом, может быть первым и последним проявлением этих заболеваний (осложнений). Информация также будет полезной практически всем людям, которые могут оказаться в ситуации, когда может возникнуть необходимость оказания первой помощи до прибытия бригады скорой медицинской помощи.

### Помните, что:

- только **вызванная в первые 10 мин** от начала сердечного приступа скорая медицинская помощь позволяет в полном объеме использовать современные высоко эффективные методы стационарного лечения и во много раз снизить смертность от этих заболеваний;

- ацетилсалициловая кислота (АСК) (аспирин) и нитроглицерин, принятые в первые минуты, могут предотвратить развитие ИМ и значительно уменьшают риск смерти от него;

- состояние алкогольного опьянения не является разумным основанием для задержки вызова бригады скорой медицинской помощи при развитии сердечного приступа и острого нарушения мозгового кровообращения — около 30% лиц, внезапно (в течение часа от появления симптомов) умерших на дому, находились в состоянии алкогольного опьянения;

- сердечно-легочная реанимация, начатая в первые 60–120 сек после внезапной остановки сердца, позволяет вернуть к жизни до 50% больных.

### НЕОТЛОЖНЫЕ ДЕЙСТВИЯ при сердечном приступе

#### Характерные признаки (симптомы) сердечного приступа (ИМ):

- внезапно (приступообразно) возникающие, давящие, сжимающие, жгущие, ломящие боли в грудной клетке (за грудиной) продолжающиеся >5 мин;
- аналогичные боли часто наблюдаются в области левого плеча (предплечья), и/или левой лопатки, и/или левой половины шеи и нижней челюсти, и/или обоих плеч, и/или обеих рук, и/или нижней части грудины вместе с верхней частью живота;
- нехватка воздуха, одышка, резкая слабость, холодный пот, тошнота часто возникают вместе, иногда следуют за или предшествуют дискомфорту/болям в грудной клетке;
- нередко указанные проявления болезни развиваются на фоне физической или психоэмоциональной нагрузки, но чаще с некоторым интервалом после них.

#### Алгоритм неотложных действий при сердечном приступе (советы пациенту) — памятка для пациента

Если у Вас или кого-либо внезапно появились вышеуказанные характерные признаки сердечного приступа даже при слабой или умеренной их интенсивности, которые держатся более 5 мин — не задумывайтесь, сразу вызывайте бригаду скорой медицинской помощи. В такой ситуации — это жизненно необходимо.

Помните, что состояние алкогольного опьянения в этой смертельно опасной ситуации не является доводом для откладывания вызова скорой медицинской помощи.

Если у Вас появились симптомы сердечного приступа и нет возможности вызвать скорую медицинскую помощь, то попросите кого-нибудь довезти Вас до больницы — это единственное правильное решение. Никогда не садитесь за руль сами, за исключением полного отсутствия другого выбора.

В оптимальном варианте при возникновении сердечного приступа необходимо следовать инструкции, полученной от лечащего врача.

Если такой инструкции нет, то необходимо действовать по следующему алгоритму (рисунок 1):

- Прекратите нагрузку, сядьте или лягте с приподнятым изголовьем. Освободите шею, обеспечьте приток свежего воздуха.

- Если нитроглицерин назначен Вам врачом и есть под рукой, а АД не низкое: примите 1 дозу: спрей — одно впрыскивание (0,4 мг) в полость рта или таблетка/капсула под язык — 0,5 мг (не глотать).
- Если через 5-7 минут после приема нитроглицерина боли сохраняются, необходимо в обязательном порядке вызвать бригаду скорой медицинской помощи и второй раз принять нитроглицерин. Примите вторую дозу нитроглицерина (не более 3-х доз всего).
- Если после приема нитроглицерина появилась резкая слабость, головокружение, потливость — больше не принимайте его. Лягте, поднимите ноги, выпейте воды.

- Не пытайтесь добираться до больницы самостоятельно за рулем. Дождитесь бригаду скорой помощи.

**Внимание!**

Больному с сердечным приступом категорически запрещается вставать, ходить, курить и принимать пищу до особого разрешения врача.

**Нельзя принимать нитроглицерин** при резкой слабости, потливости, а также при выраженной головной боли, головокружении, остром нарушении зрения, речи или координации движений.

**При сердечном приступе**

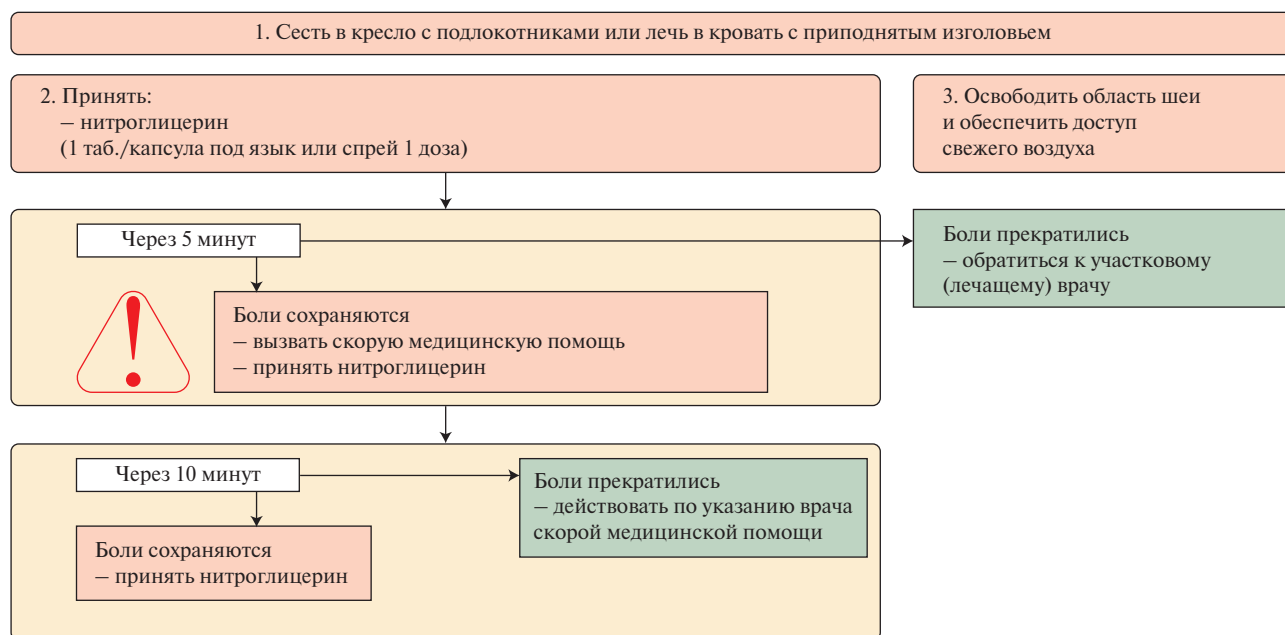


Рис. 1 Алгоритм действий при сердечном приступе<sup>18</sup>.

**НЕОТЛОЖНЫЕ ДЕЙСТВИЯ при острой СН**

**Острая СН (ОСН)** — это тяжелое патологическое состояние, которое развивается у больных на фоне различных ССЗ (АГ, ИБС, пороков сердца и др.) как осложнение или острая декомпенсация. Это одна из наиболее частых причин вызова скорой медицинской помощи и госпитализации больных, а также смертности населения нашей страны и всего мира.

**Основные проявления (симптомами) ОСН являются:**

- тяжелое, частое (>24 в мин), шумное дыхание — одышка, иногда достигающая степени удушья, с преимущественным затруднением вдоха

и явным усилением одышки и кашля в горизонтальном положении. Сидячее положение или лежащее положение с высоко поднятым изголовьем облегчает состояние больного;

- часто при дыхании становятся слышны влажные хлюпающие хрипы/звуки, прерываемые кашлем; в терминальной стадии дыхание приобретает характер клокочущего с появлением пены у рта больного;

- характерная сидячая поза больного, упирающегося прямыми руками в колени или в сидение (для облегчения дыхания).

ОСН развивается достаточно быстро и в течение 30-60 мин может привести к смерти больного. В большинстве случаев от первых клинических признаков до тяжелых проявлений ОСН проходит 6-12 и более часов, однако без медицинской помощи большинство больных с ОСН погибает.

<sup>18</sup> Ипатов П.В. Аптечка неотложной самопомощи при сердечном приступе. Патент на изобретение RU 2222306 С1, 27.01.2004. Заявка № 2002118639/15 от 15.07.2002.

**Алгоритм неотложных действий при ОСН (советы пациенту) — памятка для пациента (рис. 2)**

**При появлении у пациента с гипертонической болезнью или болезнью сердца (но не легких или бронхов) вышеуказанных симптомов ОСН необходимо:**

- вызвать скорую медицинскую помощь;
- придать больному сидячее положение, лучше в кресле с подлокотниками, на которые он может опираться и включать межреберные мышцы в акт дыхания;
- обеспечить физический и психоэмоциональный покой, комфортную температуру и свежий воздух, путем проветривания помещения;

- при систолическом АД >100 мм рт.ст. — принять 0,5 мг нитроглицерина (ингаляцию в полость рта производят под корень языка, таблетку/капсулу кладут под язык, капсулу необходимо предварительно раскусить, не глотать). При отсутствии улучшения самочувствия больного после очередного приема нитроглицерина, его больше не применяют.

**нельзя принимать нитроглицерин:**

- при АД <100 мм рт.ст., при выраженной головной боли, головокружении, остром нарушении зрения, речи и/или координации движений;
- если в последние 24-48 ч пациент принимал препараты для лечения эректильной дисфункции (силденафил, тадалафил и т.д.).

**При появлении признаков острой сердечной недостаточности**

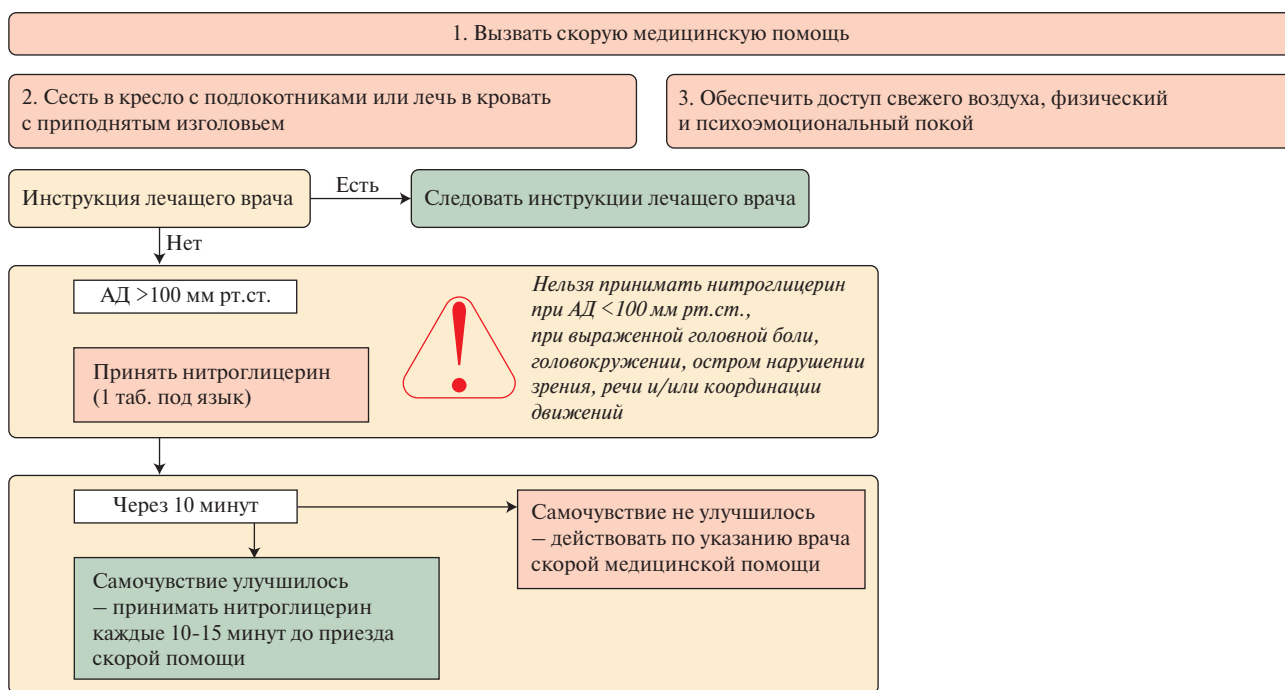


Рис. 2 Алгоритм действий при ОСН. Примечание: АД — артериальное давление.

**Внимание!**

Больному с ОСН необходимо исключить все физические нагрузки, категорически запрещается ходить, курить, пить воду и принимать жидкую пищу до особого разрешения врача.

Всем больным гипертонической болезнью или болезнью сердца с наличием одышки и отеков на ногах необходимо обсудить с лечащим врачом какие препараты принимать при развитии ОСН, записать их наименования, дозировку и временную последовательность (алгоритм) их приема, а также уточнить у врача при каких проявлениях болезни срочно вызывать скорую медицинскую помощь. Каждому такому больному нужно сформировать

индивидуальную аптечку помощи при ОСН и постоянно иметь ее при себе.

**ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ при внезапной остановке сердца (советы очевидцам)**

Чаще всего внезапная смерть происходит вследствие прекращения сердечной деятельности.

**Основные признаки (симптомы) внезапной остановки сердца:**

- Внезапная потеря сознания, часто сопровождающаяся агональными движениями (стоящий или сидящий человек падает, нередко наблюдаются судорожное напряжение мышц, непроизвольное мочеиспускание и дефекация; лежащий человек

иногда предпринимает судорожную попытку сесть или повернуться на бок);

- Внезапное полное прекращение дыхания, часто после короткого периода (5-10 секунд) агонального псевдодыхания: больной издает хрипящие и/или булькающие звуки, иногда похожие на судорожную попытку что-то сказать.

#### **Алгоритм неотложных действий очевидцев внезапной смерти человека**

- Если человек внезапно потерял сознание, следует аккуратно потормозить его за плечи и громко спросить: "Что с вами? Нужна ли вам помощь?". Человек, находящийся в бессознательном состоянии, не сможет отреагировать и ответить на эти вопросы.

- При отсутствии признаков сознания следует определить наличие нормального дыхания у пострадавшего. Для этого необходимо одну руку положить на лоб пострадавшего, двумя пальцами другой взять за подбородок, запрокинуть голову и поднять подбородок. Для проверки дыхания следует наклониться щекой и ухом ко рту и носу пострадавшего и в течение 10 сек попытаться услышать его дыхание, почувствовать выдыхаемый воздух на своей щеке и увидеть движения груди у пострадавшего. При отсутствии нормального дыхания грудь пострадавшего останется неподвижной, звуков его дыхания не будет слышно, выдыхаемый воздух изо рта и носа не будет ощущаться щекой.

- При отсутствии признаков сознания и дыхания — сразу же вызывайте бригаду скорой медицинской помощи (при наличии рядом других людей — попросите конкретного человека вызвать скорую медицинскую помощь, сказать диспетчеру что произошло, адрес места происшествия, что проводится сердечно-легочная реанимация) и приступайте к проведению сердечно-легочной реанимации.

- Для проведения сердечно-легочной реанимации пострадавшего укладывают на жесткую ровную поверхность (пол, земля, ровная твердая площадка и тому подобные места, но не на диван, кровать, матрас и прочие мягкие поверхности), освобождают от одежды переднюю часть грудной клетки. Определяют местоположение рук на грудной клетке больного как указано на рисунке 3.

- Прямыми руками, распложенными под прямым углом к грудной клетке (не согнутыми в локтях, пальцы взяты "в замок"), производится энергичное ритмичное сдавливание грудной клетки пострадавшего на глубину 5-6 см с частотой 100-120 надавливаний в мин.

- После 30 надавливаний руками на грудину пострадавшего необходимо осуществить 2 вдоха искусственного дыхания методом "Рот-ко-рту". Для этого следует открыть дыхательные пути пострадавшего (запрокинуть голову, поднять подбородок), зажать его нос двумя пальцами, сделать два последовательных вдоха искусственного дыхания. Вдохи искусственного дыхания выполняются следующим образом: необходимо сделать свой нормальный вдох, герметично обхватить своими губами рот пострадавшего и выполнить равномерный выдох в его дыхательные пути в течение 1 сек, наблюдая за движением его груди.

- Далее следует продолжить реанимационные мероприятия, чередуя 30 надавливаний на грудину с 2-мя вдохами искусственного дыхания.

- При отсутствии возможности выполнения искусственного дыхания необходимо проводить реанимационные мероприятия только лишь осуществляя давление руками на грудину пострадавшего без искусственных вдохов.

- При появлении признаков жизни (любые реакции, мимика, движения или звуки, издаваемые больным) сердечно-легочная реанимация прекращается, больному придается устойчивое боковое положение (рисунок 3), обеспечивается тепло и покой. При отсутствии признаков жизни сердечно-легочная реанимация продолжается до прибытия бригады скорой медицинской помощи.

Если человек, оказывающий первую помощь, имеет специальную подготовку и опыт по проведению сердечно-легочной реанимации, он может параллельно с надавливаниями на грудину пострадавшего выполнять вдохи искусственного дыхания. **При отсутствии специальной подготовки проводить больному искусственное дыхание и определение пульса на сонной артерии не следует**, т.к. это может привести к недопустимой потере времени и резко уменьшит частоту оживления больных с внезапной остановкой сердца.

# ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

## ПРИ ОТСУТСТВИИ СОЗНАНИЯ, ОСТАНОВКЕ ДЫХАНИЯ И КРОВООБРАЩЕНИЯ




### АЛГОРИТМ ПРОВЕДЕНИЯ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ

#### 1 Оценка обстановки и устранение угрожающих факторов

Для того, чтобы определиться с необходимыми действиями по оказанию первой помощи, следует выяснить, имеются ли у пострадавшего признаки жизни. К основным и наиболее просто определяемым признакам жизни относятся сознание и дыхание.

#### 3 Проверка дыхания

Для восстановления проходимости дыхательных путей у пострадавшего следует одну руку положить на лоб пострадавшего, двумя пальцами другой взять за подбородок и запрокинуть голову.

Для проверки дыхания надо поднести щеку и ухо ко рту и носу пострадавшего и в течение 10 сек.:

- послушать дыхание ухом,
- почувствовать дыхание щекой,
- посмотреть на движения грудной клетки. **При отсутствии дыхания необходимо привлечь помощника.**

#### 2 Проверка сознания

Для проверки сознания – аккуратно потормозить пострадавшего за плечи и громко спросить: «Что с Вами? Нужна ли Вам помощь?».

нет реакции
➔
сознание отсутствует




При отсутствии дыхания – поручить помощнику вызвать скорую медицинскую помощь: «Человек не дышит. Вызывайте скорую. Сообщите мне, что вызвали».

если дыхание есть

#### 4 Вызов скорой медицинской помощи по номерам 103 или 112

**Необходимо сообщить диспетчеру:**

- место происшествия, что произошло,
- число пострадавших и что с ними,
- какая помощь оказывается.

**Отключиться последним, после ответа диспетчера.**

#### 5 Проведение сердечно-легочной реанимации

**30 надавливаний на грудную чередуются с 2-мя вдохами искусственного дыхания**

- открыть дыхательные пути,
- зажать нос пострадавшего,
- плотно обхватить губы пострадавшего своими губами и выпалнить выдох в рот пострадавшего не дольше 1 секунды до начала подъема грудной клетки.

Надавливания на центр грудной клетки производятся в переднезаднем направлении перпендикулярно плоскости тела пострадавшего выпрямленными в локтях руками на глубину 5-6 см с частотой 100-120 надавливаний в минуту.





Сердечно-легочную реанимацию можно прекратить в следующих случаях:

1. Появление у пострадавшего явных признаков жизни.
2. Прибытие бригады скорой медицинской помощи.
3. Невозможность продолжения сердечно-легочной реанимации ввиду физической усталости.

### МЕРОПРИЯТИЯ ПОСЛЕ ПРЕКРАЩЕНИЯ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ

В случае появления признаков жизни (нормального дыхания) необходимо обеспечить поддержание проходимости дыхательных путей (в т. ч. приданием устойчивого бокового положения) и осуществлять контроль признаков жизни до прибытия скорой медицинской помощи или других специальных служб. В течение этого времени следует контролировать состояние пострадавшего, оказывать ему психологическую поддержку.

**Придание пострадавшему устойчивого бокового положения**

#### 1



#### 2



#### 3



После этого согнуть дальнюю ногу пострадавшего в колене, поставить ее с опорой на стопу и, надавив на колено этой ноги на себя в указанном на рисунке направлении, повернуть пострадавшего на себя.

#### 4



#### 5



В результате этих действий пострадавший должен принять положение, изображенное на рисунке.



www.oaagpp.ru
www.vk.com/oaagpp
Учебно-методический комплекс по первой помощи Минздрава России, сентябрь 2023 г.

Рис. 3 Алгоритм оказания первой помощи при отсутствии сознания, остановке дыхания и кровообращения (материалы сайта "Все о первой помощи" [https://allfirstaid.ru/system/files/umk/plakat\\_slr.pdf](https://allfirstaid.ru/system/files/umk/plakat_slr.pdf)).

## Приложение 9. Рекомендации по проведению вакцинации пациентов со стабильной ИБС

Вакцинация осуществляется в соответствии с календарем профилактических прививок<sup>19</sup>, другими нормативными правовыми актами, а также соответствующими клиническими и методическими рекомендациями, с учетом иммунного статуса и иных индивидуальных характеристик пациента [26, 27]. Основные рекомендации по проведению

<sup>19</sup> Приказ Минздрава России от 06.12.2021 № 1122н "Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20.12.2021, регистрационный № 66435). СПС Консультант Плюс.

вакцинации пациентов с ИБС в рамках ДН представлены в таблице 7.

Всем пациентам с ИБС при отсутствии абсолютных противопоказаний рекомендуется ежегодная сезонная вакцинация против гриппа, особенно настоятельно — лицам пожилого возраста. Вакцинопрофилактика гриппа способствует снижению риска повторных ССО и улучшению качества жизни.

У пациентов с тяжелыми иммунодефицитами, аллергическими реакциями подходы к иммунизации рассматриваются совместно с врачом-аллергологом-иммунологом и иными врачами-специалистами.

Таблица 7

Основные рекомендации по проведению вакцинации пациентов со стабильной ИБС [26, 27]

Наименование профилактической прививки	Примечание
1. Вакцинация против гриппа	Рекомендована всем пациентам ежегодно (оптимальный период проведения — август-сентябрь, до начала сезонного подъема заболеваемости)
2. Против пневмококковой инфекции	Рекомендована всем пациентам однократная вакцинация ПКВ13 (пневмококковая конъюгированная вакцина), вакцинация ППВ23 (пневмококковая полисахаридная вакцина) 1 раз в 5 лет
3. Вакцинация/ревакцинация против дифтерии, столбняка	Каждые 10 лет от момента последней ревакцинации
4. Вакцинация/ревакцинация против коклюша	Иммунокомпрометированные пациенты, которые не были полностью привиты против коклюша, дифтерии и столбняка, могут получить одну дозу комбинированной бесклеточной коклюшной вакцины с уменьшенным содержанием антигенов в комплексе с дифтерийным и столбнячным анатоксином (АаКДС)
5. Против коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2	При наличии эпидемических показаний
6. Вакцинация против краснухи, ревакцинация против краснухи; вакцинация против кори, ревакцинация против кори; вакцинация против ветряной оспы, вирусного гепатита В, клещевого вирусного энцефалита, туляремии, чумы, бруцеллеза, сибирской язвы, бешенства, лептоспироза, лихорадки Ку, желтой лихорадки, холеры, брюшного тифа, вирусного гепатита А, шигеллез, менингококковой инфекции, эпидемического паротита, полиомиелита	В соответствии с календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям

## Приложение 10. Консервативное лечение пациентов со стабильной ИБС

(адаптировано из Клинических рекомендаций "Стабильная ИБС", 2024 [9])

Основой консервативного лечения стабильной ИБС является устранение модифицируемых ФР и комплексная медикаментозная терапия. Как правило, их проводят неопределенно долго. Крайне важным представляется информирование пациентов о наличии у них ИБС, характере её течения, ФР и стратегии лечения.

### Модификация ФР

**Информирование и обучение** — необходимый компонент лечения, поскольку правильно информированный и обученный больной более тщательно выполняет врачебные рекомендации и может самостоятельно принимать важные решения в зависимости от симптомов заболевания:

- Рекомендуется обсудить с пациентом перспективы как медикаментозного, так и инвазивного лечения выявленной у него формы ИБС, а также оговорить необходимость и периодичность дальнейших инструментальных и лабораторных исследований.

- Рекомендуется рассказать о самых типичных симптомах нестабильной стенокардии, острого ИМ и подчеркнуть важность своевременного обращения за помощью при их появлении (Приложение 8).

- Рекомендуется дать больному конкретные советы по здоровому образу жизни и важности правильного лечения сопутствующих заболеваний (Приложения 6, 7).

- **При выявлении избыточной МТ рекомендуется ее снижение с помощью дозированных физических нагрузок и низкокалорийной диеты.** При необходимости рекомендуется направить пациента к врачу-диетологу для коррекции диеты и/или подбора медикаментозного лечения ожирения.

- **Всем пациентам со стабильной ИБС рекомендуется соблюдение специальной диеты и регулярный контроль МТ.** Основная цель диетотерапии при стабильной ИБС — снижение избыточной МТ (нормальный ИМТ — 18,5-24,9 кг/м<sup>2</sup>) и уровня ОХС. Снижение избыточной МТ снижает риск общей и сердечно-сосудистой смерти. Основные требования к диете: 1) энергетическая ценность до 2000 ккал/сут.; 2) содержание ОХС до 300 мг/сут.; 3) обеспечение за счет жиров не более 30% энергетической ценности пищи. Строгой диетой можно добиться снижения уровня ОХС плазмы на 10-15%. Рекомендуется увеличение в пищевом рационе содержания свежих фруктов и овощей (>200-300 г/сут.), пищевых волокон, цельных зерен, уменьшение употребления сладкого и сладких газированных напитков. Следует ограничивать употребление жирных сортов мяса, красного мяса вообще и гастрономических продуктов. Целесообразно рекомендовать употребление рыбы 2 раза в неделю. Всем пациентам, осо-

бенно с сопутствующей АГ, следует ограничивать употребление поваренной соли до 5 г в сутки. Физическая нагрузка оказывает многочисленные положительные эффекты на ФР и физиологические процессы в сердечно-сосудистой системе — это тренирующий эффект с увеличением толерантности к физической нагрузке, повышение уровня холестерина липопротеидов высокой плотности, снижение МТ, уменьшение психологического стресса, положительные эмоции, особенно при занятиях в группах. Наиболее приемлемым типом нагрузки являются ходьба, прогулки, плавание. Увеличение пикового потребления кислорода на 1 мл/кг/мин сопровождается снижением риска ССЗ на 14-17% и смерти от всех причин. Малоактивный образ жизни, напротив, влияет на больного ИБС неблагоприятно.

- **Курящим пациентам настоятельно рекомендуется отказ от курения** при помощи не только изменения поведенческой стратегии, но также использования фармакологической поддержки; **избегать пассивного курения.**

- **При сопутствующей АГ рекомендуется включать в состав медикаментозной терапии антигипертензивные средства** для достижения целевого уровня АД <140/90 мм рт.ст. (первичная цель), при условии хорошей переносимости и в возрасте до 64 лет включительно — <130/80 мм рт.ст. (вторичная цель), но не менее 120 и 70 мм рт.ст. в возрасте ≥65 лет — 130-139/80 мм рт.ст. при хорошей переносимости. Повышенное АД — важнейший ФР развития атеросклероза и осложнений ИБС. Основная цель лечения больных АГ состоит в максимальном снижении риска развития фатальных и нефатальных ССО. Вопросы диагностики и лечения АГ рассматриваются в соответствующих клинических рекомендациях [28].

- **При сопутствующем СД рекомендуется достижение целевых уровней гликемии (гликированного гемоглобина)** с помощью диеты и гипогликемических синтетических и других средств. Важно при этом избегать эпизодов гипогликемии, которые ухудшают прогноз у пациентов с ИБС. При необходимости рекомендуется направлять пациента к врачу-эндокринологу для коррекции диеты и/или медикаментозного лечения. Нарушение углеводного обмена и СД увеличивают риск ССО у мужчин в 3 раза, у женщин в 5 раз — по сравнению с лицами без диагноза СД. У этой категории больных контроль основных ФР ССЗ, включая АГ, дислипидемию, избыточный вес, низкую ФА, курение, должен осуществляться с особой тщательностью. Лечение пациентов при сопутствующем СД включает:

- ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ);

— или антагонисты рецепторов к ангиотензину II (АРА);

— ингибиторы натрийзависимого котранспортера глюкозы 2 типа — дапаглифлозин и эмпаглифлозин (в т.ч. лиц, перенесших ИМ, а также имеющих СН с низкой и сохраненной фракцией выброса (ФВ) и/или ХБП (при скорости клубочковой фильтрации >45 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>)).

— у пациентов с сочетанием ИБС и СД 2 типа терапия аналогами глюкагоноподобного пептида-1 сопровождается снижением риска ССО.

Вопросы диагностики и лечения СД рассматриваются в соответствующих клинических рекомендациях<sup>20</sup>.

### Медикаментозное лечение стабильной ИБС

Основные цели медикаментозного лечения: устранение симптомов стенокардии/ишемии миокарда и профилактика ССО.

### Лечение, направленное на устранение симптомов заболевания

Для лечения стенокардии используются препараты различного механизма действия. Традиционно их делят на препараты первой линии терапии (бета-адреноблокаторы (БАБ) и блокаторы кальциевых каналов (БКК)) и препараты второй линии (органические нитраты длительного действия (НДД); селективные ингибиторы I<sub>f</sub>-каналов синусового узла, регулирующие ЧСС — ивабрадин; вазодилататоры, используемые для лечения заболеваний сердца — никорандил; цитопротекторы — ранолозин, триметазидин) (таблицы 8, 9).

• Пациентам со стабильной ИБС рекомендуется назначить как минимум один препарат первой линии для устранения стенокардии/ишемии миокарда и улучшения качества жизни. У всех пациентов с ИБС целесообразно оценивать эффективность назначенного лечения в ближайшее время (через 3-5 дней) и через 2-4 нед. после начала терапии для проведения в случае необходимости ее дальнейшей коррекции. Оценку эффективности терапии следует проводить:

— по частоте приступов стенокардии в неделю;

— по потребности в приеме короткодействующих нитратов;

— по расстоянию, которое проходит пациент до появления приступа стенокардии или по его возможности подъема по лестнице.

Следует рекомендовать пациентам ведение дневников самочувствия. В ряде случаев целесообразно проводить нагрузочный тест для оценки изменения толерантности к физической нагрузке.

• Для устранения непосредственно приступа стабильной стенокардии (обезболивания) рекомендуется назначить органические нитраты ко-

роткого действия (нитроглицерин, изосорбида динитрат). Сублингвальные таблетки и спрей нитроглицерина дают быстрый эффект при стенокардии (спрей действует быстрее). Нитроглицерин в виде таблеток или спрея, а также изосорбида динитрат в виде спрея можно использовать профилактически, перед ФА, которая обычно вызывает приступ стенокардии. Эффект нитроглицерина в виде таблеток или спрея длится 15-20 мин, изосорбида динитрата — около 1 ч. При приступе загрудинной боли больной должен сесть (чтобы избежать синкопе), поместить таблетку нитроглицерина под язык или брызнуть спреем под язык, не проглатывая. Если боль не прошла, прием можно повторить через 5 мин, затем еще через 5 мин. Можно применять изосорбида динитрат в таблетках под язык, но иметь в виду, что его действие начинается позже, чем при аппликации спрея. Если приступ не купируется в течение 15-20 мин, в т.ч. после повторного приема нитроглицерина или изосорбида динитрата — возникает угроза развития ИМ. Конкретному пациенту антиишемическое лечение должно быть назначено с учетом сопутствующих заболеваний, совместно проводимой терапии, ожидаемой переносимости и приверженности, а также предпочтений пациента. Выбор антиишемических препаратов также должен быть соотнесен с ЧСС, АД и функцией левого желудочка (ЛЖ). Для эффективного устранения приступов стенокардии напряжения пациентам с АГ и ИБС рекомендуется снижать АД до целевых значений.

• В качестве препарата первой линии при стабильной стенокардии I-II ФК и ЧСС >60 уд./мин рекомендуется назначать БАБ или недигидропиридиновые блокаторы "медленных" кальциевых каналов (не-ДГП-БКК: верапамил или дилтиазем) для снижения ЧСС до значений 55-60 уд./мин.

• При стабильной стенокардии III-IV ФК фармакотерапия проводится по согласованию с врачом-кардиологом. При отсутствии противопоказаний рекомендуется сразу назначить комбинацию БАБ с дигидропиридиновыми блокаторами "медленных" кальциевых каналов (ДГП-БКК) для достижения ФК I. Поскольку приступы стенокардии (эпизоды ишемии) возникают вследствие повышения потребности миокарда в кислороде, лечение, направленное на снижение ЧСС и АД, является патогенетически обоснованным. БАБ не только устраняют симптомы заболевания (стенокардию), оказывают антиишемическое действие и улучшают качество жизни больного, но и способны улучшить прогноз после перенесенного ИМ (в течение первого года), а также у больных со сниженной ФВ ЛЖ и ХСН. Для лечения стенокардии БАБ назначают в минимальной дозе, которую при необходимости постепенно повышают до полного устранения приступов стенокардии или достижения максимально допустимой

<sup>20</sup> Клинические рекомендации "Сахарный диабет 1 типа у взрослых", 2022. cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/286\_2.

дозы. При применении БАБ наибольшее снижение потребности миокарда в кислороде и прирост коронарного кровотока достигается при ЧСС 55-60 уд./мин. БКК по антиангинальной эффективности сопоставимы с БАБ. Наилучшие результаты по профилактике ишемии БКК показывают у больных с вазоспастической стенокардией. БКК также назначают в случаях, когда БАБ противопоказаны или не переносятся. Эти препараты обладают рядом преимуществ перед другими антиангинальными и антиишемическими средствами и могут применяться у более широкого круга больных с сопутствующими заболеваниями, чем БАБ. Препараты этого класса рекомендуется назначать при сочетании стабильной стенокардии с АГ. Одновременное назначение ДГП-БКК и не-ДГП-БКК приводит к суммированию побочных эффектов и с антиангинальной целью рутинно не применяется. Комбинация БАБ с не-ДГП-БКК (верапамил, дилтиаземом) из-за риска суммирования побочных эффектов, особенно влияния на проводимость сердца, нежелательна. Может назначаться в редких случаях с малых доз с возможностью контроля электрокардиографии (ЭКГ) и гемодинамики. Комбинация БАБ с не-ДГП-БКК противопоказана при снижении ФВ ЛЖ <60%, нарушении проводимости или нарушении функции синусового узла.

• НДД должны быть рассмотрены и согласованы к применению с врачом-кардиологом как препараты второй линии терапии, когда начальная терапия БАБ или не-ДГП-БКК противопоказана, плохо переносится или недостаточна для контроля симптомов стенокардии. При назначении НДД для снижения толерантности к ним необходимо создать период свободный от действия нитратов (ежедневный интервал без нитратов) 10-14 ч. Нитраты противопоказаны при гипертрофической кардиомиопатии с обструкцией выносящего тракта, тяжелом

аортальном стенозе, при совместном назначении с ингибиторами фосфодиэстеразы 5 типа.

• При недостаточной эффективности препаратов первой линии у пациентов со стабильной стенокардией рекомендуется добавить к лечению один из препаратов второй линии (НДД или ивабрадин, или триметазидин, ранолозин, или никорандил) — в зависимости от АД, ЧСС, переносимости назначенной терапии и достижения ФК I.

• Никорандил, ранолозин, ивабрадин или триметазидин должны быть рассмотрены в качестве препаратов второй линии терапии для снижения частоты приступов стенокардии и улучшения толерантности к физическим нагрузкам у пациентов, которые плохо переносят, имеют противопоказания или симптомы которых недостаточно контролируются при назначении БАБ, БКК и НДД.

• У пациентов с исходно низкой ЧСС и низким АД ранолозин или триметазидин могут быть рассмотрены в качестве препаратов первой линии для снижения частоты приступов стенокардии и улучшения толерантности к физической нагрузке.

• У отдельных групп пациентов комбинация БАБ или БКК с препаратами второй линии (ранолозин, никорандил, ивабрадин и триметазидин) может быть рассмотрена по согласованию с врачом-кардиологом в качестве первой линии терапии с учетом ЧСС, АД и переносимости.

• Ивабрадин предпочтителен к назначению у пациентов с ИБС и сопутствующей ХСН со сниженной ФВ ЛЖ. При наличии противопоказаний к назначению БАБ или не-ДГП-БКК (верапамил, дилтиазем) пациентам со стабильной стенокардией рекомендуется назначить ивабрадин при ЧСС >80 уд./мин и синусовом ритме.

• Не рекомендуется одновременное назначение ивабрадина с не-ДГП-БКК (верапамил, дилтиазем).

Таблица 8

Механизм действия антиангинальных средств

Лекарственное средство	Механизм действия
БАБ: метопролол бисопролол бетаксолол небиволол карведилол	БАБ снижают частоту сердечных сокращений, сократительную способность и атриовентрикулярную проводимость, тем самым снижая потребность миокарда в кислороде и время до начала стенокардии во время физической нагрузки. Удлиняя диастолический период, БАБ могут повышать время перфузии зоны ишемии. БАБ различаются по нескольким клиническим признакам, включая кардиоселективность (бета1-селективность) и симпатомиметическую активность, но их клиническая эффективность, по-видимому, эквивалентна. БАБ не только устраняют симптомы заболевания (стенокардию), оказывают антиишемическое действие и улучшают качество жизни больного, но и способны улучшить прогноз после перенесенного инфаркта миокарда (в течение первого года), а также у больных со сниженной фракцией выброса левого желудочка и хронической сердечной недостаточностью. Чаще всего применяются кардиоселективные БАБ: метопролол, бисопролол, бетаксолол и небиволол. Из неселективных — карведилол.
БКК: амлодипин нифедипин	БКК действуют главным образом за счет вазодилатации и снижения периферического сосудистого сопротивления. БКК делятся на ДГП-БКК и не-ДГП-БКК, их общим фармакологическим свойством является селективное ингибирование открытия L-каналов в гладких мышцах сосудов и в миокарде.

Таблица 8. Продолжение

Лекарственное средство	Механизм действия
фелодипин дилтиазем верапамил	ДГП-БКК (амлодипин, нифедипин пролонгированного действия, фелодипин) обладают большей сосудистой селективностью. не-ДГП-БКК (дилтиазем и верапамил) снижают частоту сердечных сокращений и инотропную функцию миокарда, что способствует как их антиангинальным свойствам, так и их побочным эффектам
Органические нитраты	Антиангинальный эффект нитратов связан с расширением коронарных и периферических сосудов, преимущественно вен, приводя к снижению периферического сосудистого сопротивления, перераспределению коронарного кровотока и уменьшению преднагрузки
Ивабрадин	Является препаратом, снижающим частоту сердечных сокращений, который избирательно угнетает синусовый узел, снижая потребность миокарда в кислороде без влияния на сократительную способность или АД
Никорандил	Расширяет коронарные сосуды и вены, стимулирует аденозинтрифосфат-чувствительные калиевые каналы гладкой мускулатуры сосудов, не влияя на сократимость и проводимость сердца
Ранолазин	Является селективным ингибитором позднего поступления натрия внутрь, что оказывает благотворное влияние на частоту стенокардии и тест толерантности к физической нагрузке за счет ингибирования кальциевой перегрузки кардиомиоцитов без существенных изменений частоты сердечных сокращений или АД
Триметазидин	Воздействует на метаболизм кардиомиоцитов, оптимизируя его особенно при ишемии, оказывая антигипоксическое действие. У больных сахарным диабетом благоприятно влияет на гликемию (фармакологическое действие достоверно не известно)

Примечание: АД — артериальное давление, БАБ — бета-адреноблокаторы, БКК — блокаторы "медленных" кальциевых каналов (блокаторы кальциевых каналов), ДГП-БКК — дигидропиридиновые блокаторы "медленных" кальциевых каналов, не-ДГП-БКК — недигидропиридиновые блокаторы "медленных" кальциевых каналов (селективные блокаторы кальциевых каналов с прямым действием на сердце).

Таблица 9

Основные побочные эффекты, противопоказания, лекарственные взаимодействия и меры предосторожности, которые следует учитывать при применении антиангинальных препаратов

Классы препаратов <sup>а</sup>	Побочные эффекты <sup>а</sup>	Противопоказания	Отрицательное лекарственное взаимодействие	Назначать с осторожностью
Коротко-действующие органические нитраты и НДД	Головная боль Приливы Гипотензия Синкопэ и ортостатическая гипотензия Рефлекторная тахикардия Метгемоглобинемия	Гипертрофическая обструктивная кардиомиопатия Тяжелый аортальный стеноз Приём ингибиторов ФДЭ5	Ингибиторы ФДЭ5 Альфа-адреноблокаторы БКК	При назначении НДД — соблюдать период, свободный от действия нитратов (безнитратный интервал) 10-14 ч
БАБ <sup>б</sup>	Усталость Депрессия Нарушение или блокада внутрисердечной проводимости Отрицательный инотропный эффект Бронхоспазм Ортостатическая гипотензия Эректильная дисфункция	Брадикардия Значимое нарушение проводимости Кардиогенный шок Неселективные БАБ противопоказаны при бронхиальной астме и ХОБЛ Кардиоселективные БАБ могут быть назначены с осторожностью: вне обострения на фоне адекватной базисной терапии комбинацией ингаляционных глюкокортикостероидов и длительно действующих бета-агонистов Декомпенсированная сердечная недостаточность (требующая инотропной поддержки) Вазоспастическая стенокардия <sup>в</sup>	не-ДГП-БКК Препараты, угнетающие синусовый узел или атриовентрикулярную проводимость	Пациентам с сахарным диабетом, ХОБЛ При критической ишемии нижних конечностей

Таблица 9. Продолжение

Классы препаратов <sup>а</sup>	Побочные эффекты <sup>а</sup>	Противопоказания	Отрицательное лекарственное взаимодействие	Назначать с осторожностью
не-ДГП-БКК (дилтиазем и верапамил)	Брадикардия Нарушение внутрисердечной проводимости Снижение сократимости миокарда Запор Гиперплазия дёсен	Брадикардия Слабость синусового узла Хроническая сердечная недостаточность	Препараты с отрицательным инотропным действием (БАБ, блокаторы натриевых каналов), замедляющие ритм препараты Препараты, метаболизирующиеся через СYP3A4	При низком АД
ДГП-БКК	Головная боль Периферические отёки Приливы жара Усталость Рефлекторная тахикардия Гиперплазия десен	Кардиогенный шок Тяжелый аортальный стеноз Обструктивная кардиомиопатия Низкое АД	Препараты, метаболизирующиеся через СYP3A4	Пациентам с нарушением функции печени
Ивабрадин	Нарушения зрения (фосфены) Головная боль Головокружение Брадикардия Нарушение функции синусового узла Отказ синусового узла Фибрилляция предсердий	ЧСС <70 уд./мин Острый ИМ Тяжелое заболевание печени	Препараты, удлиняющие QT Комбинация с сильными СYP450 или СYP3A4 ингибиторами	Пациентам в возрасте >75 лет При тяжелой почечной недостаточности Не применять в комбинации с верапамилем или дилтиаземом Не применять у пациентов с пароксизмальными тахиаритмиями
Никорандил	Головная боль Приливы жара Головокружение Слабость Тошнота Гипотония Язвы во рту, в желудочно-кишечном тракте	Ингибиторы ФДЭ5 Кардиогенный шок Острая сердечная недостаточность Низкое АД	Ингибиторы ФДЭ5	Не рекомендуется одновременно принимать нестероидные противовоспалительные средства
Триметазидин	Двигательные расстройства Симптомы паркинсонизма Диспепсия Тошнота Сыпь, зуд или крапивница Головная боль	Аллергия Болезнь Паркинсона Тремор и двигательные расстройства Тяжелая почечная недостаточность	Не известны	При умеренной почечной недостаточности Пациентам пожилого и старческого возраста
Ранолазин	Головокружение Запор Тошнота Астения Удлинение интервала QT	Цирроз печени Тяжелая почечная недостаточность Умеренная или тяжелая печеночная недостаточность Сильные ингибиторы СYP3A4 Приём антиаритмических средств класса Ia или III (кроме амиодарона)	Препараты, метаболизирующиеся через СYP3A4 (дигоксин, симвастатин, циклоспорин) и его ингибиторы (включая БКК) Препараты, удлиняющие QT	При умеренной и тяжелой почечной и печёночной недостаточности — осторожный подбор дозы в комбинации с СYP3A4 ингибиторами

Примечание: <sup>а</sup> — очень частые и частые побочные эффекты, могут отличаться у разных препаратов одного и того же класса. Подробности — в инструкции к препаратам; <sup>б</sup> — метопролола сукцинат, бисопролол, небиволол, бетаксол, карведилол; <sup>в</sup> — при вазоспастической стенокардии, в случае необходимости назначения БАБ по другим показаниям, возможно применение с осторожностью кардиоселективных БАБ, но только в сочетании с антагонистами кальция и/или нитратами под контролем частоты приступов стенокардии. Этот список не является исчерпывающим. Подробности в инструкции к соответствующему препарату. АД — артериальное давление, БАБ — бета-адреноблокаторы, БКК — блокаторы "медленных" кальциевых каналов (блокаторы кальциевых каналов), ДГП-БКК — дигидропиридиновые блокаторы "медленных" кальциевых каналов, ИМ — инфаркт миокарда, не-ДГП-БКК — недигидропиридиновые блокаторы "медленных" кальциевых каналов (селективные блокаторы кальциевых каналов с прямым действием на сердце), НДД — органические нитраты длительного действия (органические нитраты), ФДЭ5 — фосфодиэстераза-5, ХОБЛ — хроническая обструктивная болезнь легких, ЧСС — частота сердечных сокращений.

## Лечение, направленное на профилактику ССО

### Антитромботическая терапия

- Для профилактики ССО всем пациентам со стабильной ИБС в качестве ингибитора агрегации тромбоцитов рекомендуется назначение АСК в дозе 75–100 мг в сутки. АСК остается самым распространенным и доступным ингибитором агрегации тромбоцитов и при отсутствии противопоказаний должна быть назначена всем больным со стабильной ИБС. Согласно европейским рекомендациям, АСК должна назначаться пациентам, перенесшим ИМ или реваскуляризацию миокарда. У пациентов, не перенесших ИМ или реваскуляризацию миокарда, также можно рассмотреть назначение АСК, но при условии подтверждения ИБС с помощью визуализирующих методов. Сниженная биодоступность кишечнорастворимых форм АСК и плохая абсорбция из среды с высоким рН тонкого кишечника может привести к неадекватному ингибированию тромбоцитов. Это актуально для пациентов с избыточной МТ. Следует отдавать предпочтение простым формам АСК у пациентов с ИМТ >35 кг/м<sup>2</sup> или весом >120 кг. У больных, не имеющих клиники стенокардии, но имеющих поражение КА по данным визуализирующих методов, рекомендуется рассмотреть возможность назначения АСК в дозе 75–100 мг в сутки с целью профилактики ССО.

- При непереносимости АСК для профилактики ССО в качестве альтернативного ингибитора агрегации тромбоцитов пациентам со стабильной ИБС рекомендуется назначить клопидогрел в дозе 75 мг в сутки. Преимущества клопидогрела 75 мг перед АСК (325 мг в сутки) в отношении снижения риска суммарной частоты ИМ, инсульта и ССС были показаны в основном за счет пациентов с периферическим атеросклерозом и перемежающейся хромотой. Нет данных, продемонстрировавших преимущества других ингибиторов агрегации тромбоцитов (prasugrela и ticagrelora) перед АСК или клопидогрелом у больных стабильной ИБС. Применение ticagrelora можно рассмотреть в крайних случаях у пациентов, не переносящих АСК, и клопидогрел.

- У пациентов со стабильной ИБС, имеющих высокий<sup>21</sup> и средний<sup>22</sup> риск ишемических собы-

тий и не имеющих высокого риска кровотечения<sup>23</sup>, для профилактики развития атеротромботических ССС рекомендуется по согласованию с врачом-кардиологом рассмотреть возможность присоединения к АСК второго антитромботического препарата (ингибитора агрегации тромбоцитов: клопидогрел или prasugrela или ticagrelora, АТХ антиагреганта, кроме гепарина) или ривароксабана в дозе 2,5 мг 2 раза в сут.<sup>24</sup> (таблица 10). При этом соотношение пользы и риска продления такой терапии должно регулярно пересматриваться.

**Антитромботическая терапия у пациентов со стабильной ИБС и ФП** (проводится по согласованию с врачом-кардиологом)

- Всем пациентам с ФП, не связанной с поражением клапанов сердца, рекомендовано использовать инструменты для оценки риска ТЭО (ишемического инсульта и системных тромбоэмболий) — шкалу CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc, для оценки риска кровотечений возможно использовать несколько шкал, наибольшее распространение имеет шкала HAS-BLED (Приложения 4, 5).

- В случае начала терапии антитромботическими средствами и при отсутствии противопоказаний назначение прямых оральных антикоагулянтов (ПОАК) (ингибиторы тромбина прямые: дабигатрана этексилат или прямые ингибиторы фактора Ха: аписабан, ривароксабан, эдоксабан) предпочтительнее, чем назначение антагонистов витамина К (АВК) (варфарин).

- Пациентам со стабильной ИБС и ФП (мужчинам с суммой баллов по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc ≥2; женщинам с суммой баллов по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc ≥3) рекомендуется длительная терапия антитромботическими средствами преимущественно ПОАК или АВК при условии возможности поддержания международного нормализованного отношения в пределах TTR (target therapeutic range) >70% для профилактики ТЭО.

- Пациентам со стабильной ИБС и ФП (мужчинам с суммой баллов по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-

<sup>21</sup> Высокий ишемический риск — наличие у пациента многососудистого поражения КА (стенозы >50%) в сочетании как минимум с одним из следующих признаков: СД, требующим приема медикаментов, перенесенным ИМ, атеросклеротическим поражением периферических артерий, ХБП с рСКФ 15–59 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>.

<sup>22</sup> Средний ишемический риск — наличие у пациента как минимум одного из признаков: многососудистое поражение КА; СД, требующего лечения; рецидивирующего ИМ, заболеваний периферических артерий, ХСН или ХБП с рСКФ 15–59 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>.

<sup>23</sup> Высокий риск кровотечения — наличие у больного внутричерепного кровоизлияния или другой внутричерепной патологии в анамнезе (кроме ишемического инсульта давностью >1 мес.), недавнего кровотечения из ЖКТ или анемии вследствие потери крови из желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), другой патологии ЖКТ, ассоциирующейся с повышенным риском кровотечения, печеночной недостаточности, геморрагического диатеза, старческого возраста и синдрома "хрупкости", ХБП, требующей диализа или рСКФ <15 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>.

<sup>24</sup> "Сосудистая" доза — ривароксабан в дозе 2,5 мг 2 раза в день (так называемая "сосудистая" доза) по сравнению с плацебо уменьшает совокупность таких событий, как ИМ, инсульт и смерть от сердечно-сосудистых причин, у стабилизированных пациентов, получавших преимущественно АСК и клопидогрел после острого коронарного синдрома, при этом, несмотря на увеличение частоты кровотечений, снижал смертность от сердечно-сосудистых причин.

Таблица 10

## Варианты усиления терапии АСК вторым антитромботическим препаратом

Пациенты со стабильной ИБС, имеющие	Рекомендации по назначению или продлению сочетанной терапии		
	Дозировка АСК	Наименование и дозировка второго антитромботического препарата	Длительность терапии
• Высокий ишемический риск и невысокий риск кровотечений	75-100 мг в сут.	Тикагрелор 60 мг 2 раза/сут.	
• Высокий риск тромботических осложнений <sup>25</sup> и невысокий риск кровотечений	75-100 мг в сут.	Ривароксабан 2,5 мг 2 раза/сут.	Назначение на длительный срок
• ИМ в анамнезе и не имевшие кровотечения в течение первого года	75-100 мг в сут.	Клопидогрел 75 мг в сут.	Назначение на срок более года
• ИМ в анамнезе и подвергнутые ЧКВ	75-100 мг в сут.	Прасугрел 10 мг в сут. (5 мг в сут. при массе тела <60 кг или возрасте старше 75 лет)	Назначение на срок более года

Примечание: АСК — ацетилсалициловая кислота, ИМ — инфаркт миокарда, ИБС — ишемическая болезнь сердца, ЧКВ — чрескожное коронарное вмешательство.

VASc  $\geq 1$ ; женщинам с суммой баллов по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc  $\geq 2$ ) рекомендуется рассмотреть необходимость длительной терапии антитромботическими средствами преимущественно ПОАК или АВК при условии возможности поддержания международного нормализованного отношения в пределах TTR (target therapeutic range) >70% для профилактики ТЭО. Пациентам со стабильной ИБС и ФП, которым рекомендована длительная терапия ПОАК (прямым ингибитором тромбина или прямым ингибитором фактора Ха) или АВК (варфарин), рекомендуется назначить его в монотерапии, т.к. одновременное применение с антиагрегантами не снижает риск инсульта и других ССС, но может увеличить частоту геморрагических осложнений. Сумма баллов по шкале HAS-BLED  $\geq 3$  (Приложение 5) указывает на высокий риск кровотечений<sup>23</sup>. Тем не менее расчетный высокий риск кровотечений не должен являться единственным ограничением к назначению антикоагулянтов. В первую очередь необходимо провести обследование больного, направленное на выявление потенциальных источников кровотечений, и скорректировать модифицируемые ФР, а при наличии немодифицируемых ФР (таблица 11) выбрать наиболее безопасный антикоагулянт. У пациентов с ФП и высоким риском кровотечения (HAS-BLED  $\geq 3$ ) рекомендуется рассмотреть необходимость использования ривароксабана в дозе 15 мг в день или дабигатрана этексилата в дозе 110 мг  $\times$  2 раза в день на период лечения совместно с антиагрегантами для снижения риска кровотечения.

<sup>25</sup> К больным с высоким риском ТЭО относятся лица, перенесшие ИМ или имеющие многососудистый атеросклероз КА в сочетании с атеросклеротическим поражением других сосудистых бассейнов, возраст  $\geq 65$  лет или как минимум с двумя из следующих факторов риска: курение, СД, нетяжелая ХСН в анамнезе, нелакунарный ишемический инсульт в анамнезе, ХБП с рСКФ <60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>.

• У пациентов со стабильной ИБС и ФП и с ИМ в анамнезе и высоким риском повторных ишемических событий, не имеющих повышенного риска жизнеугрожающих кровотечений<sup>23</sup>, рекомендуется рассмотреть возможность присоединения к антитромботическому средству для перорального приема АСК в суточной дозе 75-100 мг или клопидогрела в суточной дозе 75 мг с целью профилактики ССО.

Особенности медикаментозного лечения пациентов с ФП изложены в методических рекомендациях "Диспансерное наблюдение пациентов с фибрилляцией и трепетанием предсердий врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения" [13].

У пациентов со стабильной ИБС с высоким риском кровотечений из желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) или при наличии кровотечения ЖКТ в анамнезе, получающих АСК или комбинацию нескольких антитромботических средств, для защиты слизистой желудка и профилактики желудочно-кишечных кровотечений рекомендуется использовать ингибиторы протонного насоса.

Ингибиторы протонного насоса рекомендуется назначать всем пациентам, получающим тройную антитромботическую терапию, а также пациентам на АСК или комбинированной терапии с высоким риском ЖКТ-кровотечений (язва в анамнезе, прием нестероидных противовоспалительных препаратов/стероидов или множественные ФР). При совместном применении с клопидогрелом следует отдавать предпочтение пантопразолу или рабепразолу, а не омепразолу/эзомепразолу, чтобы избежать снижения антиагрегантного эффекта<sup>1</sup>.

#### Гиполипидемическая терапия

• Все пациенты со стабильной ИБС относятся к категории лиц очень высокого риска, им всем рекомендуется коррекция дислипидемии с использованием мероприятий по здоровому образу жизни

ФР кровотечений у больных ФП, получающих антикоагулянты

Модифицируемые факторы риска	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Артериальная гипертония (особенно, если систолическое артериальное давление &gt;160 мм рт.ст.)</li> <li>• Лабильное международное нормализованное отношение или время пребывания его в целевом диапазоне &lt;60% (для принимающих антагонисты витамина К)</li> <li>• Сопутствующий прием препаратов, повышающих риск кровотечения (антитромбоцитарные или нестероидные противовоспалительные средства)</li> <li>• Злоупотребление алкоголем (&gt;8 порций в неделю) (количество порций = произведение объема напитка в литрах, его крепости и удельного веса, равного 0,789)</li> </ul>
Частично модифицируемые факторы риска	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Анемия</li> <li>• Нарушенная функция почек</li> <li>• Нарушенная функция печени</li> <li>• Снижение числа тромбоцитов или нарушение их функции</li> </ul>
Немодифицируемые факторы риска	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Возраст (&gt;65 лет)</li> <li>• Большое кровотечение в анамнезе</li> <li>• Инсульт в анамнезе</li> <li>• Почечная патология, требующая диализа, либо трансплантация почки</li> <li>• Цирроз печени</li> <li>• Злокачественное новообразование</li> <li>• Генетические факторы</li> </ul>
Биомаркеры — факторы риска кровотечений	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Высокочувствительный тропонин</li> <li>• Фактор роста и дифференцировки-15 (GDF-15)</li> <li>• Уровень креатинина сыворотки/расчетное значение клиренса креатинина</li> </ul>

и оптимальной медикаментозной терапии для профилактики ССО.

- Всем пациентам с ИБС рекомендована терапия статином (ингибиторы ГМГ-КоА-редуктазы) в дозах, необходимых для достижения целевого уровня ХС ЛНП <1,4 ммоль/л и его снижения на 50% от исходного уровня.

- Пациентам, не достигшим целевого уровня ХС ЛНП на фоне максимально переносимых доз статинов, следует по согласованию с врачом-кардиологом рассмотреть возможность комбинированной терапии, в т.ч. статины с эзетимибом, предпочтительно в одной таблетке или капсуле (зарегистрированы розувастатин+эзетимиб и аторвастатин + эзетимиб).

- У пациентов с недостижением целевого уровня ХС ЛНП на фоне максимально переносимых доз статина в комбинации с эзетимибом рекомендовано добавить алирокумаб, эволокумаб или инклизирани с целью вторичной профилактики ССЗ.

- В случае значительного повышения уровня ХС ЛНП у больных очень высокого риска (>4,0 ммоль/л), рекомендуется рассмотреть возможность инициального назначения статина и эзетимиба, предпочтительно в одной таблетке или капсуле (зарегистрированы розувастатин + эзетимиб и аторвастатин + эзетимиб).

- В случае значительного повышения уровня ХС ЛНП у больных экстремального или очень высокого риска (>5,0 ммоль/л), рекомендуется рассмотреть возможность инициального назначения статина+эзетимиба в максимальной переносимой дозе и ингибитора PCSK9 (С10АХ другие гиполипидемические средства): алирокумаба, эволокумаба или инклизирани.

- Пациентам с непереносимостью любой дозы статина рекомендован прием эзетимиба.

- Пациентам с непереносимостью любой дозы статина, которые на фоне приема эзетимиба не достигли целевого уровня ХС ЛНП, по согласованию с врачом-кардиологом рекомендовано добавление к терапии алирокумаба, эволокумаба или инклизирани. При всех формах ИБС терапию статинами нужно начинать сразу после установления диагноза, независимо от уровней ОХС и ХС ЛНП (в отсутствие прямых противопоказаний). Эффективность терапии оценивается по уровню ХС ЛНП: оптимальный уровень этого показателя должен быть <1,4 ммоль/л и снижен на 50% от исходного уровня. Доказано, что снижение уровней ОХС и ХС ЛНП в крови сопровождается снижением общей смертности в популяции и риска всех ССО приблизительно на 20%. В рандомизированных клинических исследованиях было показано, что у пациентов с различными формами ИБС липидснижающая терапия (в т.ч. статины и ингибиторы PCSK9) обеспечивает не только выраженное снижение ХС ЛНП, но также способствуют стабилизации и регрессу атеросклеротической бляшки, что является важным патофизиологическим фактором, который важно учитывать при определении тактики лечения. Липидснижающая терапия при хронической ИБС проводится, при отсутствии побочных эффектов, неопределенно долго.

- Всем пациентам с ИБС рекомендован целевой уровень ТГ <1,7 ммоль/л.

- Пациентам, достигшим на терапии статином уровня ТГ 1,7-2,3 ммоль/л, рекомендовано добавить препарат омега-3 полиненасыщенных

жирных кислот (ПНЖК) (омега-3 кислот этиловых эфиров 90) в дозе до 2 г 2 раза в сут.

- Пациентам с уровнем ТГ  $>2,3$  ммоль/л на терапии статином рекомендовано добавить фенофибрат (предпочтительно в одной таблетке (зарегистрирован розувастатин+фенофибрат)) или препарат омега-3 ПНЖК в дозе до 2 г 2 раза в сут.

- Пациентам с уровнем ТГ  $>5,0$  ммоль/л рекомендовано назначить фенофибрат и препарат омега-3 ПНЖК (Омега-3 кислот этиловых эфиров) в дозе до 2 г 2 раза в сут.

При выявлении выраженной дислипидемии (ОХС  $>8,0$  ммоль/л и/или ХС ЛНП  $\geq 4,9$  ммоль/л и/или ТГ  $>10$  ммоль/л), подозрении на непереносимость или неэффективность гиполипидемической терапии, а также при раннем (до 50 лет) сердечно-сосудистом анамнезе, включая состояние после реваскуляризации, пациент должен быть направлен на консультацию к кардиологу для совместного определения тактики лечения<sup>3</sup>.

Особенности медикаментозного лечения пациентов с дислипидемиями изложены в методических рекомендациях "Диспансерное наблюдение больных с нарушением обмена липопротеидов и другими липидемиями врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения" [29].

#### **Другая медикаментозная терапия**

- Пациентам со стабильной ИБС при сопутствующих заболеваниях, имеющих существенное значение для прогноза (постинфарктный кардиосклероз, АГ, СД, СН), для профилактики ССО рекомендуется по согласованию с врачом-кардиологом назначать иАПФ или при их непереносимости — АРА. иАПФ снижают общую смерт-

ность, риск развития ИМ, инсульта и прогрессирования СН у пациентов, перенесших ИМ, а также при сопутствующем СД. Назначение иАПФ лицам со стабильной ИБС особенно показано при наличии АГ, ХСН при ФВ ЛЖ  $<40\%$ , хронических заболеваний почек с начальной и умеренной азотемией. Препараты для назначения при наличии ИБС: периндоприл, рамиприл. При непереносимости иАПФ, по тем же показаниям, в качестве альтернативы назначают АРА. Препараты при наличии ИБС и ХСН: лозартан, валсартан, кандесартан.

- У пациентов, перенесших ИМ, которые уже получают терапевтические дозы иАПФ и БАБ, имеют ФВ ЛЖ  $\leq 35\%$ , а также СД или СН, рекомендуется рассмотреть возможность назначения спиронолактона (25 мг/сут.) или эплеренона для профилактики сердечно-сосудистой смерти. Следует соблюдать осторожность при применении антагонистов альдостерона у пациентов с нарушением функции почек (расчетная скорость клубочковой фильтрации (рСКФ)  $<45$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>) и у пациентов с уровнем калия в сыворотке крови  $>5,0$  ммоль/л.

Для решения вопроса о расширении терапии у пациентов со сниженной ФВ, включая назначение ингибиторов натрийзависимого котранспортера глюкозы 2 типа (глифлозинов) и/или сакубитрил/валсартана, рекомендуется направление пациента к врачу-кардиологу.

Медикаментозное лечение особых форм стабильной ИБС (микрососудистая стенокардия, вазоспастическая стенокардия, рефрактерная стенокардия) осуществляется врачом-терапевтом только по согласованию с врачом-кардиологом<sup>1</sup>.

## Приложение 11. Показания к госпитализации пациентов со стабильной ИБС

(адаптировано из клинических рекомендаций "Стабильная ИБС", 2024 [9])

1. Госпитализация пациентов со стабильной ИБС рекомендуется при сохранении высокого ФК стенокардии (III-IV ФК), несмотря на проводимое в полном объеме медикаментозное лечение для проведения инвазивных исследований и/или реваскуляризации миокарда, а также для проведения генно-инженерной биологической терапии по показаниям в стационар или дневной стационар;

2. Госпитализация пациентов со стабильной ИБС рекомендуется при декомпенсации явлений СН, не поддающихся медикаментозному лечению на амбулаторном этапе;

3. Госпитализация пациентов со стабильной ИБС рекомендуется при возникновении значимых или жизнеугрожающих нарушений ритма и/или проводимости сердца;

4. Всех пациентов с подозрением на впервые возникшую стенокардию или обострение имевшейся ранее хронической ИБС (с подозрением на

острый коронарный синдром) рекомендуется экстренно госпитализировать, предпочтительно в стационар, где возможно инвазивное лечение. Поскольку многим больным с подозрением на острый коронарный синдром может потребоваться углубленная дифференциальная диагностика, их оптимально госпитализировать в многопрофильный стационар с возможностью экстренной диагностики и лечения острой коронарной и иной патологии. Больной с признаками высокого риска неблагоприятного исхода должен быть госпитализирован в стационар с возможностью инвазивного лечения.

5. Пациентам с прогрессированием ИБС рекомендуется госпитализация в стационар или дневной стационар для проведения коронароангиографии (а также ряда диагностических исследований во время проведения коронароангиографии) и госпитализация в стационар для реваскуляризации миокарда (ЧКВ или КШ).

**Приложение 12. Медицинские показания и противопоказания для направления пациентов с БСК на санаторно-курортное лечение<sup>26</sup>**

**Таблица 12**

Медицинские показания для направления пациентов с БСК, класс IX по МКБ-10, на санаторно-курортное лечение (с учетом формы, стадии, фазы и степени тяжести заболевания), а также используемые природные лечебные ресурсы

I20	Стенокардия (грудная жаба)	Стабильная стенокардия напряжения I-II ФК при ХСН I стадии (ФК I-II) без нарушений ритма	Минеральные воды (для наружного бальнеотерапевтического применения), лечебный климат (кроме высокогорного)
I20.1	Стенокардия с документально подтвержденным спазмом	Стабильная стенокардия напряжения I-II ФК без прогностически неблагоприятных нарушений сердечного ритма и проводимости, при ХСН IА стадии (ФК II) Стабильная стенокардия напряжения III ФК без нарушений сердечного ритма или с единичными редкими экстрасистолами, при ХСН не выше I стадии (ФК I-II) Стабильная стенокардия напряжения I-II ФК в сочетании с артериальной гипертензией I-II стадии, 1-3 степени, без прогностически неблагоприятных нарушений сердечного ритма и проводимости, при ХСН I стадии (ФК I-II)	Лечебный климат (равнинный лесной, равнинный лесостепной)
I25.1	Атеросклеротическая болезнь сердца	Кардиосклероз после перенесенного первичного или повторного крупноочагового (не ранее 12 мес.) или мелкоочагового инфаркта миокарда (не ранее 6 мес.) при общем удовлетворительном состоянии, со стенокардией (I, II ФК), при недостаточности кровообращения не выше I стадии, а также сопутствующей гипертензивной болезни не выше II стадии, без прогностически неблагоприятных нарушений сердечного ритма и проводимости	Минеральные воды (для наружного бальнеотерапевтического применения), лечебный климат
I25.2	Перенесенный в прошлом инфаркт миокарда		
I25.3	Аневризма сердца	Аневризма сердца с редкими нетяжелыми приступами стенокардии (I, II ФК), при ХСН не выше I стадии без прогностически неблагоприятных нарушений сердечного ритма и проводимости	Лечебный климат

Примечание: ФК — функциональный класс, ХСН — хроническая сердечная недостаточность.

**Медицинские противопоказания для направления пациентов на санаторно-курортное лечение:**

1. Заболевания в острой и подострой стадии, в т.ч. острые инфекционные заболевания до окончания периода изоляции.
2. Заболевания, передающиеся половым путем.
3. Хронические заболевания в стадии обострения.
4. Воспалительные полиартропатии, системные поражения соединительной ткани, анкилозирующий спондилит, другие уточненные спондилопатии высокой степени активности.
5. Бактерионосительство инфекционных заболеваний.

6. Заразные болезни глаз и кожи.

7. Паразитарные заболевания.

8. Заболевания, сопровождавшиеся стойким болевым синдромом, требующим постоянного приема наркотических средств и психотропных веществ, включенных в списки II и III Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, зарегистрированных в качестве лекарственных препаратов.

9. Туберкулез любой локализации в интенсивную фазу лечения при наличии бактериовыделения, подтвержденного бактериоскопическим, бактериологическим или молекулярно-генетическим методами.

10. Новообразования неуточненного характера (при отсутствии письменного подтверждения в медицинской документации пациента о том, что пациент (законный представитель пациента) предупрежден о возможных рисках, связанных с осложнениями заболевания в связи с санаторно-курортным лечением).

11. Злокачественные новообразования, требующие противоопухолевого лечения, в т.ч. проведения химиотерапии.

<sup>26</sup> Приказ Минздрава России от 27.03.2024 № 143н "Об утверждении классификации природных лечебных ресурсов, указанных в пункте 2 статьи 2.1 Федерального закона от 23.02.1995 № 26-ФЗ "О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах", их характеристик и перечня медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации с применением таких природных лечебных ресурсов" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 01.04.2024, регистрационный № 77708). СПС Консультант Плюс.

12. Эпилепсия с текущими приступами, в т.ч. резистентная к проводимому лечению.

13. Эпилепсия с ремиссией <6 месяцев (для санаторно-курортных организаций не психоневрологического профиля).

14. Психические расстройства и расстройства поведения в состоянии обострения или нестойкой ремиссии, в т.ч. представляющие опасность для пациента и окружающих.

15. Психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением психоактивных веществ.

16. Кахексия любого происхождения.

17. Неизлечимые прогрессирующие заболевания и состояния, требующие оказания паллиативной медицинской помощи.

18. Заболевания и состояния, определенные по результатам исследований природных лечебных ресурсов, в т.ч. с учетом результатов соответствующей многолетней практики.

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

## Литература/References

1. Drapkina OM, Kontsevaya AV, Kalinina AM, et al. Comorbidity of patients with noncommunicable diseases in general practice. Eurasian guidelines. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2024;23(3):3996. (In Russ.) Драпкина О. М., Концевая А. В., Калинина А. М. и др. Коморбидность пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями в практике врача-терапевта. Евразийское руководство. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2024;23(3):3996. doi:10.15829/1728-8800-2024-3996.
2. Samorodskaya IV, Klyuchnikov IV, Shepel RN, et al. Regional variability of male and female mortality from three types of coronary artery disease: comparison of two periods 2017-2019 and 2020-2022. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2024;23(4):3984. (In Russ.) Самородская И. В., Ключников И. В., Шепель Р. Н. и др. Региональная вариабельность мужской и женской смертности от трех форм ишемической болезни сердца (сравнение двух периодов 2017-2019 и 2020-2022гг). Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2024;23(4):3984. doi:10.15829/1728-8800-2024-3984.
3. Drapkina OM, Kontsevaya AV, Kalinina AM, et al. 2022 Prevention of chronic non-communicable diseases in the Russian Federation. National guidelines. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2022;21(4):3235. (In Russ.) Драпкина О. М., Концевая А. В., Калинина А. М. и др. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. Национальное руководство 2022. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2022;21(4):3235. doi:10.15829/1728-8800-2022-3235.
4. Boytsov SA, Provatorov SI. Possibilities of dispensary observation in reducing mortality from coronary heart disease. Terapevticheskii arkhiv. 2023;95(1):5-10. (In Russ.) Бойцов С. А., Проваторов С. И. Возможности диспансерного наблюдения в снижении смертности от ишемической болезни сердца. Терапевтический архив. 2023;95(1):5-10. doi:10.26442/00403660.2023.01.202038.
5. Shepel RN, Samorodskaya IV, Kakorina EP, et al. Dynamics and structure of mortality from chronic coronary artery disease among men and women in the Russian Federation in 2014-2023. Russian Journal of Cardiology. 2024;29(12S):6198. (In Russ.) Шепель Р. Н., Самородская И. В., Какорина Е. П. и др. Динамика и структура смертности от хронической ишемической болезни сердца среди мужчин и женщин в Российской Федерации в 2014-2023гг. Российский кардиологический журнал. 2024;29(12S):6198. doi:10.15829/1560-4071-2024-6198.
6. Shepel RN, Samorodskaya IV, Kakorina EP, et al. Regional changes and variability of mortality rates from chronic ischemic heart disease in the Russian Federation in 2014-2023. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2025;24(4):4366. (In Russ.) Шепель Р. Н., Самородская И. В., Какорина Е. П. и др. Региональная динамика и вариабельность коэффициентов смертности от хронической ишемической болезни сердца в Российской Федерации и ее субъектов в 2014-2023гг. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2025;24(4):4366. doi:10.15829/1728-8800-2025-4366.
7. Kotova EG, Kobyakova OS, Alexandrova GA, et al. Morbidity of the Entire Population of Russia in 2021: Statistical Materials. Moscow: Federal State Budgetary Institution "Central Research Institute for Epidemiology and Microbiology" of the Ministry of Health of the Russian Federation, 2022. 146 p. (In Russ.) Котова Е. Г., Кобякова О. С., Александрова Г. А. и др. Общая заболеваемость всего населения России в 2021 году: статистические материалы. М.: ФГБУ "ЦНИИОИЗ" Минздрава России, 2022. 146 с. ISBN: 978-5-94116-072-3. EDN: BVSZOD.
8. Vaisman DSh, Enina EN. Coronary artery disease mortality rates in the Russian Federation and a number of regions: dynamics and structure specifics. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2024; 23(7):3975. (In Russ.) Вайсман Д. Ш., Енина Е. Н. Показатели смертности от ишемической болезни сердца в Российской Федерации и ряде регионов: особенности динамики и структуры. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2024;23(7):3975. doi:15829/1728-8800-2024-3975. EDN: GRQJEM.
9. Barbarash OL, Karpov YuA, Panov AV, et al. 2024 Clinical practice guidelines for Stable coronary artery disease. Russian Journal of Cardiology. 2024;29(9):6110. (In Russ.) Барбараш О. Л., Карпов Ю. А., Панов А. В. и др. Стабильная ишемическая болезнь сердца. Клинические рекомендации 2024. Российский кардиологический журнал. 2024;29(9):6110. doi:10.15829/1560-4071-2024-6110. EDN: HHJJUT.
10. Shepel RN, Ipatov PV, Drozdova LYu, et al. Algorithm of appointment (examination, consultation) of patients under follow-up care by a general practitioner. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2025;24(3):4372. (In Russ.) Шепель Р. Н., Ипатов П. В., Дроздова Л. Ю. и др. Алгоритм диспансерного приема (осмотра, консультации) врачом-терапевтом пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2025;24(3):4372. doi:10.15829/1728-8800-2025-4372.
11. Kamkin EG, Karakulina EV, Bakulin PS, et al. Organization of registration for an appointment with a doctor, including through a single portal of state and municipal services and single regional call centers (third edition, revised and supplemented). Guidelines. Moscow, 2023, p. 65. (In Russ.) Камкин Е. Г., Каракулина Е. В., Бакулин П. С. и др. Организация записи на прием к врачу, в том числе через единый портал государ-

- ственных и муниципальных услуг и единые региональные колл-центры (издание третье, переработанное и дополненное). Методические рекомендации. Москва, 2023, с. 65. ISBN: 978-5-94116-135-5. EDN: AVCXUJ.
12. Gorbunov VM, Smirnova MI, Kurekhyan AS, et al. Evaluation of office and ambulatory blood pressure in the practice of a primary care physician. Guidelines. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2023;22(7):3666. (In Russ.) Горбунов В. М., Смирнова М. И., Курехян А. С. и др. Оценка клинического и амбулаторного артериального давления в практической работе врача первичного звена здравоохранения. Методические рекомендации. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2023;22(7):3666. doi:10.15829/1728-8800-2023-3666.
  13. Drapkina OM, Boytsov SA, Golukhova EZ, et al. Outpatient follow-up of patients with atrial fibrillation and flutter by a primary care physician. Guidelines. Primary Health Care (Russian Federation). 2024;1(1):134-78. (In Russ.) Драпкина О. М., Бойцов С. А., Голухова Е. З. и др. Диспансерное наблюдение пациентов с фибрилляцией и трепетанием предсердий врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации. Первичная медико-санитарная помощь. 2024;1(1):134-78. doi:10.15829/3034-4123-2024-24.
  14. Drapkina OM, Shepel RN, Orlov SA, et al. Organization of primary health care using telemedicine technologies in a district hospital/central district hospital. Methodological recommendations. М.: ROPNIZ, LLC "Silicea-Polygraph". 2023. 32 p. (In Russ.) Драпкина О. М., Шепель Р. Н., Орлов С. А. и др. Организация первичной медико-санитарной помощи с применением телемедицинских технологий в районной больнице/центральной районной больнице. Методические рекомендации. М.: РОПНИЗ, ООО "Силицея-Полиграф". 2023. 32 с. doi:10.15829/ROPNIZ-d85-2023. EDN: DBMIOR.
  15. Drapkina OM, Shepel RN, Orlov SA, et al. Organization of primary health care using telemedicine technologies in an outpatient clinic/office of a general practitioner (family doctor)/the center (department) of general medical practice (family medicine). Methodological recommendations. М.: ROPNIZ, LLC "Silicea-Polygraph". 2023. 32 p. (In Russ.) Драпкина О. М., Шепель Р. Н., Орлов С. А. и др. Организация первичной медико-санитарной помощи с применением телемедицинских технологий во врачебной амбулатории/кабинете врача общей практики (семейного врача)/центре (отделении) общей врачебной практики (семейной медицины). Методические рекомендации. М.: РОПНИЗ, ООО "Силицея-Полиграф". 2023. 32 с. doi:10.15829/ROPNIZ-d84-2023. EDN: LDRQHG.
  16. Drapkina OM, Shepel RH, Orlov SA, et al. Organization of primary health care using telemedicine technologies in a paramedico-obstetric (paramedic) station. Methodological recommendations. Moscow: ROPNIZ, Silicea-Polygraph LLC. 2023. 32 p. (In Russ.) Драпкина О. М., Шепель Р. Н., Орлов С. А. и др. Организация первичной медико-санитарной помощи с применением телемедицинских технологий в фельдшерско-акушерском (фельдшерском) пункте. Методические рекомендации. М.: РОПНИЗ, ООО "Силицея-Полиграф". 2023. 32 с. doi:10.15829/ROPNIZ-d83-2023. EDN: OCLUPE.
  17. Drapkina OM, Boytsov SA, Kamkin EG, et al. "School" for patients with coronary artery disease and acute myocardial infarction. Guidelines. Primary Health Care (Russian Federation). 2026;3(1S):6-24. (In Russ.) Драпкина О. М., Бойцов С. А., Камкин Е. Г. и др. Школа для пациентов с ишемической болезнью сердца и перенесших острый инфаркт миокарда. Методические рекомендации. Первичная медико-санитарная помощь. 2026;3(1S):6-24. doi:10.15829/3034-4123-2025-106. EDN: QEIAAM.
  18. Lukina YV, Kutishenko NP, Martsevich SY, et al. The questionnaire survey method in medicine on the example of treatment adherence scales. Rational Pharmacotherapy in Cardiology. 2020;17(4):576-83. (In Russ.) Лукина Ю. В., Кутишенко Н. П., Марцевич С. Ю. и др. Разработка и валидизация новых опросников в медицине на примере шкалы приверженности лекарственной терапии. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2021;17(4):576-83. doi:10.20996/1819-6446-2021-08-02.
  19. Golukhova EZ, Golitsyn SP, Mikhailov EN, et al. 2025 Clinical practice guidelines for Atrial fibrillation and flutter. Russian Journal of Cardiology. 2025;30(11):6668. (In Russ.) Голухова Е. З., Голицын С. П., Михайлов Е. Н. и др. Фибрилляция и трепетание предсердий. Клинические рекомендации 2025. Российский кардиологический журнал. 2025;30(11):6668. doi:10.15829/1560-4071-2025-6668. EDN: MGXGON.
  20. Drapkina OM, Demko VV, Kalinina AM, Shepel RN. Preventive counseling of patients with risk factors for noncommunicable diseases in clinical practice. Analytical review. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2024;23(12):4154. (In Russ.) Драпкина О. М., Демко В. В., Калинина А. М., Шепель Р. Н. Профилактическое консультирование пациентов с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний в клинической практике. Аналитический обзор. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2024;23(12):4154. doi:10.15829/1728-8800-2024-4154.
  21. Drapkina OM, Drozdova LYu, Ipatov PV, et al. Follow-up monitoring of second health status group persons with high and very high cardiovascular risk. Guidelines. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2024;23(6):4076. (In Russ.) Драпкина О. М., Дроздова Л. Ю., Ипатов П. В. и др. Диспансерное наблюдение лиц второй группы здоровья с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском. Методические рекомендации. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2024;23(6):4076. doi:10.15829/1728-8800-2024-4076. EDN: WNZCUQ.
  22. Drapkina OM, Drozdova LYu, Kontsevaya AV, et al. Providing medical care to patients with risk factors for chronic non-communicable diseases in adult health centers. Guidelines. Moscow: ROPNIZ, SILITSEYA-POLIGRAF LLC 2025. 164 p. (In Russ.) Драпкина О. М., Дроздова Л. Ю., Концевая А. В. и др. Оказание медицинской помощи пациентам с факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний в центрах здоровья для взрослых. Методические рекомендации. М.: РОПНИЗ, ООО "СИЛИЦЕЯ-ПОЛИГРАФ" 2025 г. 164 с. ISBN: 978-5-6053845-8-8. doi:10.15829/ROPNIZ-d108-2025. EDN: HKMNQW.
  23. Drapkina OM, Drozdova LYu, Kalinina AM, et al. Organization of Preventive Medical Examinations and Dispensary Examinations of Certain Groups of the Adult Population. Guidelines, 2nd Edition. Moscow: Federal State Budgetary Institution "National Medical Research Center for Preventive Medicine" of the Ministry of Health of the Russian Federation, 2020. 232 p. (In Russ.) Драпкина О. М., Дроздова Л. Ю., Калинина А. М. и др. Организация проведения профилактического медицинско-го осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации Издание 2-е. М.: ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России, 2020. 232 с. ISBN: 978-5-6043991-1-8. EDN: QWHFZK.
  24. Dezhurny LI, Shoigu YuS, Neudakhin GV, et al. First Aid: A Training Manual for Persons Providing First Aid in Accordance with the Procedure for Providing First Aid. Moscow: N. I. Pirogov National Medical and Surgical Center of the Russian Ministry of Health, 2025. 118 p. (In Russ.) Дежурный Л. И., Шойгу Ю. С., Неудахин Г. В. и др. Первая помощь: учебное пособие для лиц, оказывающих первую помощь в соответствии с Поряд-

- ком оказания первой помощи. М.: ФГБУ "НМХЦ им. Н. И. Пирогова" Минздрава России, 2025. 118 с.
25. Ipatov PV, Boytsov SA. First Aid in Acute Coronary Syndrome as a Priority Direction for Reducing Mortality from Acute Forms of Ischemic Heart Disease. *Current Issues in Heart and Vascular Diseases*. 2009;2:41-59. (In Russ.) Ипатов П. В., Бойцов С. А. Первая помощь при остром коронарном синдроме, как приоритетное направление по снижению смертности от острых форм ишемической болезни сердца. Актуальные вопросы болезней сердца и сосудов. 2009;2:41-59. EDN: SCITHZ.
26. Drapkina OM, Briko NI, Namazova-Baranova LS, et al. Immunoprophylaxis. Guidelines (second edition). *Primary Health Care (Russian Federation)*. 2025;2(3):135-262. (In Russ.) Драпкина О. М., Брико Н. И., Намазова-Баранова Л. С. и др. Иммунопрофилактика. Методические рекомендации (второе издание). Первичная медико-санитарная помощь. 2025; 2(3):135-262. doi:10.15829/3034-4123-2025-76. EDN: DBKJLQ.
27. Avdeev SN, Alyeva MH, Baranov AA, et al. Federal Clinical Guidelines on Vaccination of pneumococcal infection in children and adults. *Russian Journal of Preventive Medicine*. 2023;26(9-2):3-23. (In Russ.) Авдеев С. Н., Алыева М. Х., Баранов А. А. и др. Вакцинопрофилактика пневмококковой инфекции у детей и взрослых. Методические рекомендации. Профилактическая медицина. 2023;26(9-2):3-23. doi:10.17116/profmed2023260923.
28. Kobalava ZhD, Konradi AO, Nedogoda SV, et al. 2024 Clinical practice guidelines for Hypertension in adults. *Russian Journal of Cardiology*. 2024;29(9):6117. (In Russ.) Кобалава Ж. Д., Конради А. О., Недогода С. В. и др. Артериальная гипертензия у взрослых. Клинические рекомендации 2024. *Российский кардиологический журнал*. 2024;29(9):6117. doi:10.15829/1560-4071-2024-6117. EDN: GUEWLU.
29. Drapkina OM, Boytsov SA, Ershova AI, et al. Outpatient monitoring of patients with lipoprotein metabolism disorders and other lipidemias by a general practitioner in primary care. *Guidelines. Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2024;23(12):4285. (In Russ.) Драпкина О. М., Бойцов С. А., Ершова А. И. и др. Диспансерное наблюдение больных с нарушениями обмена липопротеидов и другими липидемиями врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2024;23(12):4285. doi:10.15829/1728-8800-2024-4285.