



Современные подходы к ведению больных с острым коронарным синдромом

Зав. отделением неотложной кардиологии ГАУЗ
РКБ им. Н.А. Семашко, к.м.н. Донирова О.С.

06 июля 2019 года



НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

ЦЕЛЬ - повышение к 2024 г. ожидаемой продолжительности жизни при рождении до 78 лет
(к 2030г. - до 80 ЛЕТ)

Федеральные проекты

- Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи
- **Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями**
- Борьба с онкологическими заболеваниями
- Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям
- Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами
- Методическое руководство национальными медицинскими исследовательскими центрами
- Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной системы здравоохранения (ЕГИСЗ)
- Развитие экспорта медицинских услуг

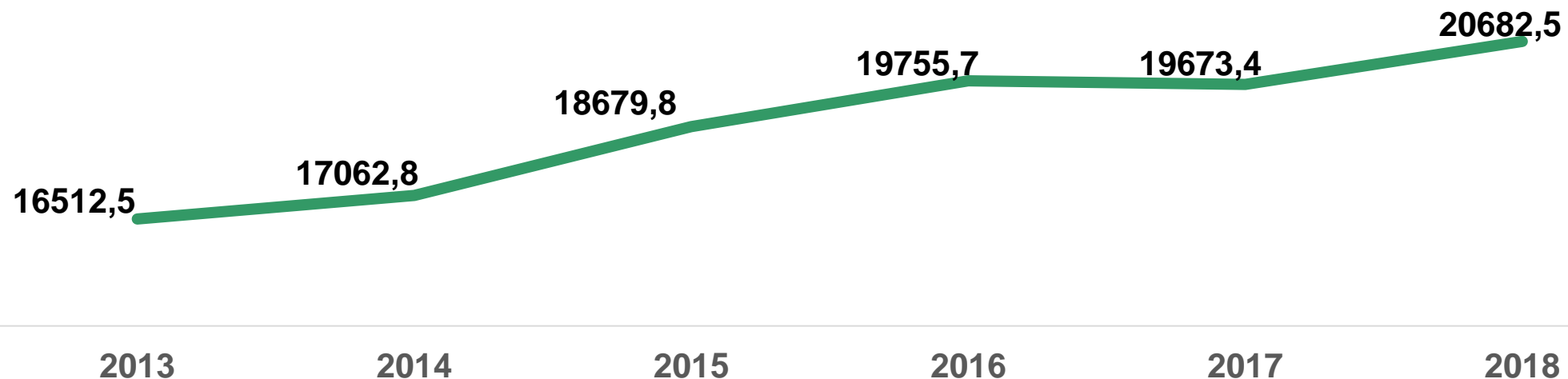
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

Основные результаты по программе «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями»

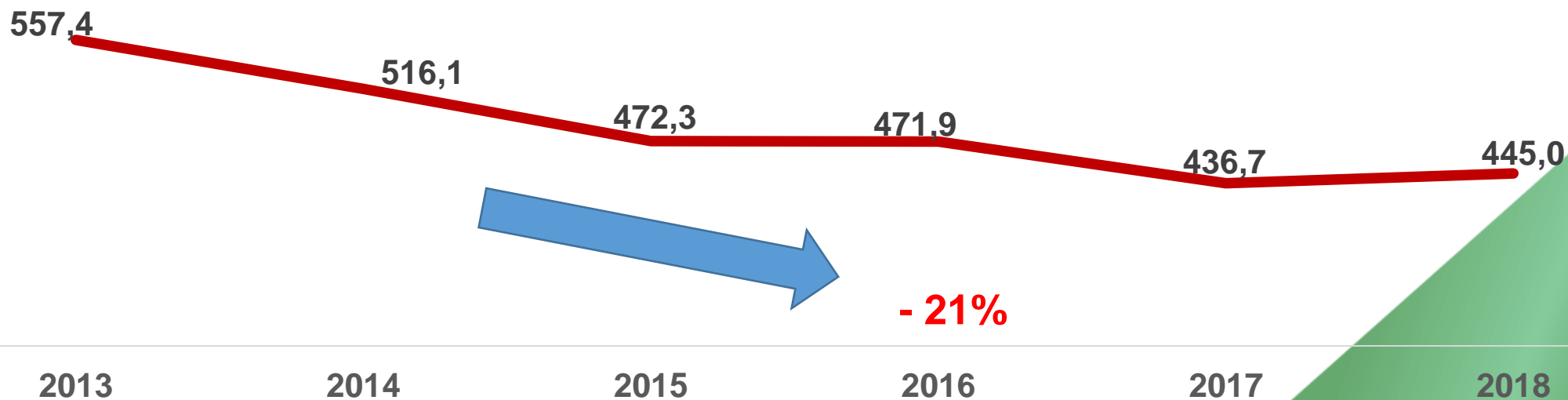
- **Снижение смертности населения трудоспособного возраста с 484,5 в 2017 году до 350 случаев на 100 тыс. населения в 2024 году (на 27,8%)**
- **Снижение смертности от БСК с 587,6 в 2017 году до 450 случаев на 100 тыс. населения в 2024 году (на 23,4%)**
- **Снижение больничной летальности от ИМ с 13,2% в 2017 году до 8 % в 2024 году (дополнительно может быть сохранено около 12 тыс. человек)**
- **Повышение доли рентген-эндоваскулярных вмешательств, проведенных больным с ОКС, к общему числу выбывших больных, перенесших ОКС, с 36,1% в 2017 г. до 60% в 2024 г**
- **Повышение количества рентген-эндоваскулярных вмешательств в лечебных целях, проведенных больным с ОКС, с 199 735 в 2017 г. до 332 258 в 2024 г.**

Общая заболеваемость БСК в РБ

203621 человек обращались за мед.помощью



Смертность от БСК в РБ



№ п/п	Наименование показателя	Тип показателя	Базовое значение		Период, год							
			значение	дата	2019	2020	2021	2022	2023	2024		
1.	Смертность от инфаркта миокарда, на 100 тыс. населения	основной	40,0	31.12.2017	37,1	35,7						30,6
2.	Смертность от острого нарушения мозгового кровообращения, на 100 тыс. населения	основной	92,9	31.12.2017	86,2	89,1						71,1
3.	Больничная летальность от инфаркта миокарда, %	дополнительный	13,2	31.12.2017	11,7	11,0	10,2	9,5	8,7			8
4.	Больничная летальность от острого нарушения мозгового кровообращения, %	дополнительный	19,1	31.12.2017	17,6							14
5.	Отношение числа рентген-эндоваскулярных вмешательств в лечебных целях, к общему числу выбывших больных, перенесших острый коронарный синдром, %	дополнительный	36	31.12.2017	43	46,5	50	53,5	57			60
6.	Количество рентген-эндоваскулярных вмешательств в лечебных целях, тыс. ед.	дополнительный	199,7	31.12.2017	238,1	257,5	276,9	296,3	315,6			332,3
7.	Доля профильных госпитализаций пациентов с ОНМК, доставленных автомобилями скорой медицинской помощи, %	дополнительный	72	31.12.2017	76	79	83	87	91			95

2018 год
13,3% - РБ
9,3% - РСЦ

2017 – 50,6%
2018 – 54%



ESC

European Society
of Cardiology

European Heart Journal (2017) 00, 1–66
doi:10.1093/eurheartj/ehx393

ESC GUIDELINES

2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation

The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC)



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клинические рекомендации

Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы

МКБ 10:

I21.0/I21.1/I21.2/I21.3/I21.4/I21.9/I22.0/I22.1/I22.8/I22.9/I24.0/I24.8

Год утверждения (частота пересмотра): 2016 (пересмотр каждые 3 года)

ID: KP157

URL

Профессиональные ассоциации

- Общество специалистов по неотложной кардиологии



2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation

Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC)

Диагноз

Оценка риска

Медикаментозная терапия

Инвазивная стратегия и реваскуляризация

Ведение в отдаленном периоде



ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation

The Task Force for the management of acute coronary syndromes (ACS) in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

от 1 июля 2015 г. N 405ан

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ СТАНДАРТА
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ,
ОСТРОМ И ПОВТОРНОМ ИНФАРКТЕ
МИОКАРДА (БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ)**

В соответствии со [статьей 37](#) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2015, N 10, ст. 1425) приказываю:

Утвердить [стандарт](#) специализированной медицинской помощи при нестабильной стенокардии, остром и повторном инфаркте миокарда (без подъема сегмента ST электрокардиограммы) согласно приложению.

Министр
В.И.СКВОРЦОВА

Средние сроки лечения (количество дней): 9

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

от 1 июля 2015 г. N 404ан

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ СТАНДАРТА
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ
МИОКАРДА (С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ)**

В соответствии со [статьей 37](#) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2015, N 10, ст. 1425) приказываю:

Утвердить [стандарт](#) специализированной медицинской помощи при остром инфаркте миокарда (с подъемом сегмента ST электрокардиограммы) согласно приложению.

Министр
В.И.СКВОРЦОВА

Средние сроки лечения (количество дней): 12

Приказ МЗ РФ №456 от 05.07.16 «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST»

Приказ МЗ РФ №457 от 05.07.16 «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при остром трансмуральном инфаркте»

Острый коронарный синдром (ОКС) — термин, обозначающий период обострения ишемической болезни сердца (ИБС), когда любая группа клинических признаков или симптомов позволяет подозревать острый инфаркт миокарда (ИМ) или нестабильную стенокардию

Включает в себя понятия:

- **острый ИМ**
- **ИМ с подъемом сегмента ST ЭКГ (ИМпST)**
- **ИМ без подъема сегмента ST ЭКГ (ИМбпST)**
- **ИМ, диагностированный по изменениям ферментов**
- **ИМ, диагностированный по другим биомаркерам**
- **ИМ, диагностированный по поздним ЭКГ-признакам**
- **нестабильная стенокардия**

Если признаки некроза миокарда обнаруживаются у больного с ОКС, у которого на начальных ЭКГ отмечены стойкие подъемы сегмента ST, это состояние обозначают как ИМпST

В дальнейшем в зависимости от ЭКГ картины, пиковой активности ферментов, или/и данных методов, регистрирующих движения стенки сердца, ИМ может оказаться крупноочаговым, мелкоочаговым, с зубцами Q, без зубцов Q и т.д.

Периодика ИМ:

- **развивающийся ИМ – от 0 до 6 часов**
- **острый ИМ – от 6 часов до 7 суток**
- **заживающий (рубцующийся) ИМ – от 7 до 28 суток**
- **заживший ИМ – начиная с 29 суток**

Классификация ИБС:

- **внезапная коронарная смерть**
- **стенокардия: 1. стенокардия напряжения**
 - а) стабильная с I-IV функциональными классами**
 - б) нестабильная (впервые возникшая, прогрессирующая, ранняя постинфарктная, ранняя послеоперационная)**
- 2. стенокардия спонтанная (вазоспастическая, особая, вариантная, стенокардия Принц-Метала)**
- **инфаркт миокарда: 1. Q-позитивный; 2. Q-негативный**
- **нарушения ритма и проводимости**
- **постинфарктный кардиосклероз**
- **сердечная недостаточность**
- **безболевая ишемия миокарда**

ОКС: типичный status anginosus



- **Локализация:** за грудиной, в левой половине грудной клетки
- **Иррадиация:** в левую руку, спину, шею, нижнюю челюсть
- **Продолжительность:** обычно более 20 минут
- **Характер боли:** сжимающие, давящие, режущие, жгучие, разрывающие
- **Провоцирующий фактор:** физическая нагрузка или стресс
- **Эффект от нитроглицерина:** снижена толерантность к нитратам

Атипичный болевой синдром

Атипичная локализация болей:



- Эпигастральная боль
- Боль в местах иррадиации

Безболевой инфаркт миокарда:



- Астматический вариант
- Аритмический вариант
- Цереброваскулярный вариант
- Мало- или бессимптомный вариант

Сбор анамнеза!!!

- Жалобы на боли в животе + жидкий стул + изменения на ЭКГ?
- Жалобы на повышение температуры + катаральные явления + изменения на ЭКГ?
- Нет жалоб + изменения на ЭКГ?
- Потеря сознания + изменения на ЭКГ?

Самые частые формулировки по «03»:

- «Старший врач смены сказал везти к вам»
- «Есть изменения на ЭКГ»
- «Что-то мне не нравится ЭКГ, посмотрите...»

Находятся в ПО

№	Комп.№	№ ИБ	Компания	Полис/до...	Фамилия	Имя	Отчество	Дата рож...	Поступил в ПО	Напра
<input type="checkbox"/>	609315	27943	СОГАЗ (ОМС)	№:03746...	Обунеева	Светлана	Борисовна	20.05.1943	02.07.2019 08:01	Отделени
<input type="checkbox"/>	11093	27945	СОГАЗ (ОМС)	№:38587...	Ангаров	Лопсон...	Цырендоржи...	03.01.1952	02.07.2019 08:15	Отделени
<input type="checkbox"/>	600581	27950	СОГАЗ (ОМС)	№:03527...	Оленников	Иван	Григорьевич	07.07.1952	02.07.2019 08:32	Отделени
<input type="checkbox"/>	222844	27956	СОГАЗ (ОМС)	№:03497...	Гомбожапов	Батор	Леонтьевич	24.10.1962	02.07.2019 08:43	Отделени
<input type="checkbox"/>	650883	27964	РГС (Капитал ...	№:03536...	Пискун	Любовь	Карповна	06.06.1953	02.07.2019 08:55	Отделени
<input type="checkbox"/>	415770	27982	РГС (Капитал ...	№:03488...	Клочков	Анатолий	Алексеевич	10.11.1951	02.07.2019 09:32	Отделени
<input type="checkbox"/>	394429	27990	СОГАЗ (ОМС)	№:03491...	Камалтдин...	Елена	Витальевна	12.10.1968	02.07.2019 09:48	Кардиоло
<input type="checkbox"/>	1039196	27998	СОГАЗ (ОМС)	№:03531...	Сверлов	Конста...	Александрович	26.06.1978	02.07.2019 10:14	ОРИТ №3
<input type="checkbox"/>	168143	28002	РГС (Капитал ...	№:03781...	Васильев	Владим...	Яковлевич	02.01.1948	02.07.2019 10:16	Переведе
<input type="checkbox"/>	242041	28009	РГС (Капитал ...	№:03788...	Дабажалса...	Дашима		04.01.1931	02.07.2019 10:33	Переведе
<input type="checkbox"/>	757489	28011	РОСНО (ООО ...	№:03492...	Рябов	Дмитрий	Иванович	23.10.1957	02.07.2019 10:38	Кардиоло
<input type="checkbox"/>	937517	28019	СОГАЗ (ОМС)	№:03788...	Шадурский	Владим...	Алексеевич	24.01.1941	02.07.2019 11:01	Переведе
<input type="checkbox"/>	620962	28020	СОГАЗ (ОМС)	№:03576...	Оськин	Сергей	Кириллович	10.02.1953	02.07.2019 11:06	Лечение
<input type="checkbox"/>	814449	28023	СОГАЗ (ОМС)	№:03499...	Урбаков	Сергей	Михайлович	24.10.1970	02.07.2019 11:34	Кардиоло
<input type="checkbox"/>	291345	28025	СОГАЗ (ОМС)	№:03479...	Доровский	Дмитрий	Владимирович	01.12.1970	02.07.2019 11:45	Лечение
<input type="checkbox"/>	20007	28031	РГС (Капитал ...	№:03546...	Алексеева	Галина	Иосифовна	09.05.1963	02.07.2019 12:52	Переведе
<input type="checkbox"/>	581192	28033	СОГАЗ (ОМС)	№:03586...	Николаев	Андрей	Матвеевич	01.01.1963	02.07.2019 13:07	Кардиоло
<input type="checkbox"/>	879842	28035	СОГАЗ (ОМС)	№:03473...	Ходоева	Марина	Алексеевна	27.12.1966	02.07.2019 13:25	Лечение
<input type="checkbox"/>	67312	28036	СОГАЗ (ОМС)	№:03762...	Баирова	Намжил	Тапхаевна	28.03.1947	02.07.2019 13:30	Кардиоло
<input type="checkbox"/>	492952	28048	Бюджет (Бюд...	НЕТ ИНФ...	Луговской	Андрей	Николаевич	17.09.1989	02.07.2019 14:34	Лечение
<input type="checkbox"/>	1039237	28049	Бюджет (Бюд...	НЕТ ИНФ...	Кодирбеков	Назар	Кодирбекович	16.06.1963	02.07.2019 14:45	Лечение
<input type="checkbox"/>	891965	28057	СОГАЗ (ОМС)	№:27505...	Чернов	Андрей	Геннадьевич	06.09.1964	02.07.2019 15:24	Кардиоло
<input type="checkbox"/>	358038	28063	СОГАЗ (ОМС)	№:03587...	Зенченко	Татьяна	Викторовна	12.01.1982	02.07.2019 16:13	Лечение
<input type="checkbox"/>	53461	28067	СОГАЗ (ОМС)	№:03582...	Баженов	Алексей	Алексеевич	01.01.1957	02.07.2019 16:37	Кардиоло
<input type="checkbox"/>	831033	28069	СОГАЗ (ОМС)	№:25689...	Тракало	Леонид	Тимофеевич	02.11.1940	02.07.2019 16:47	ОРИТ №3
<input checked="" type="checkbox"/>	944357	28071	Бюджет (Бюд...	НЕТ ИНФ...	Шайдурова	Валент...	Поликарповна	22.09.1937	02.07.2019 16:49	ОРИТ №3
<input type="checkbox"/>	788050	28072	РГС (Капитал ...	№:03487...	Суранов	Алекса...	Анатолевич	21.11.1962	02.07.2019 17:17	Кардиоло
<input type="checkbox"/>	969275	28075	СОГАЗ (ОМС)	№:03777...	Шелковник...	Анна	Иннокентьевна	11.02.1932	02.07.2019 17:53	Кардиоло
<input type="checkbox"/>	258910	28077	РГС (Капитал ...	№:03545...	Дармаева	Майя	Гармаевна	13.05.1964	02.07.2019 18:14	Лечение
<input type="checkbox"/>	634375	28079	СОГАЗ (ОМС)	№:03539...	Перфильева	Ирина	Александровна	05.06.1980	02.07.2019 19:02	Лечение
<input type="checkbox"/>	664760	28080	СОГАЗ (ОМС)	№:03556...	Походиев	Жамсар...	Анатолевич	02.04.1973	02.07.2019 19:15	Переведен

09:48
 10:14
 10:16
 10:33
 10:38
 11:01
 11:06
 11:34
 11:45
 12:52
 13:07
 13:25
 13:30
 14:34
 14:45
 15:24
 16:13
 16:37
 16:47
 16:49
 17:17
 17:53
 18:14
 19:02
 19:15

№	Комп.№	№ ИБ	Компания	Полис/до...	Фамилия	Имя	Отчество	Дата рож...	Поступил в ПО	Направ...	Время из ПО
<input type="checkbox"/>	242041	28009	РГС (Капитал ...	№:03788...	Дабажалса...	Дашима		04.01.1931	02.07.2019 10:33	Переведе	2019 10:55
<input type="checkbox"/>	757489	28011	РОСНО (ООО ...	№:03492...	Рябов	Дмитрий	Иванович	23.10.1957	02.07.2019 10:38	Кардиоло	2019 10:45
<input type="checkbox"/>	937517	28019	СОГАЗ (ОМС)	№:03788...	Шадурский	Владим...	Алексеевич	24.01.1941	02.07.2019 11:01	Переведе	2019 11:18
<input type="checkbox"/>	620962	28020	СОГАЗ (ОМС)	№:03576...	Оськин	Сергей	Кириллович	10.02.1953	02.07.2019 11:06	Лечение	2019 11:30
<input type="checkbox"/>	814449	28023	СОГАЗ (ОМС)	№:03499...	Урбаков	Сергей	Михайлович	24.10.1970	02.07.2019 11:34	Кардиоло	2019 11:37
<input type="checkbox"/>	291345	28025	СОГАЗ (ОМС)	№:03479...	Доровский	Дмитрий	Владимирович	01.12.1970	02.07.2019 11:45	Лечение	2019 12:15
<input type="checkbox"/>	20007	28031	РГС (Капитал ...	№:03546...	Алексеева	Галина	Иосифовна	09.05.1963	02.07.2019 12:52	Переведе	2019 13:14
<input type="checkbox"/>	581192	28033	СОГАЗ (ОМС)	№:03586...	Николаев	Андрей	Матвеевич	01.01.1963	02.07.2019 13:07	Кардиоло	2019 13:16
<input type="checkbox"/>	879842	28035	СОГАЗ (ОМС)	№:03473...	Ходоева	Марина	Алексеевна	27.12.1966	02.07.2019 13:25	Лечение	2019 13:52
<input type="checkbox"/>	67312	28036	СОГАЗ (ОМС)	№:03762...	Баирова	Намжил	Тапхаевна	28.03.1947	02.07.2019 13:30	Кардиоло	2019 13:33
<input type="checkbox"/>	492952	28048	Бюджет (Бюд...	НЕТ ИНФ...	Луговской	Андрей	Николаевич	17.09.1989	02.07.2019 14:34	Лечение	2019 15:05
<input type="checkbox"/>	1039237	28049	Бюджет (Бюд...	НЕТ ИНФ...	Кодирбеков	Назар	Кодирбекович	16.06.1963	02.07.2019 14:45	Лечение	2019 15:15
<input type="checkbox"/>	891965	28057	СОГАЗ (ОМС)	№:27505...	Чернов	Андрей	Геннадьевич	06.09.1964	02.07.2019 15:24	Кардиоло	2019 15:29
<input type="checkbox"/>	358038	28063	СОГАЗ (ОМС)	№:03587...	Зенченко	Татьяна	Викторовна	12.01.1982	02.07.2019 16:13	Лечение	2019 18:13
<input type="checkbox"/>	53461	28067	СОГАЗ (ОМС)	№:03582...	Баженов	Алексей	Алексеевич	01.01.1957	02.07.2019 16:37	Кардиоло	2019 16:39
<input type="checkbox"/>	831033	28069	СОГАЗ (ОМС)	№:25689...	Тракало	Леонид	Тимофеевич	02.11.1940	02.07.2019 16:47	ОРИТ №3	2019 16:53
<input checked="" type="checkbox"/>	944357	28071	Бюджет (Бюд...	НЕТ ИНФ...	Шайдурова	Валент...	Поликарповна	22.09.1937	02.07.2019 16:49	ОРИТ №3	2019 16:50
<input type="checkbox"/>	788050	28072	РГС (Капитал ...	№:03487...	Суранов	Алекса...	Анатольевич	21.11.1962	02.07.2019 17:17	Кардиоло	2019 17:27
<input type="checkbox"/>	969275	28075	СОГАЗ (ОМС)	№:03777...	Шелковник...	Анна	Иннокентьевна	11.02.1932	02.07.2019 17:53	Кардиоло	2019 18:05
<input type="checkbox"/>	258910	28077	РГС (Капитал ...	№:03545...	Дармаева	Майя	Гармаевна	13.05.1964	02.07.2019 18:14	Лечение	2019 18:55
<input type="checkbox"/>	634375	28079	СОГАЗ (ОМС)	№:03539...	Перфильева	Ирина	Александровна	05.06.1980	02.07.2019 19:02	Лечение	2019 19:23
<input type="checkbox"/>	664760	28080	СОГАЗ (ОМС)	№:03556...	Походиев	Жамсар...	Анатольевич	02.04.1973	02.07.2019 19:15	Переведе	2019 19:31
<input type="checkbox"/>	146554	28092	СОГАЗ (ОМС)	№:03540...	Будаева	Ирина	Олеговна	08.05.1979	02.07.2019 21:59	Лечение	2019 22:40
<input type="checkbox"/>	525620	28095	СОГАЗ (ОМС)	№:03789...	Мелехина	Антонина	Нефедьевна	16.01.1930	02.07.2019 22:07	Кардиоло	2019 22:28
<input type="checkbox"/>	103987	28099	СОГАЗ (ОМС)	№:03690...	Баханова	Октябр...	Дамбуевна	10.10.1939	02.07.2019 23:10	Кардиоло	2019 23:45
<input type="checkbox"/>	314741	28102	СОГАЗ (ОМС)	№:03568...	Емельянов	Алекса...	Яковлевич	17.03.1951	03.07.2019 00:06	ОРИТ №3	2019 00:07
<input type="checkbox"/>	667895	28103	РГС (Капитал ...	№:03679...	Протасова	Тамара	Николаевна	29.12.1940	03.07.2019 00:19	Переведе	2019 00:36
<input type="checkbox"/>	900917	28107	РГС (Капитал ...	№:03538...	Чагдуров	Алекса...	Валерьевич	21.06.1981	03.07.2019 03:25	Переведе	2019 04:02
<input type="checkbox"/>	697240	28108	СОГАЗ (ОМС)	№:03549...	Ринчинова	Галина	Улзетуевна	19.05.1960	03.07.2019 06:23	Лечение	2019 08:54
<input type="checkbox"/>	399946	28109	СОГАЗ (ОМС)	№:03530...	Капустина	Юлия	Сергеевна	25.06.1979	03.07.2019 06:47	Переведен	07.2019 07:06

21:59

22:07

23:10

00:06

00:19

03:25

06:23

06:47

Обращений 33

Госпитализаций
15

Диагностика

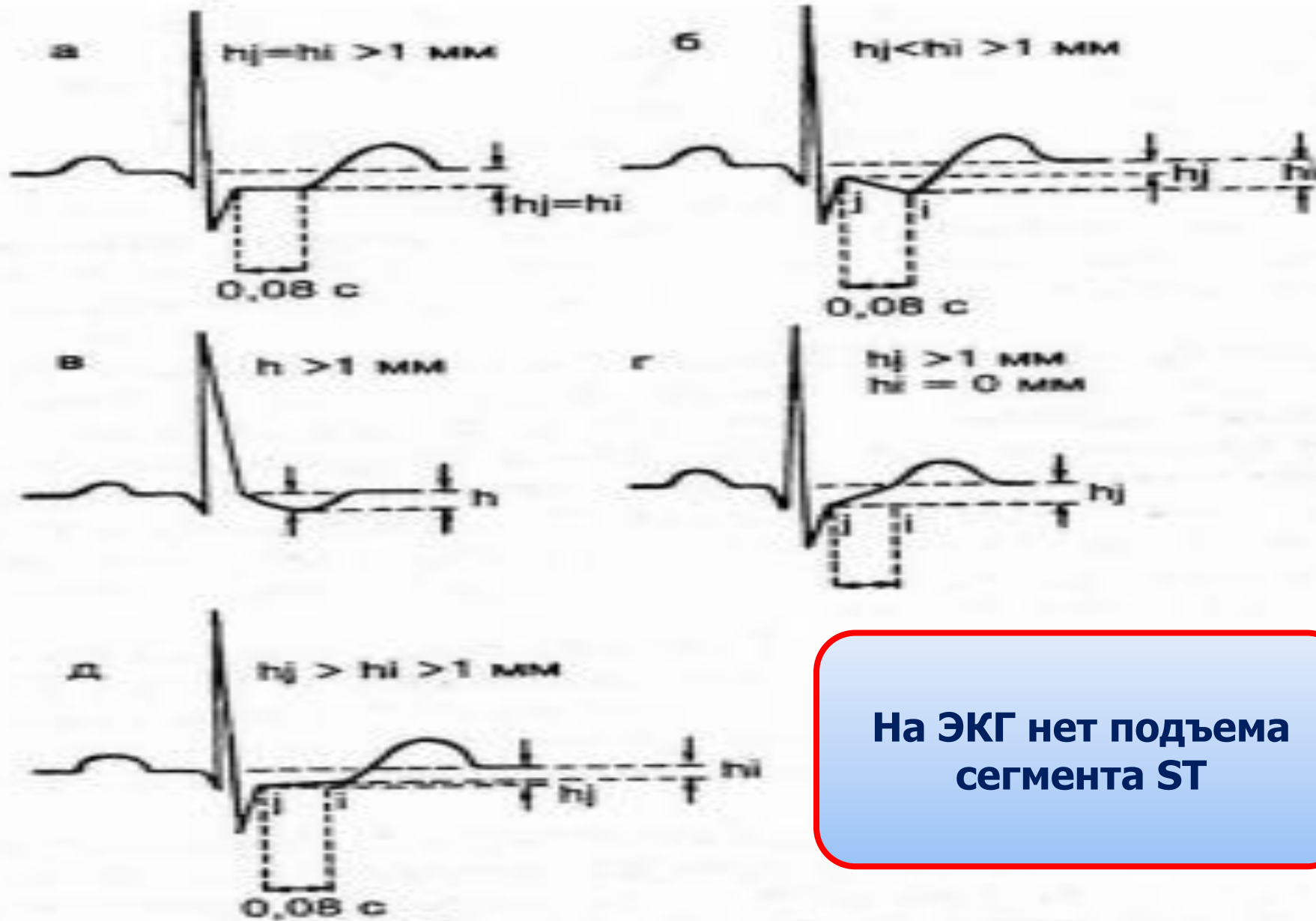


ОКС с подъемом сегмента ST



ОКС без подъема сегмента ST

Варианты изменения сегмента ST на ЭКГ



На ЭКГ нет подъема
сегмента ST

10:

Дата рожд:

лет

Медиком. :

СМ

кг

6-Аз 012 5:08

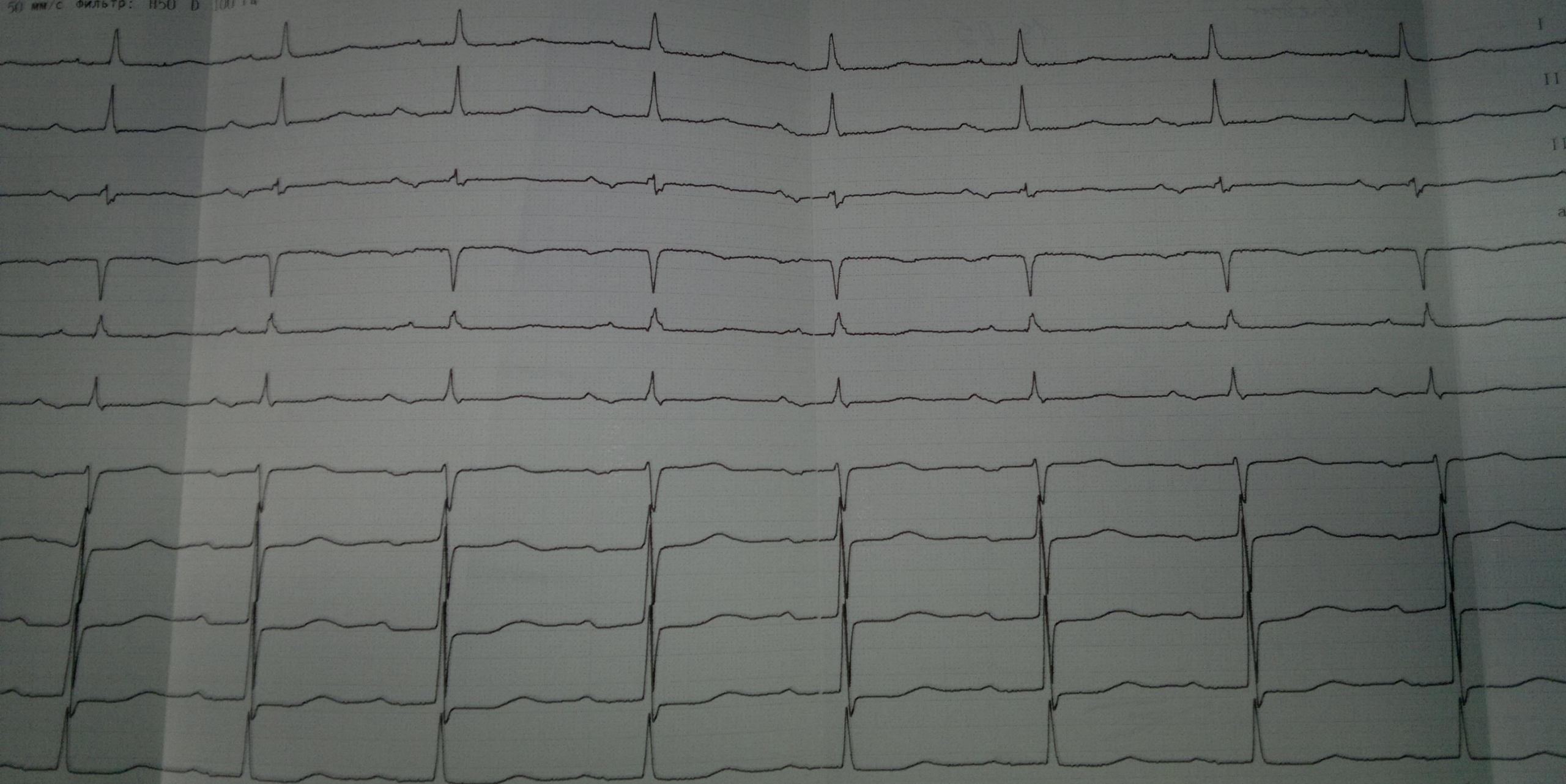
История:

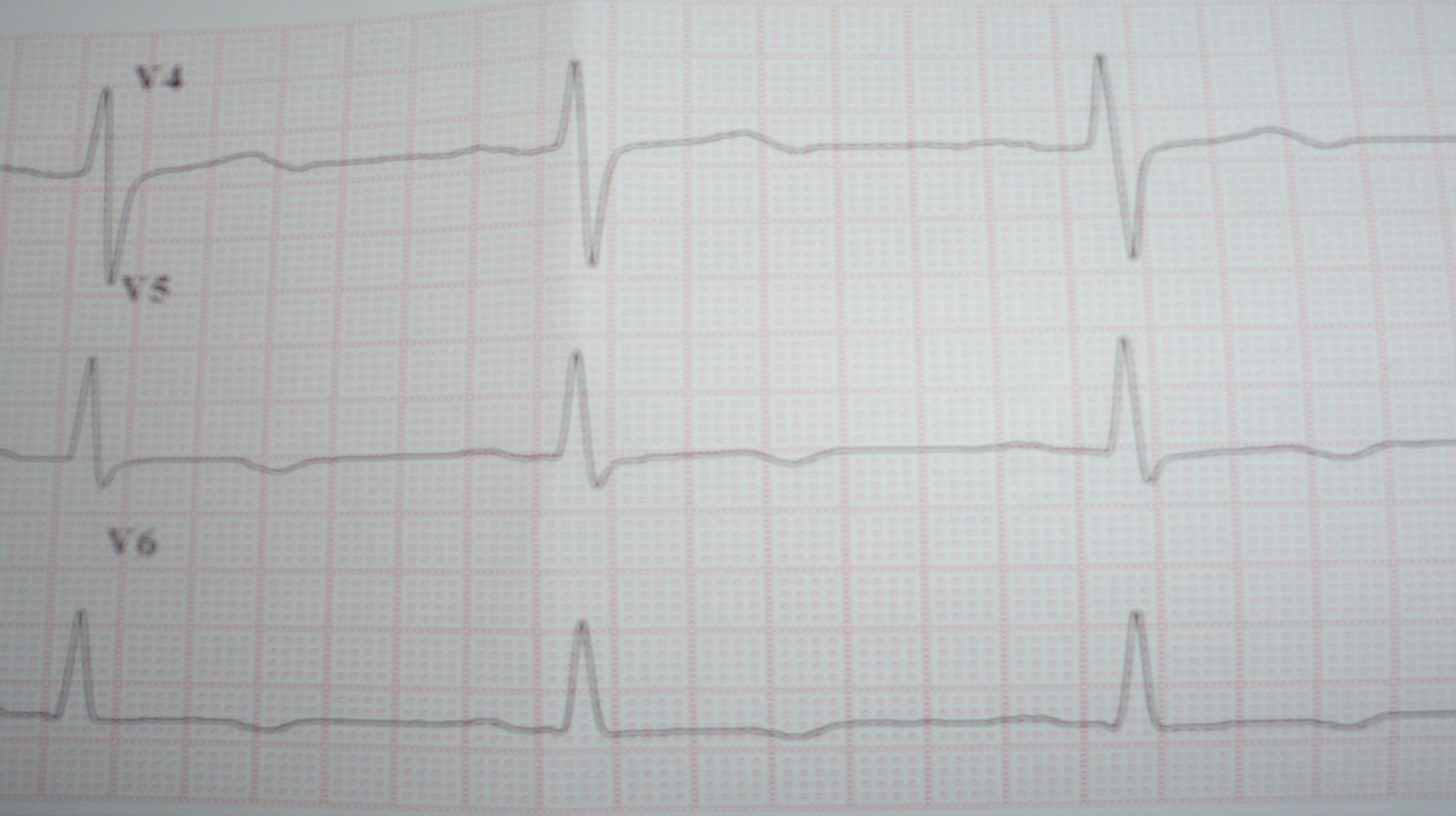
ммHg

72 уд.м

Пол: М
Симпт
10 м

50 мм/с Фильтр: H50 D 100 Гц





V4

V5

V6

ФИО:

пол: Муж

дата рожд:

28 АВГ 2012 11:37

Симптомы:

лет

Медиком.:

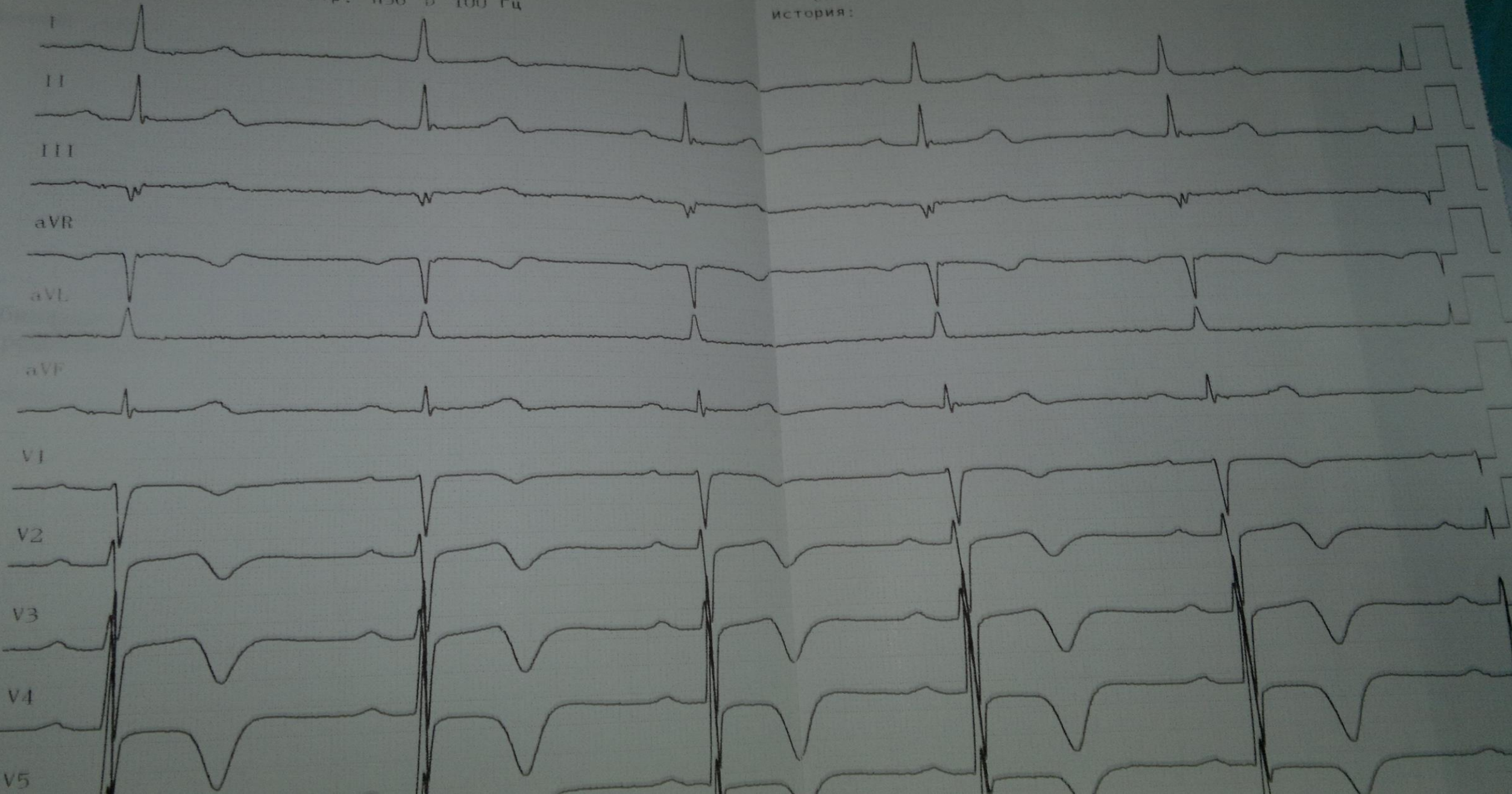
кг

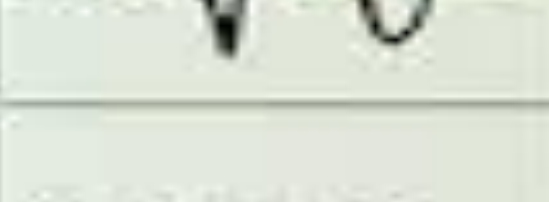
ммHg

05 уд.м

10 мм/мв 50 мм/с Фильтр: Н50 D 100 Гц

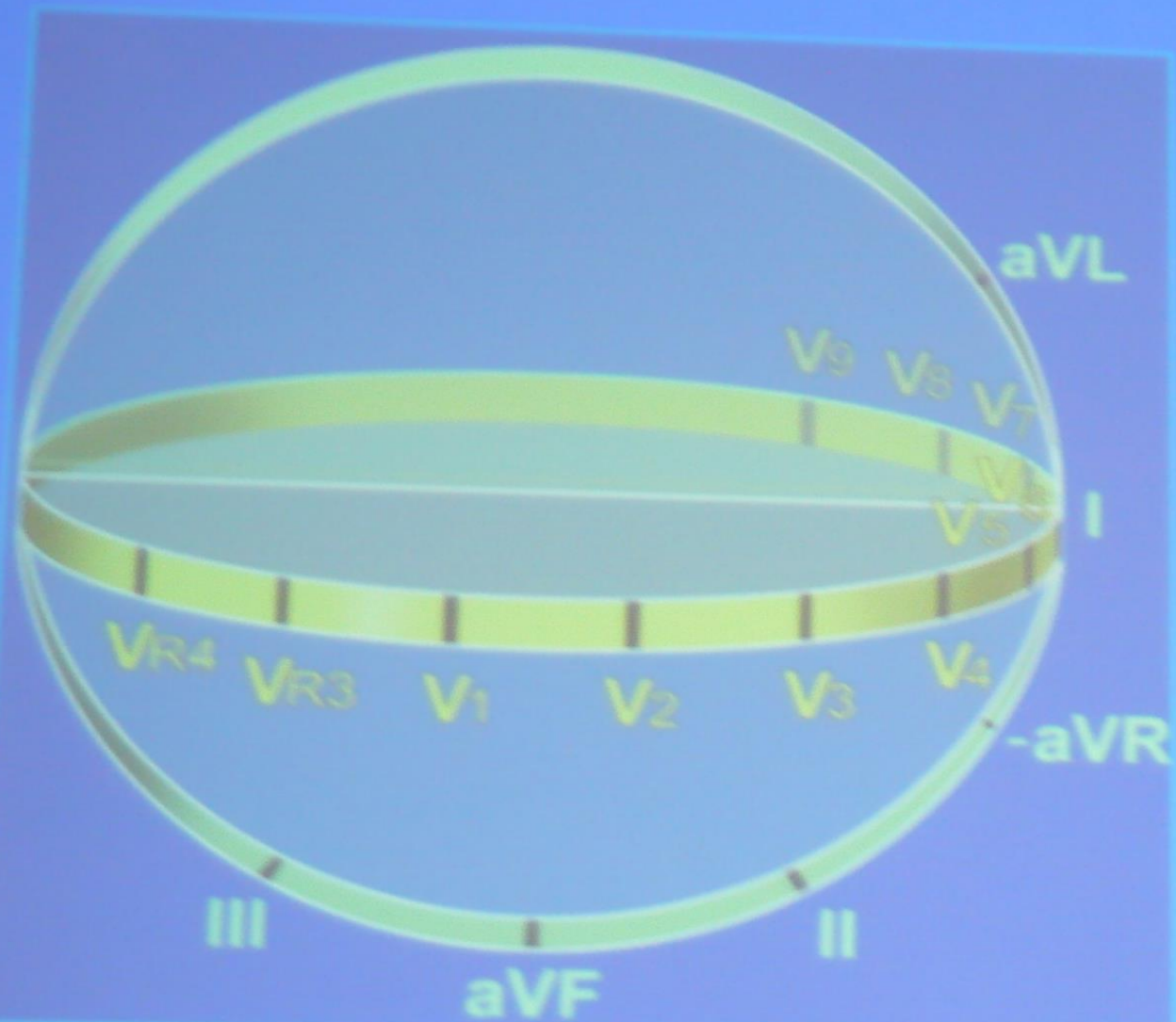
История:



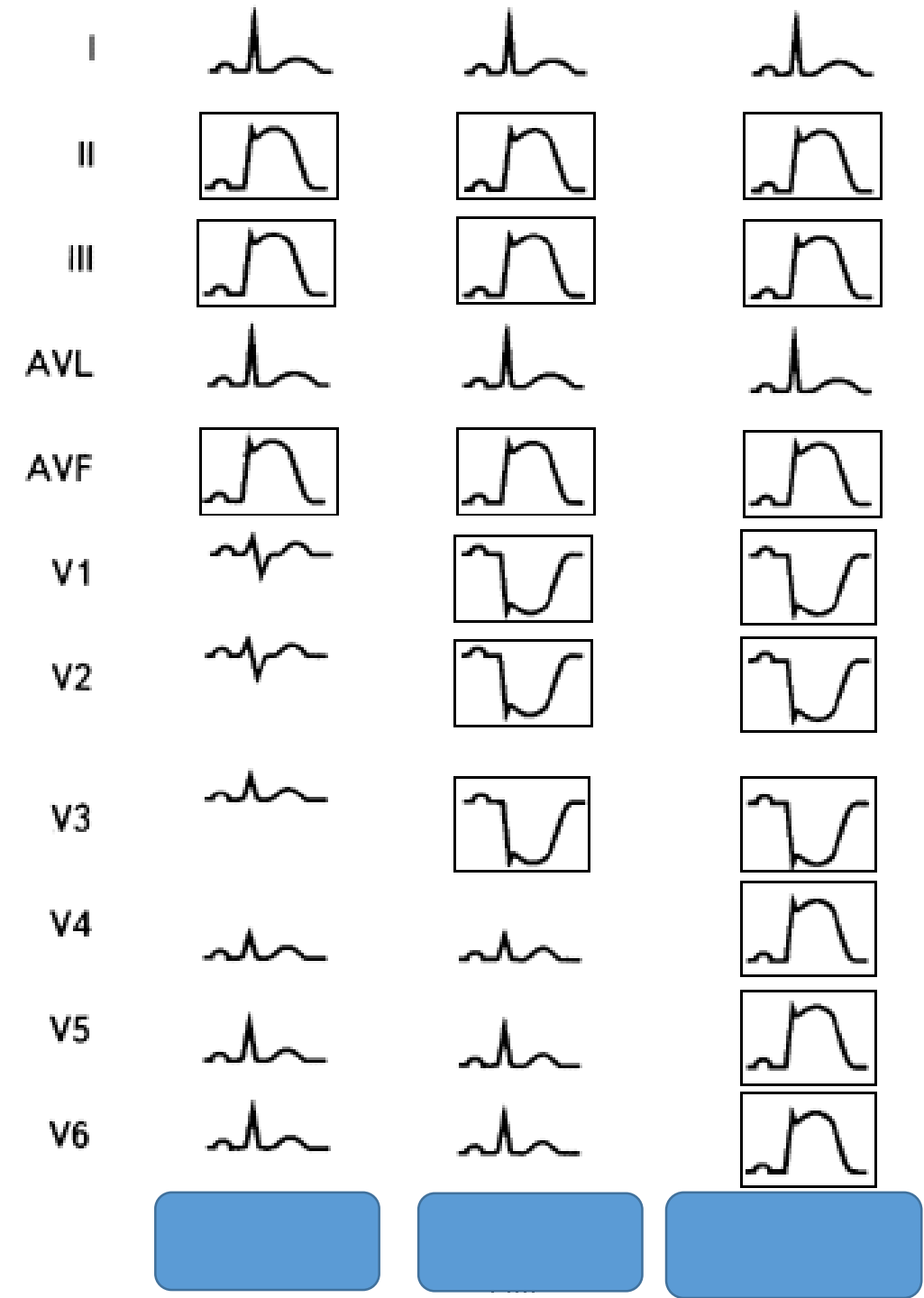
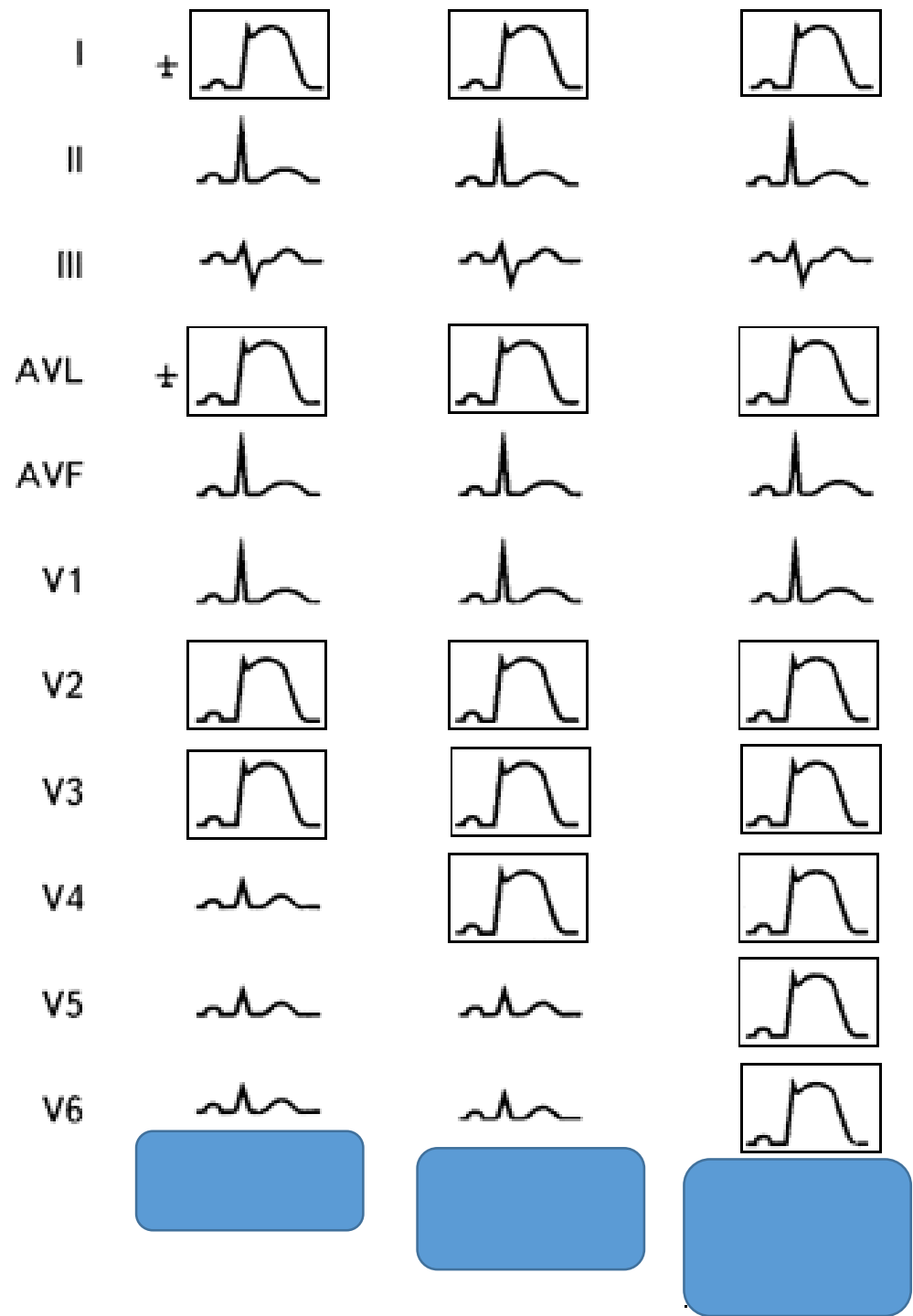
Стадия	Длительность	ЭКГ-картина	Признак
Ранняя стадия (ишемия)	несколько минут, до получаса		- высокий остроконечный зубец T^k <i>med cat p r u s . ru</i>
Стадия I (повреждение)	от нескольких часов до 1-3 сут.		- подъем (куполообразный) ST выше изолинии, ST сливается с T^k - зубец R еще высокий - зубец Q еще не глубокий
Стадия II (острая)	1-2-3 недели		- подъем ST выше изолинии с инверсией зубца T (T отриц.) - уменьшение амплитуды зубца R - зубец Q^{inf} (Q_r , Q_S) - инфарктный
Стадия III (подострая)	1-3 месяца		- зубец Q^{inf} (инфарктный) - отрицательный зубец T - сегмент ST приближается к изолинии
Стадия IV (рубцевание)	до нескольких лет		- стойкий зубец Q^{inf} (Q_r , Q_S) - "провал" зубца R - зубец T слабый, постепенно нормализуется; ST на изолинии

ЭКГ признаки инфаркта миокарда

ECG: Localisation of MI



- Anterior wall infarct: V2-5
- Inferior : II, III, aVF
Posterior: V7-9 or „mirror“ anterior
- Lateral: V5-6, I, aVL
- Right heart MI: Vr3-5



71 уд. м

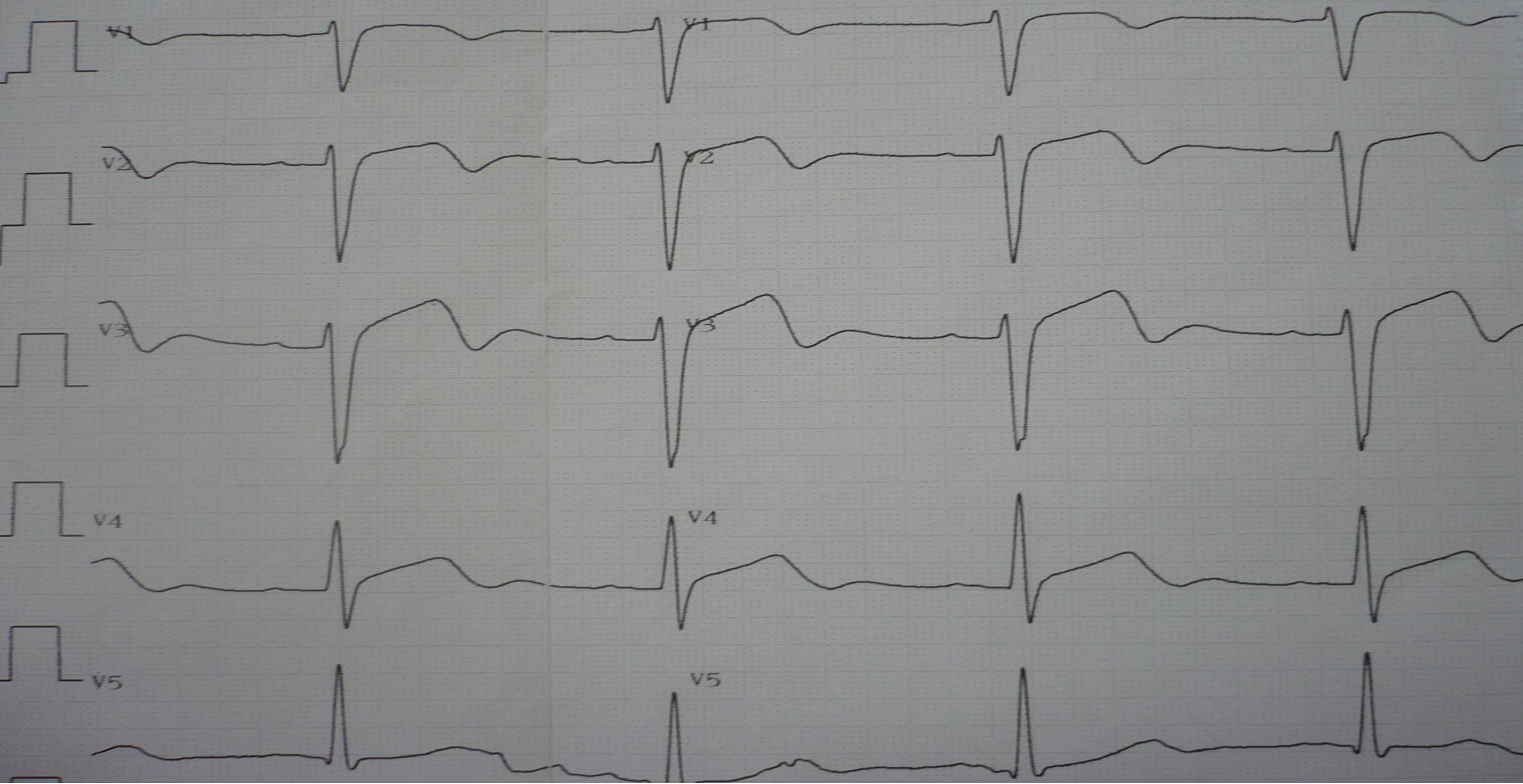
пол: муж

дата рожд:

симптомы:

10 мм/мВ 50 мм/с фильтр: H50 D 35 Гц

10 мм/мВ



а рожд:

ле

история:

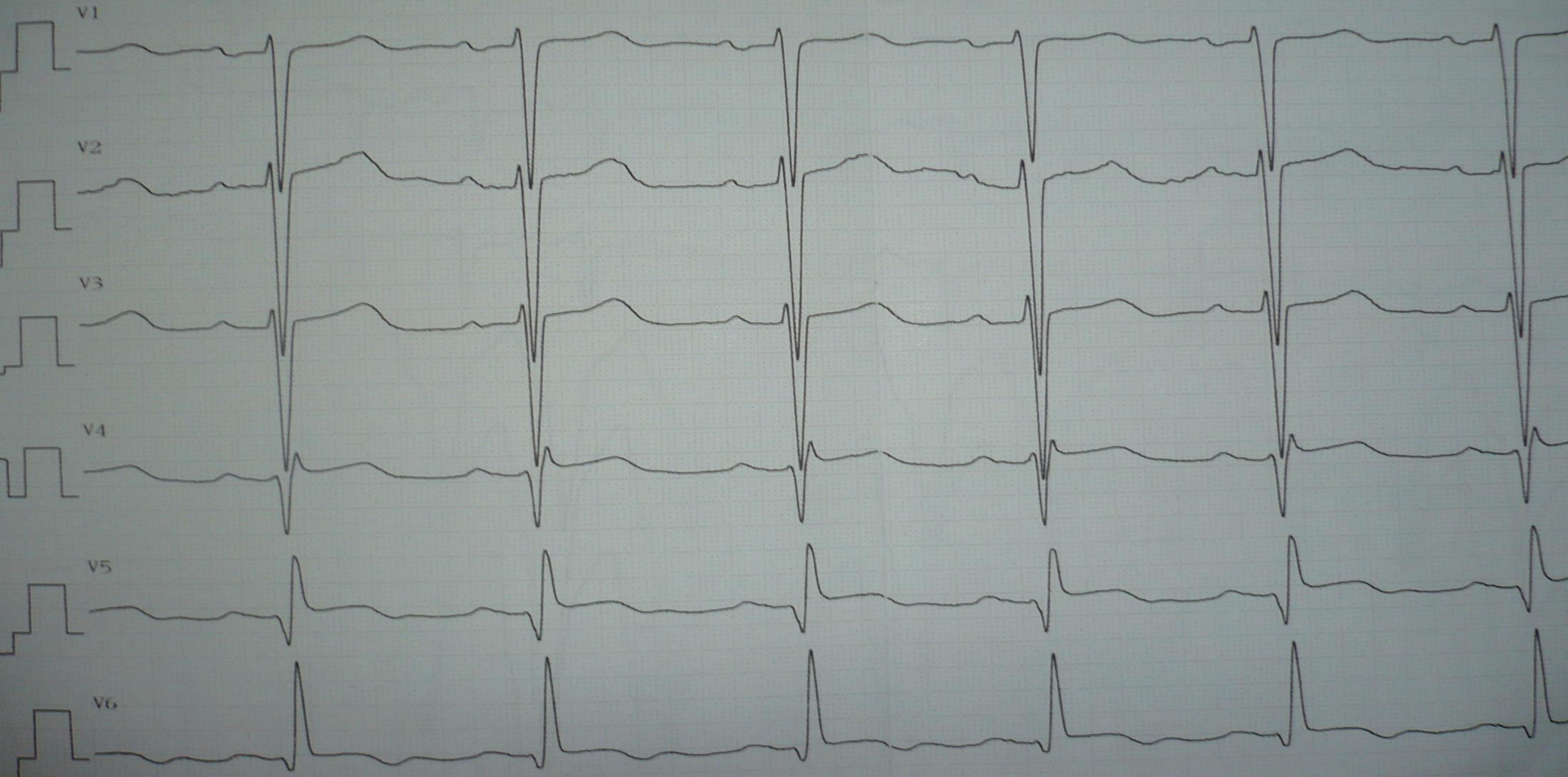
см

кг

ммHg

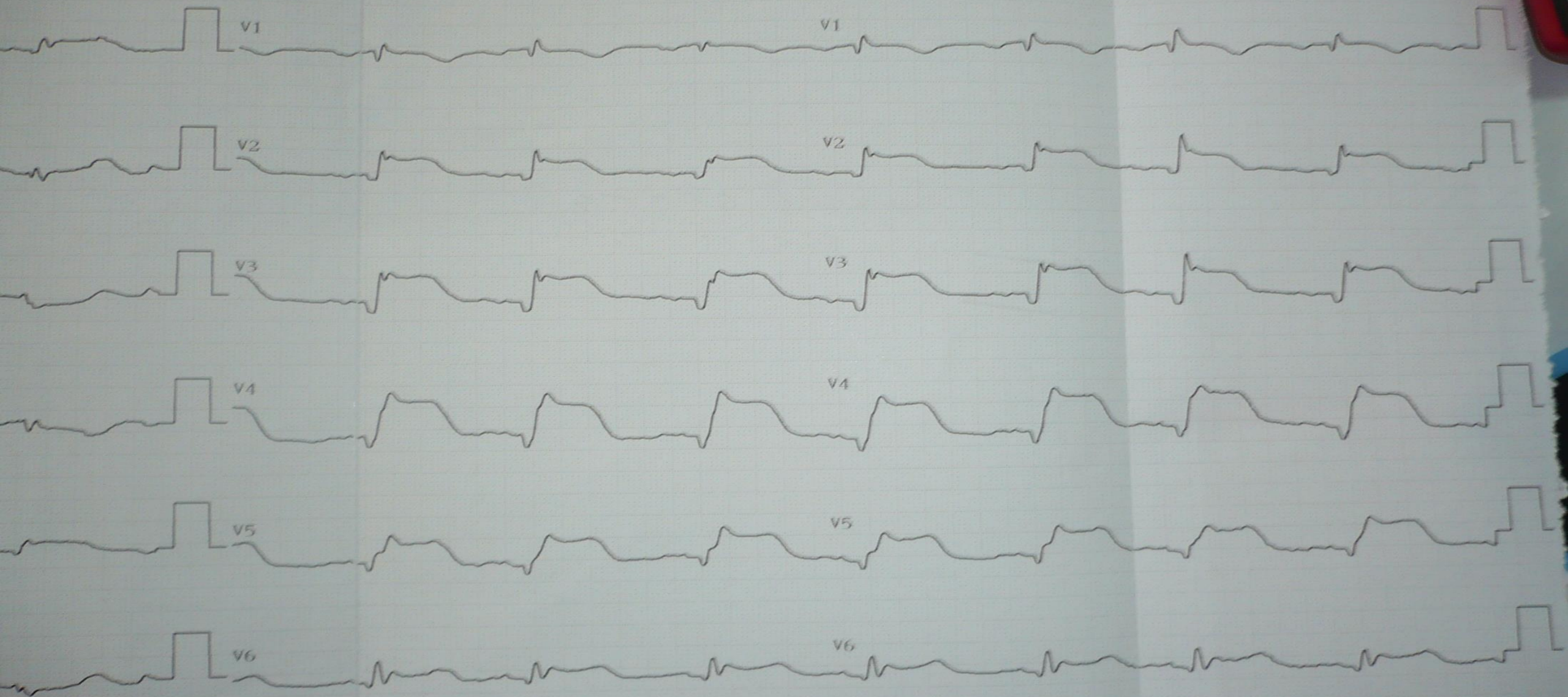
78 уд.м

фильтр: H50 D 35 Гц 10 мм/мВ



10 мм/мВ

ID: _____ ФИО: _____
 пол: муж Дата рожд: _____ лет
 симптомы: _____
 10 мм/мВ 50 мм/с фильтр: H50 D 35 Гц



Пример формулировки диагноза при поступлении:

- ИБС. ОКС без подъема сегмента ST. Killip I. ПИКС (2005). ХСН со сниженной ФВ (45%), стадия IIA, ФК II.
- ИБС. ОКС с подъемом сегмента ST. Killip III. ПИКС (2005). ХСН с сохраненной ФВ (61%), стадия IIA, ФК II. ОЛЖН.

Диагноз острого коронарного синдрома правомерен в течение 3 дней!!!

Через 3 дня от момента поступления пациенту должен быть выставлен

клинический диагноз!!!

Классификация Killip:

Класс I – отсутствие признаков застойной сердечной недостаточности

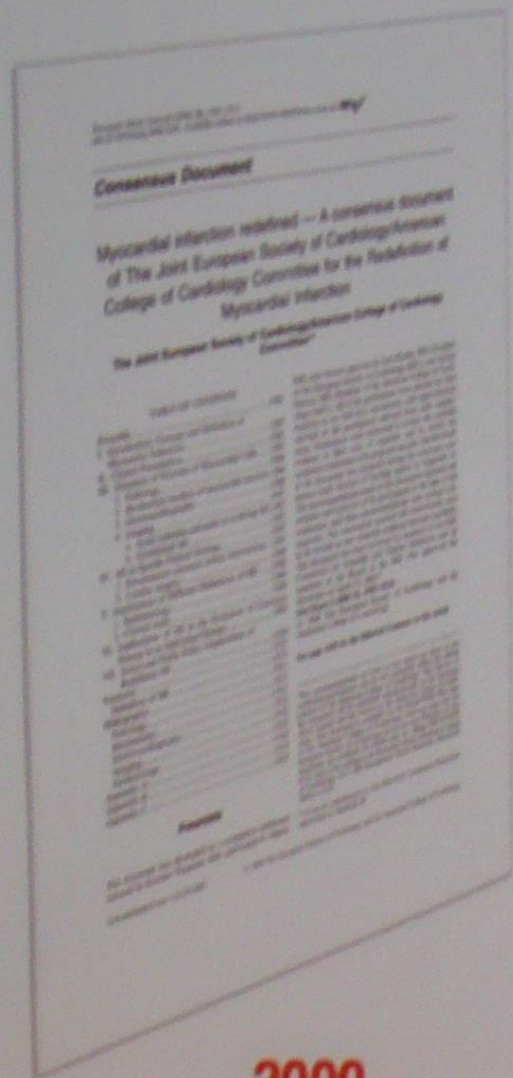
Класс II – наличие хрипов в легких ниже угла лопаток и/или повышенного давления в югулярных венах

Класс III – наличие тяжелого отека легких

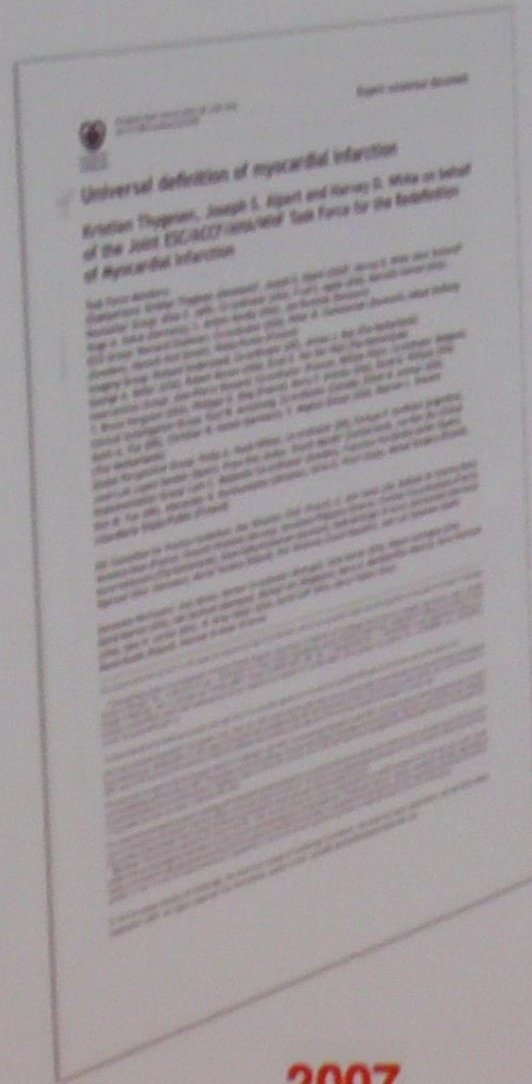
Класс IV – наличие кардиогенного шока

Универсальные определения инфаркта миокарда

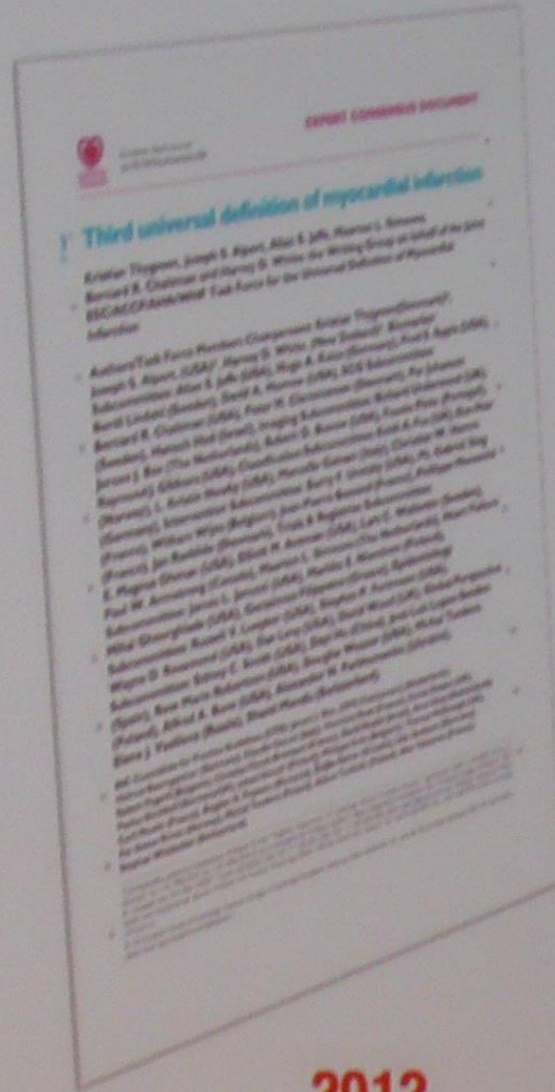
Consensus Documents



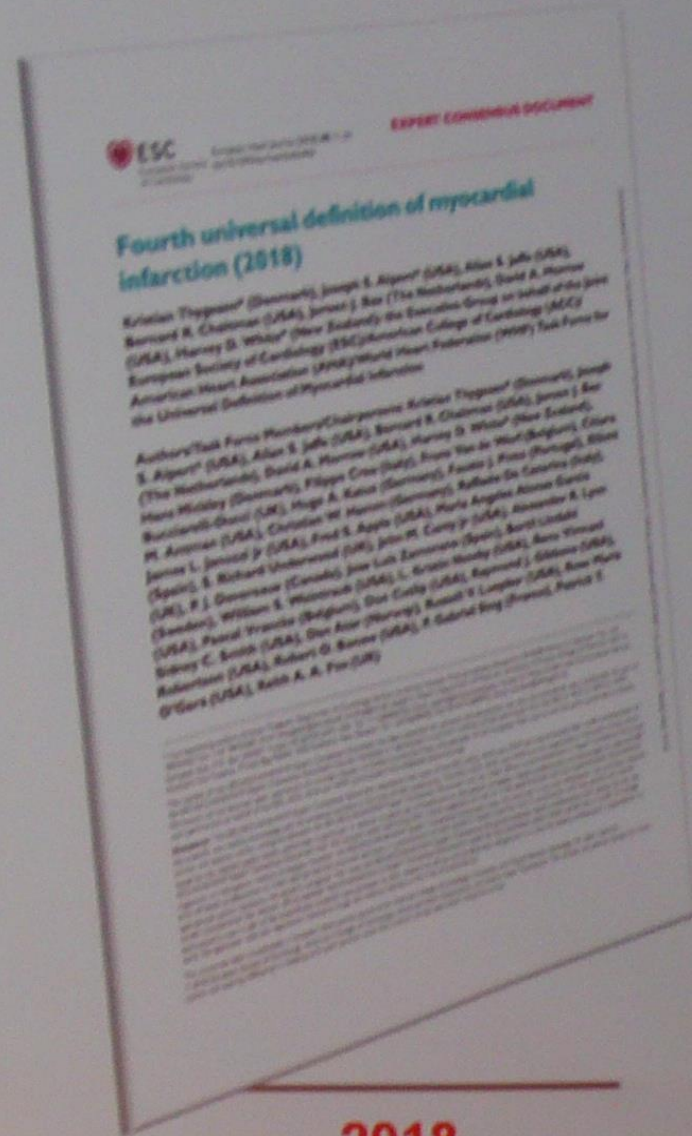
2000



2007



2012



2018

Критерии инфаркта миокарда (2012):

Повышение и/или снижение уровня маркеров некроза миокарда (предпочтительнее тропонина) в сочетании с одним из следующих признаков:

- **симптомы ишемии**
- **изменения ЭКГ (динамика сегмента ST и впервые выявленная полная блокада левой ножки пучка Гиса)**
- **появление патологических зубцов Q на ЭКГ**
- **уменьшение массы жизнеспособного миокарда по данным визуализирующих методов или появление новых зон локальной сократимости**
- **выявление тромба при ангиографии**

Что нового в 4-м универсальном определении инфаркта миокарда?

- Разграничение **инфаркта миокарда** и **повреждения миокарда**
- Разграничение инфаркта миокарда и повреждения миокарда в период выполнения различных вмешательств на сердце и некардиологических процедур
- Учет возможности электрического ремоделирования («памяти сердца») при оценке патологических признаков реполяризации на ЭКГ у больных с тахиаритмиями и нарушениями проводимости, зависящими от ЧСС
- Использование МРТ сердца для определения причин повреждения миокарда
- Использование КТ-ангиографии коронарных артерий при подозрении на инфаркт миокарда

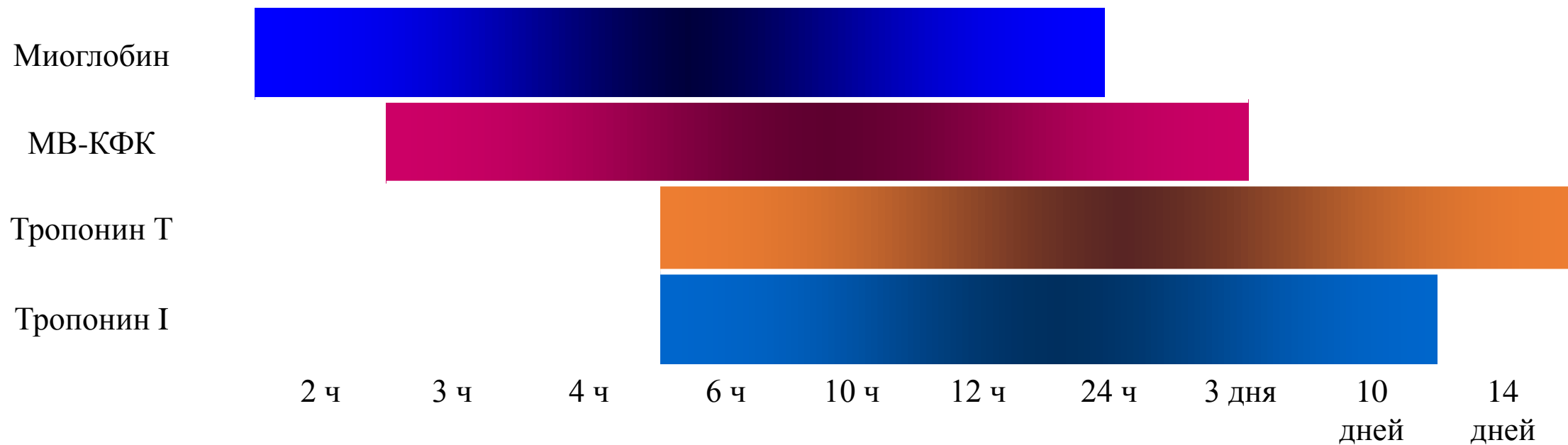
Критерии инфаркта миокарда и повреждения миокарда

- наличие острого повреждения миокарда (патологический уровень биомаркеров повреждения миокарда - кс Тп > 99-го перцентиля ВГН)
- Наличие признаков острой ишемии миокарда

Наличие острого повреждения миокарда (патологический уровень биомаркеров повреждения миокарда - кс Тп > 99-го перцентиля ВГН)

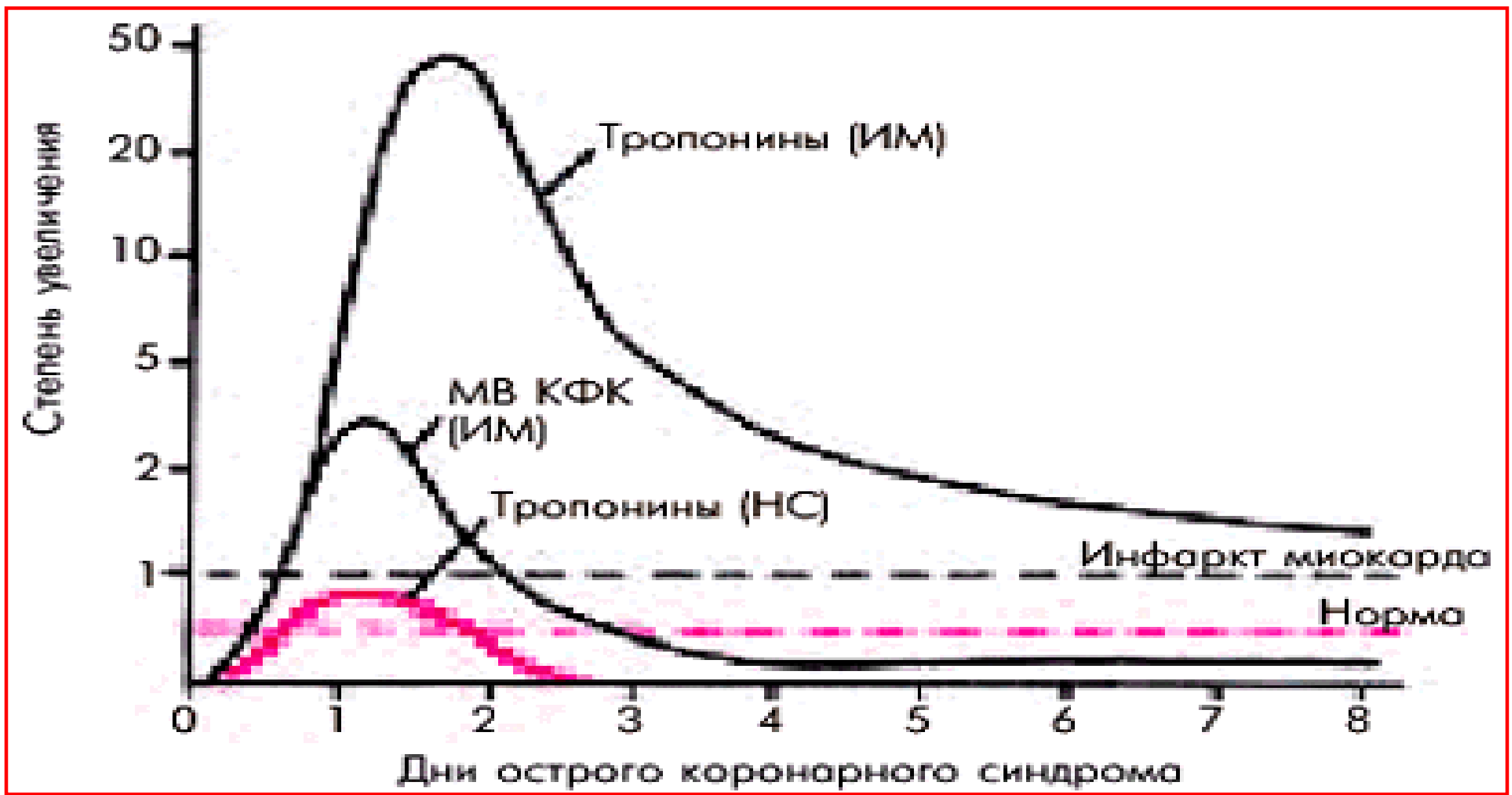
Повреждение считается острым в случае повышения и/или снижения концентрации тропонина

Изменение концентрации биохимических маркеров некроза миокарда



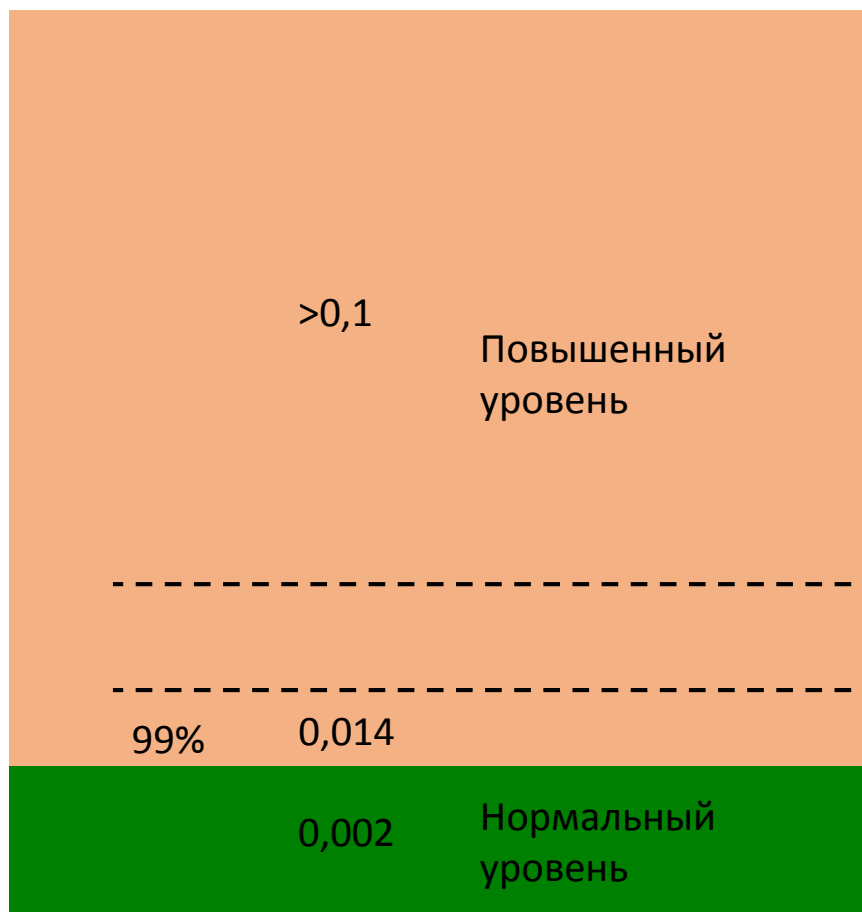
Биомаркер	Начало повышения	Пик концентрации	Нормализация
Миоглобин	2-5 часов	8-12 часов	24 часа
МВ-КФК	3-10 часов	10-24 часа	3 дня
Тропонин Т	4-12 часов	12-48 часов	5-15 дней
Тропонин I	4-12 часов	12-24 часа	5-10 дней

Динамика содержания маркеров некроза миокарда в крови после болевого приступа

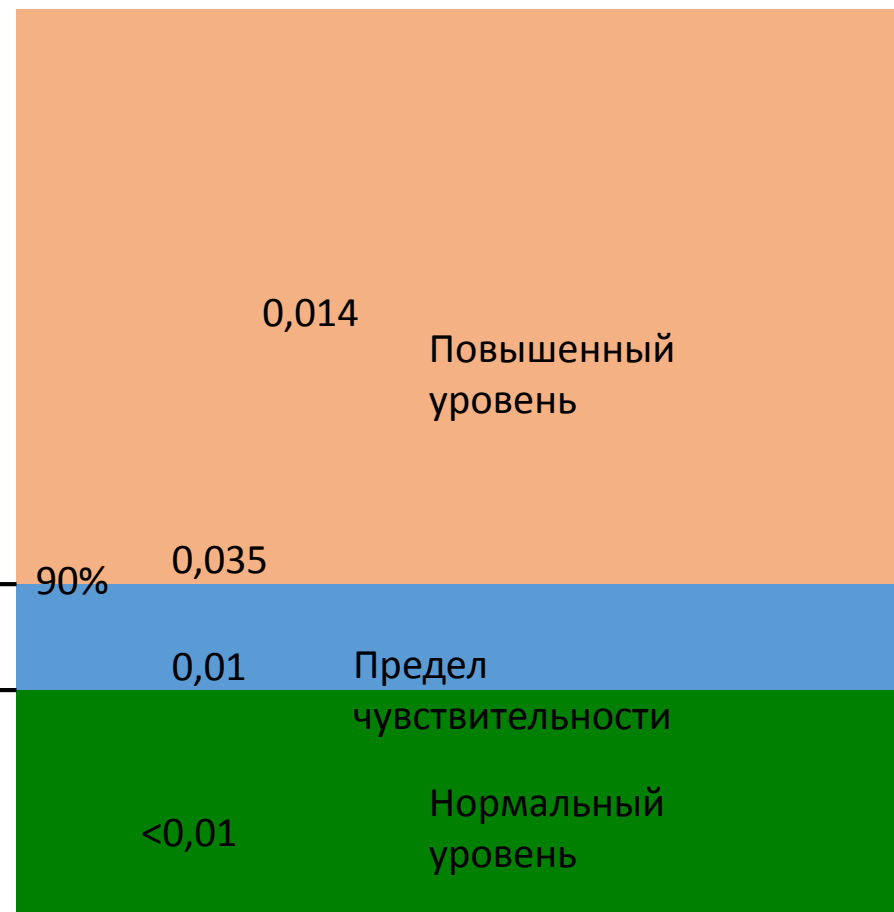


Высокочувствительный тропониновый тест

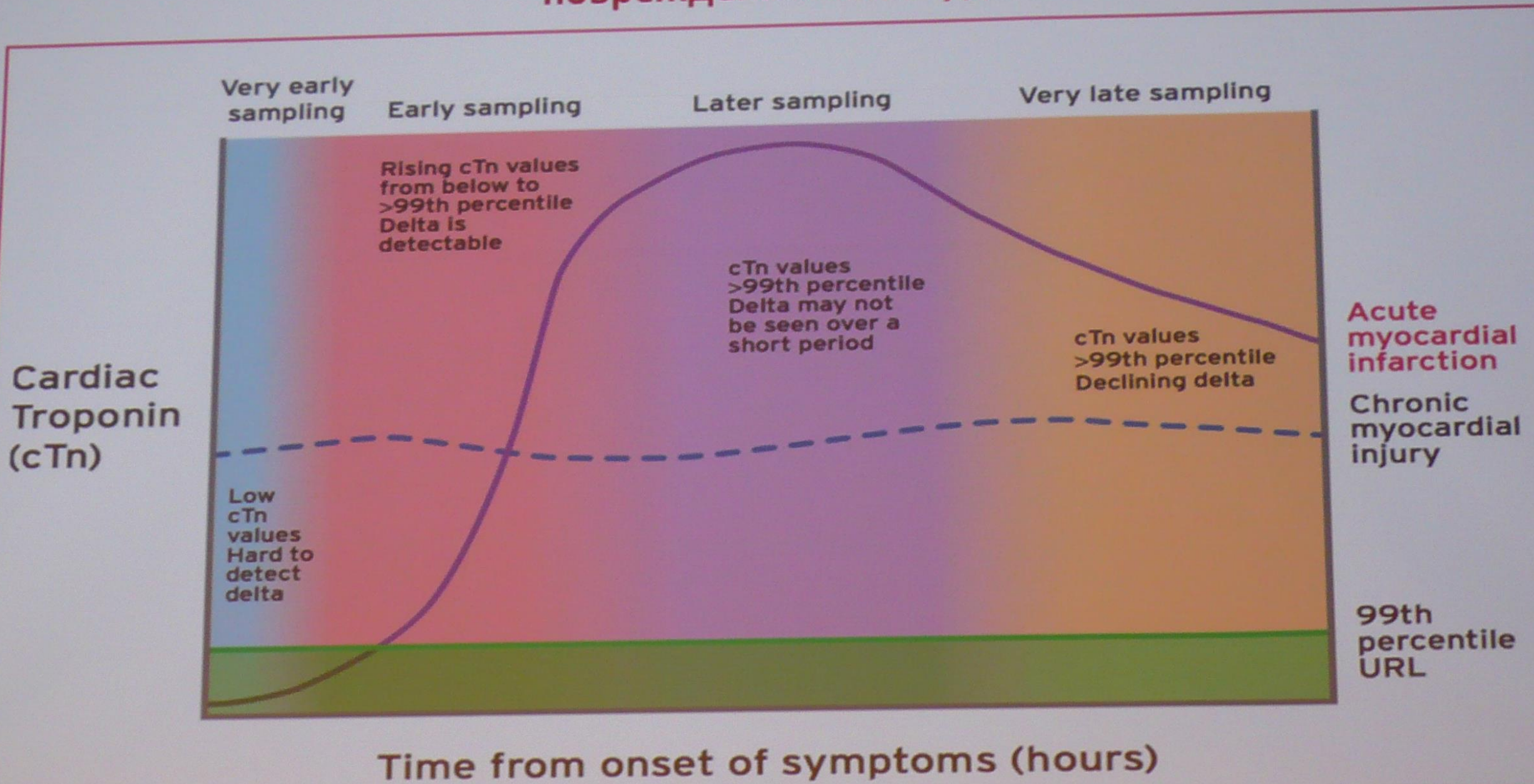
Высокочувствительный ТрТ, мкг/л



Обычный ТрТ, мкг/л



Изменение уровня тропонина при остром ИМ, остром и хроническом повреждении миокарда



**Повышение уровня сердечных тропонинов
выше 99-го перцентиля**

**Подъем или падение уровня
сердечных тропонинов**

**Уровень сердечных
тропонинов стабильный***

С острой ишемией**

**Без острой
ишемии****

Инфаркт миокарда

**Острое повреждение
миокарда**

**Атеросклероз+
тромбоз**

**Нарушение
потребности в
кислороде**

**Хроническое
повреждение миокарда**

ИМ 1 типа:
• разрыв бляшки
• эрозия бляшки

ИМ 2 типа:
• тяжелая АГ
• тахикардия

Например:
• органическое заболевание
сердца
• ХБП

• ОН
• миокардит

Приказ МЗ РФ №456 от 05.07.16 «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST»

Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
Экспресс-исследование уровня тропонина в крови	0,2	1
Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	2

Приказ МЗ РФ №457 от 05.07.16 «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при остром трансмуральном инфаркте»

Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
Экспресс-исследование уровня тропонина в крови	0,05	1
Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	2

Лечение ОКС БПСТ

Лечение ОКС СПСТ

Покой, обезболивание, оксигенотерапия

**Антиагреганты: аспирин, тикагрелор, прасугрель, клопидогрель,
блокаторы IIБ/IIIА рецепторов тромбоцитов**

**Антикоагулянты: фондапаринукс, эноксапарин,
нефракционированный гепарин**

Антиангинальные: БАБ, нитраты

Статины, ИАПФ, сартаны

Первоначальное лечение ОКС: обезболивание

Нитроглицерин 0,4 мг п/я (спрей) при САД >90

5 мин

Нитроглицерин 0,4 мг п/я (спрей) при САД >90

5 мин

Нитроглицерин 0,4 мг п/я (спрей) при САД >90

5 мин

**Немедленно
обратиться
за помощью**

Морфин, особенно при возбуждении, остром застое в легких

В/в 2-4 мг + 2-8 мг каждые 5-15 мин *или* 4-8 мг + 2 мг каждые 5-15 мин *или* по 3-5 мг до купирования боли или побочных эффектов

+

+

+

+

Реперфузия

**Устранение
гипоксемии**

**В/в нитраты
при САД >90**

**В/в бета-
блокаторы**

Приказ МЗ РФ №456 от 05.07.16 «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST»

Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	ССД
Нитроглицерин		1,2
Изосорбида динитрат		1,25

Приказ МЗ РФ №457 от 05.07.16 «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при остром трансмуральном инфаркте»

Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	ССД
Нитроглицерин		1,2
Изосорбида динитрат		1,25

Первоначальное лечение ОКС: обезболивание

Нитроглицерин 0,4 мг п/я (спрей) при САД >90

5 мин



Нитроглицерин 0,4 мг п/я (спрей) при САД >90

5 мин



**Немедленно
обратиться
за помощью**

Нитроглицерин 0,4 мг п/я (спрей) при САД >90

5 мин

Морфин, особенно при возбуждении, остром застое в легких

В/в 2-4 мг + 2-8 мг каждые 5-15 мин *или* 4-8 мг + 2 мг каждые 5-15 мин *или* по 3-5 мг до купирования боли или побочных эффектов

+

+

+

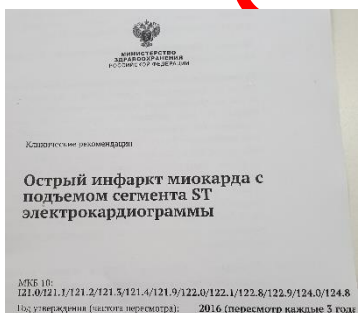
+

Реперфузия

**Устранение
гипоксемии**

**В/в нитраты
при САД >90**

**В/в бета-
блокаторы**



Приказ МЗ РФ №456 от 05.07.16 «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST»

Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	ССД
Морфин		10
Фентанил		0,1
Дроперидол		5

Приказ МЗ РФ №457 от 05.07.16 «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при остром трансмуральном инфаркте»

Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	ССД
Морфин		10
Фентанил		0,1
Дроперидол		5

Лечение ОКС БПСТ

Лечение ОКС СПСТ

Ант

**Основное отличие в лечении ОКС с подъемом ST –
проведение реперфузионной терапии
(тромболизис или первичное ЧКВ)**



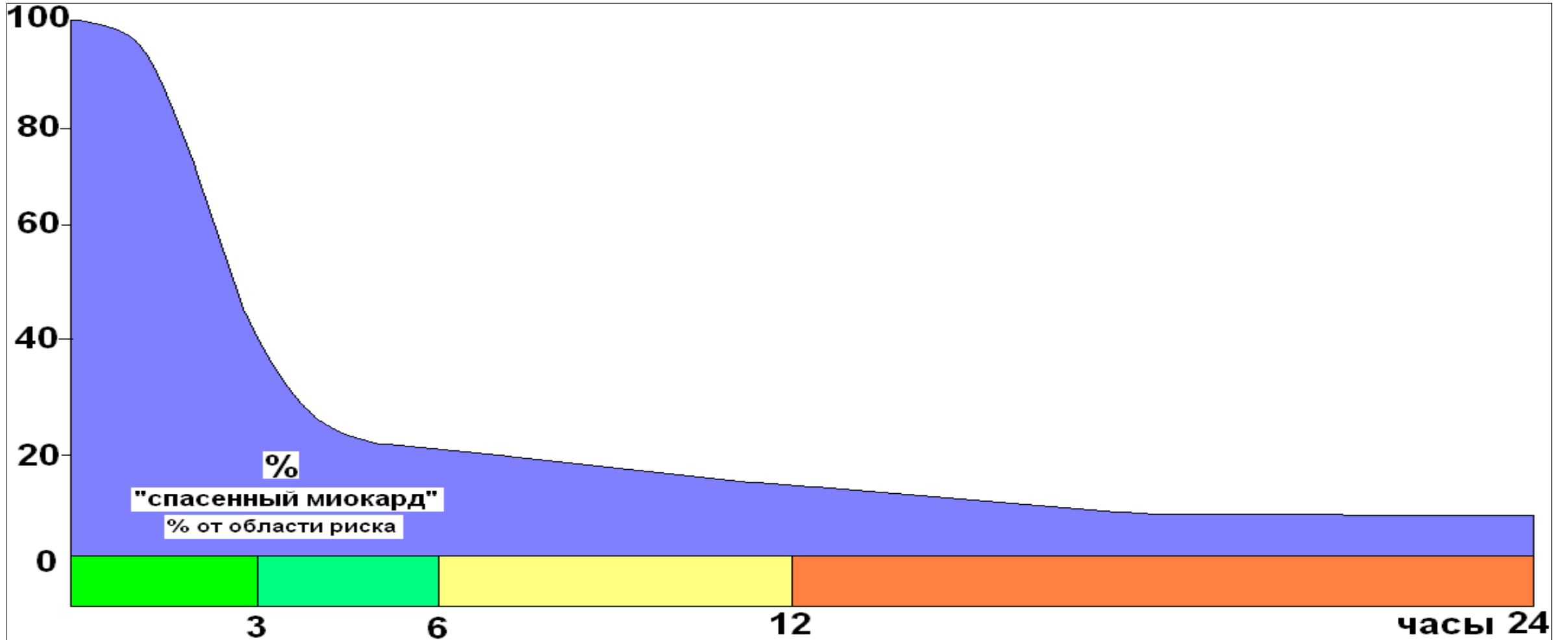
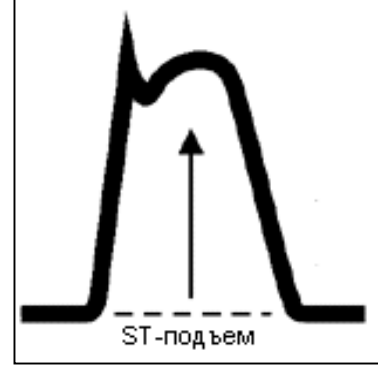
ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation

The Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology (ESC)

Реперфузионная терапия

Реперфузионная терапия показана всем пациентам с симптомами ишемии ≤ 12 часов и сохранении подъема сегмента ST на ЭКГ	I	A
Первичная ЧКВ-стратегия в указанные сроки предпочтительнее тромболитика	I	A
Если первичное ЧКВ не может быть выполнено вовремя, то рекомендуется ТЛТ в течение 12 часов от начала симптомов (если нет противопоказаний)	I	A

ИМ пST: время реваскуляризации и ее эффективность



В клинических рекомендациях 2017 года впервые дано четкое определение, когда начинать отсчет минут для проведения чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ)

Отсчет необходимо начинать со времени диагностики инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST (STEMI) на электрокардиограмме

Первый медицинский контакт (FMC) определяется как момент времени, когда пациент изначально оценивается врачом, фельдшером или медсестрой, который получает и интерпретирует ЭКГ

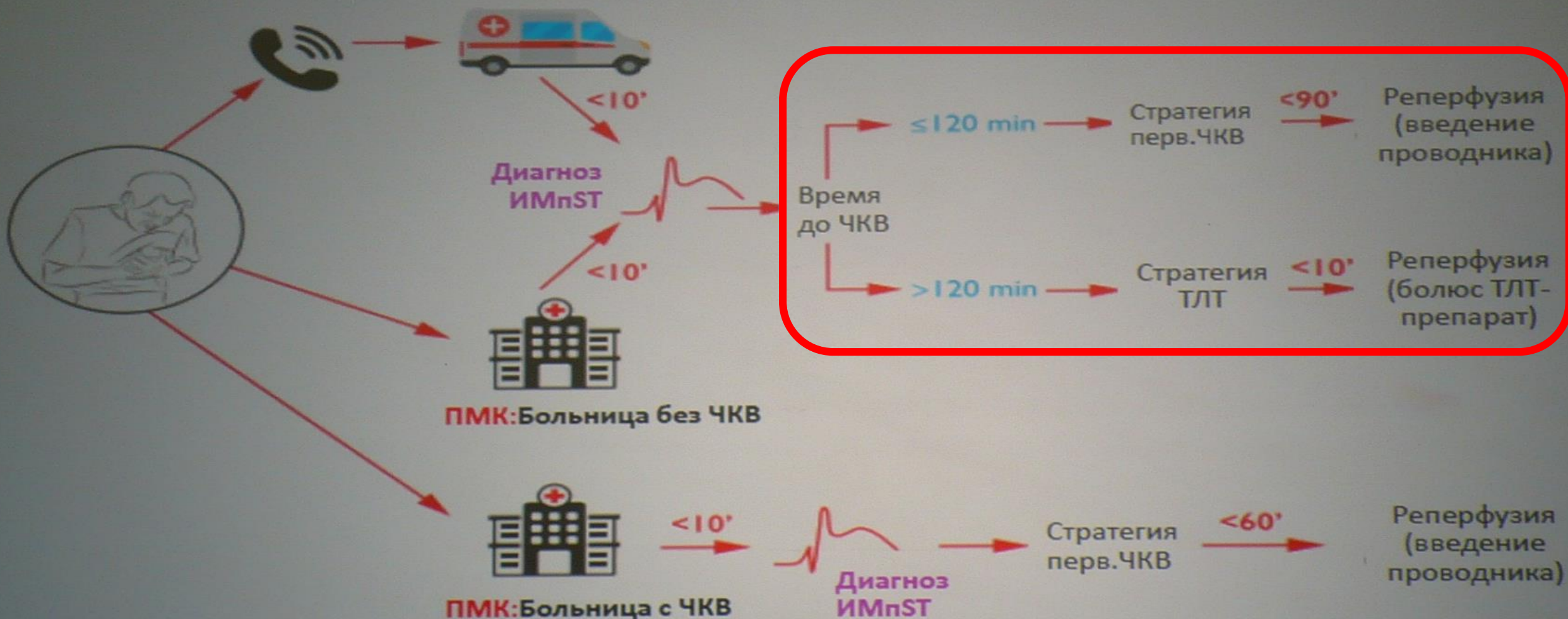
Термин «дверь-баллон» (door-to-balloon) удален из рекомендаций

Общее время ишемии

Задержка пациента

Задержка «Скорой»

Системная задержка



Задержка пациента

Системная задержка

Общее время ишемии

Если выявлен пациент с подъемом сегмента ST на ЭКГ...

В хирургическом отделении БСМП –

В отделении неврологии ГБ №4 –

В Тарбагатайской ЦРБ –

В Хоринской ЦРБ –

В отделении травматологии РКБ –

В Баргузинской ЦРБ –

В Онохойской УБ –

Основная цель лечения ОКС спST – восстановление коронарного кровотока

Тромболизис

1. **Подъем ST \geq 0.1 мВ** как минимум в двух последовательных грудных отведениях или в двух отведениях от конечностей
2. «Новая» полная **блокада ЛНПГ**
3. **Первые 6 часов** от начала первых симптомов (оптимально – в первые 2 часа, максимум до 12)

Первичное ЧКВ

1. <12 час. от начала симптомов (I A)
2. Предпочтительнее, чем ТЛТ, в первые 120 мин. (I A)
3. Острая тяжелая сердечная недостаточность (Killip III-IV) (IB)
4. Кардиогенный шок (до 36 часов от начала заболевания, IA)
5. 12-24 час. от начала симптомов при тяжелой сердечной недостаточности, гемодинамической или электрической нестабильности, сохраняющейся ишемии миокарда и подъеме ST (IIa C)
6. После тромболизиса, если сохраняется КШ/ОСН, ишемия, при неэффективности ТЛТ и большой площади поражения миокарда – в кратчайшие сроки (IIa B)
7. После успешной ТЛТ - в течение 24 часов (IA)

Приказ МЗ РФ №36н от 22.01.16

«Об утверждении требований к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями упаковок и наборов для оказания скорой медицинской помощи»

Алтеплаза (Актилизе)

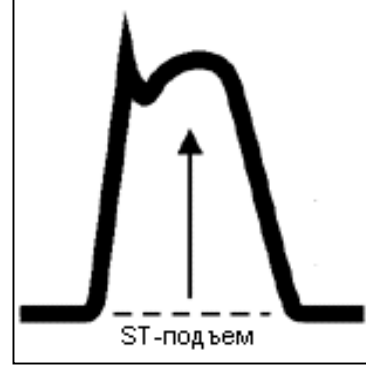
Тенектеплаза (Метализе)

Ферментные препараты (Проурокиназа)



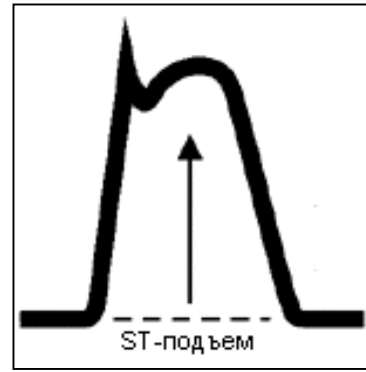
ИМ пST: тромболизис

Показания к ТЛТ



- 1. Подъем $ST \geq 0.1$ мВ** как минимум в двух последовательных грудных отведениях или в двух отведениях от конечностей
- 2. «Новая» полная блокада ЛНПГ**
- 3. Первые 6 часов** от начала первых симптомов (оптимально – в первые 2 часа, максимум до 12)

ИМ пСТ: противопоказания к тромболизису



Абсолютные

- Геморрагический инсульт или инсульт неизвестной этиологии в анамнезе
- Ишемический инсульт в предшествующие 3 мес.
- Опухоль мозга
- Сущ. закрытая травма головы в последние 3 мес
- Признаки кровотечения или геморрагического диатеза
- Изменение структуры мозговых сосудов (АВМ, аневризмы)
- Расслоение аорты

Относительные

- Ишемический инсульт в предшеств. >3 мес.
- Деменция или в/черепная патология, не указанная в абс. п/показ.
- Недавнее внутреннее кровотечение (2-4 нед.)
- Стрептокиназа >5 сут. назад
- Лечение непрямым антикоагул.
- Беременность
- Пункция сосудов, не поддающихся прижатию
- Травматичная реанимация или операция в последние 3 недели
- Рефрактерная АГ (АД >180/110)
- Обострение ЯБ

Схемы лечения тромболитиками



Препарат	Схема введения	Побочные эффекты
Стрептокиназа	Вводится в/в в дозе 1 500 000 МЕ за 30-60 мин в небольшом количестве 0,9% раствора хлорида натрия	Снижение АД, брадикардия, анафилактическая реакция вплоть до шока
Алтеплаза (Актилизе)	Вводится в/в (предварительно препарат растворяют в 100-200 мл дистиллированной воды или 0,9% раствора хлорида натрия) по схеме «болюс + инфузия». Доза препарата 1 мг/кг МТ (но не более 100 мг). Болюс составляет 15 мг; последующая инфузия 0,75 мг/кг МТ за 30 мин (но не более 50 мг), затем 0,5 мг/кг (но не более 35 мг) за 60 мин (общая продолжительность инфузии 1,5 часа)	Кровотечения различной степени тяжести
Тенектеплаза (Метализе)	Дозировка определяется МТ больного: 30 мг при МТ < 60 кг, 35 мг при 60-70 кг, 40 мг при 70-80 кг; 45 мг при 80-90 кг и 50 мг при МТ > 90 кг	Кровотечения различной степени тяжести
Проурокиназа (пууролаза)	вводится в/в (предварительно препарат растворяют в 100-200 мл дист. воды или 0,9% раствора хлорида натрия) по схеме «болюс + инфузия». Болюс составляет 2 000 000 МЕ; последующая инфузия 6 000 000 МЕ в течение 30-60 мин	Кровотечения различной степени тяжести

Изменения в инструкцию по медицинскому применению препарата Фортелизин® (экспертиза результатов исследования ФРИДОМ1, Решение Минздрава России №20-3-4041742/ИД/ИЗМ от 24.07.2017)



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Рязановский пер., 3, с. Москва, ГСП-4, 127994
тел.: 628-44-53, факс: 628-50-58

ООО "СупраГен"

119270, г. Москва,
наб. Лужнецкая, д.6, стр. 1,
оф. 301

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Р

МИНЗДРАВ РОССИИ
ЛП-001941-24.07.17
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
СОТДАСОБАНО

ИНСТРУКЦИЯ

по медицинскому применению лекарственного препарата

ФОРТЕЛИЗИН® (Fortelyzin®)

наименование лекарственного препарата

На № 24.07.2017 № 20-3-4041742/ИД/ИЗМ
от _____

Решение о внесении изменений в документ, содержащийся в регистрационном досье на зарегистрированный лекарственный препарат для медицинского применения



Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии со статьей 30 Федерального закона от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» и на основании представленного заявления № 83012 (вх. № 4041742 от 04.04.2017) и документов по результатам проведенных экспертиз принято решение о внесении изменений в документы, содержащиеся в регистрационном досье на зарегистрированный лекарственный препарат для медицинского применения:

Фортелизин®

(торговое наименование лекарственного средства)

Рекомбинантный белок, содержащий аминокислотную последовательность стафилокиназы

(международное непатентованное, или группировочное, или химическое наименование лекарственного средства)

лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения, 5 мг (745 000 МЕ)

(лекарственная форма, дозировка)

Общество с ограниченной ответственностью "СупраГен" (ООО "СупраГен"), Россия

143422, Московская обл., Красногорский район, с. Петрово-Дальнее, "Биомед" им. Мечникова

(наименование и адрес места осуществления производства)

ЛП-001941 от 18.12.2012

Регистрационный номер: ЛП-001941

Торговое наименование: ФОРТЕЛИЗИН® (Fortelyzin®)

Международное непатентованное или группировочное наименование

Химическое название: рекомбинантный белок, содержащий аминокислотную последовательность стафилокиназы.

Лекарственная форма: лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения.

Состав:

1 флакон с лиофилизатом содержит:

действующее вещество: Фортеплазе® (рекомбинантный белок, содержащий аминокислотную последовательность стафилокиназы) 5 мг (745 000 МЕ);

вспомогательные вещества: L-аргинина 15,0 мг, L-гистидина 2,0 мг, глицина 30,0 мг, повидона-17 20,0 мг, полисорбата-20 0,4 мг;

1 ампула растворителя содержит – Натрия хлорида раствора для инъекций 0,9 % – 5 мл.

Раздел**Обновление в ИМП**

Показания к применению	Острый инфаркт миокарда (в первые 12 часов)
Способ применения и дозы	Однократный болюс (15 мг), рекомендуемый для применения на догоспитальном этапе
Противопоказания	Исключен показатель «Кардиогенный шок (IV класс по Киллипу)»
Фармокинетика	Период полувыведения Фортелизина® составляет $t_{1/2 \alpha} = 5,77 \pm 0,72$ (мин); $t_{1/2 \beta} = 32,08 \pm 4,11$ (мин)
Особые указания Иммуногенность	Исследование нейтрализующей активности плазмы крови пациентов, которым вводился Фортелизин®, показало, что введение препарата не приводит к образованию антител, способных нейтрализовать действие препарата при повторном введении
ЧКВ	Применение препарата Фортелизин® не требует отсрочки проведения ЧКВ

Тромболитическая терапия

Если в качестве реперфузии выбрана ТЛТ, то ее следует начать как можно раньше, лучше на догоспитальном этапе

I

A

Рекомендуется назначение фибринспецифических тромболитиков (например, тенектеплаза, альтеплаза, ретеплаза)

I

B

У пациентов ≥ 75 лет рекомендуется половинная доза тенектеплазы

IIa

B

Сопутствующая антитромбоцитарная терапия

Показан в/в или пероральный аспирин

I

B

В дополнение к аспирину показан клопидогрель

I

A

ДАТ (АСК + инг P2Y₁₂-R тромбоцитов) показана в период времени до одного года у пациентов с ТЛТ и последующим ЧКВ

I

C

Приказ МЗ РФ №456 от 05.07.16 «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST»

Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	ССД

Приказ МЗ РФ №457 от 05.07.16 «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при остром трансмуральном инфаркте»

Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	ССД
Тенектеплаза		50
Проурокиназа		6 000 000
Альтеплаза		100

Тромболизис: последующие действия

Перевод в ЧКВ-центр показан всем больным немедленно после проведения тромболизиса

I

A

Вмешательства после тромболизиса

Спасительное ЧКВ показано немедленно после ТЛТ при его неуспешности (снижение ST<50% к 60-90-й минуте от начала ТЛТ) или в любое время при наличии электрической/гемодинамической нестабильности или при нарастании ишемии

I

A

Неотложное ЧКВ показано в случае повторной ишемии или признаках реокклюзии после начально успешного тромболизиса

I

B

Неотложная ангиография с оценкой возможности реваскуляризации показана больным с ОСН/шоком

I

A

Ангиография и ЧКВ инфаркт-связанной артерии, если показаны, рекомендуются через 2-24 часа после начально успешного тромболизиса

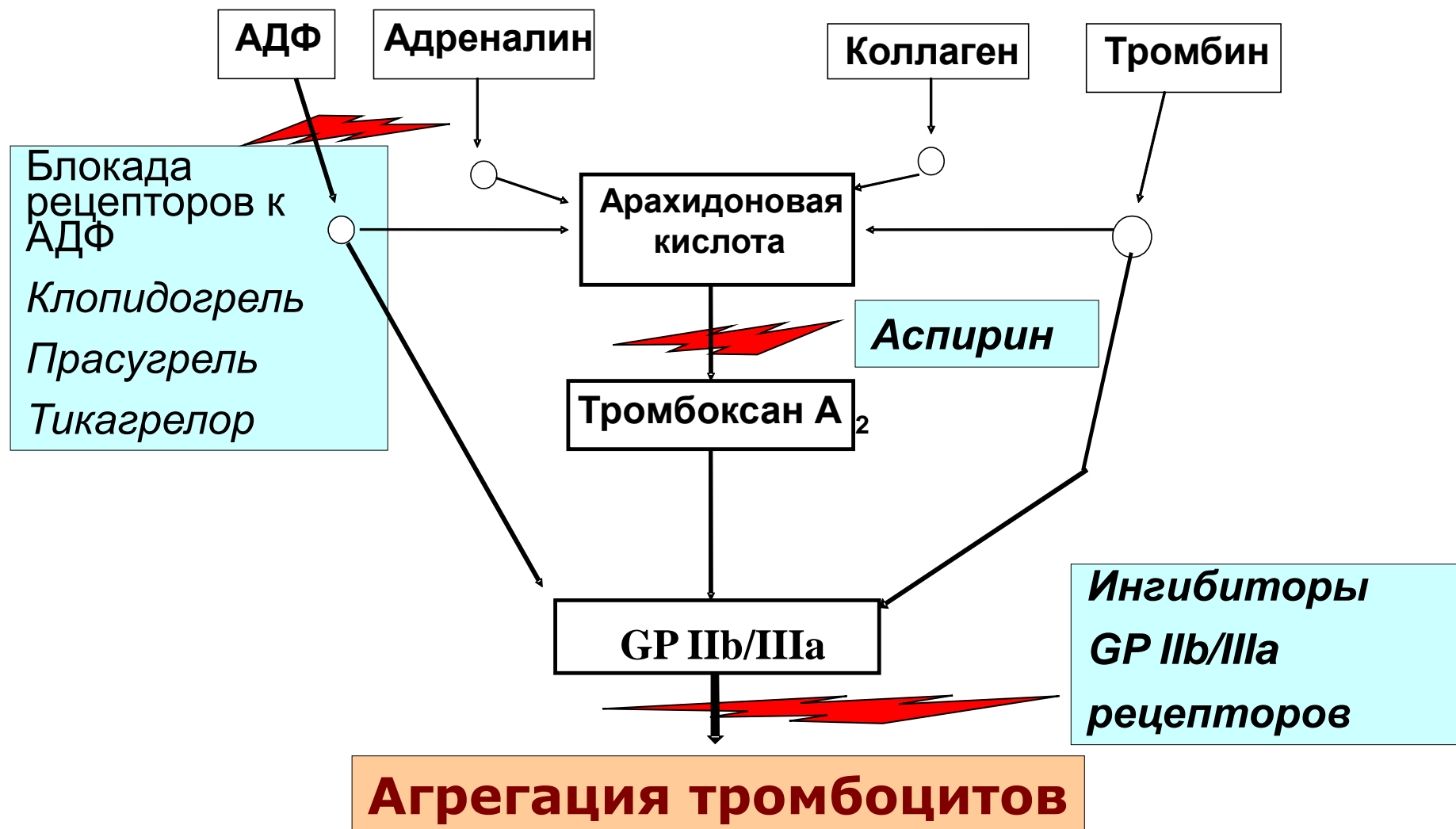
I

A

Стандарт лечения больного с инфарктом миокарда

1. аспирин – нагрузочная доза 250 мг, затем 75-100 мг в сутки
2. тикагрелор (брилинта) – нагрузочная доза 180 мг, затем 90 мг 2 раза в сутки или клопидогрель (плавикс зилт, плагрил) – нагрузочная доза 300 мг ИЛИ 600 мг (перед ЧКВ), затем 75 мг в сутки
3. фондапаринукс (арикстра) 2,5 мг п/к один раз в день ИЛИ эноксапарин (клексан) 0,4 мл – 0,8 мл п/к два раза в день
4. бета-блокатор – метопролола сукцинат (беталок зок, метозок), бисопролол (конкор, бидоп, нипертен), карведилол (акридилол), пропранолол (анаприлин, обзидан, индерал)
5. ингибитор АПФ – лизиноприл (диротон), зофеноприл (зокардис), каптоприл (капотен) ИЛИ сартаны – валсартан (нортиван)
6. статины – аторвастатин (аторис), розувастатин (крестор, роксера тевастор)
7. спиронолактон (верошпирон)

Механизм действия антитромбоцитарных средств



Для достижения быстрого эффекта рекомендуется однократная нагрузочная доза АСК 250 мг**

Для тех, кто не может проглотить таблетку, возможно внутривенное введение 150 мг АСК (эта доза эквивалентна 300 мг, данным per os)**

Рекомендуется сочетание АСК с ингибитором P2Y₁ - рецепторов тромбоцитов (двойная антитромбоцитарная терапия – ДАТТ), если не планируется срочная операция коронарного шунтирования (КШ) и нет противопоказаний (чрезмерный риск серьезных кровотечений)**



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клинические рекомендации

**Острый инфаркт миокарда с
подъемом сегмента ST
электрокардиограммы**

МКБ 10:
I21.0/I21.1/I21.2/I21.3/I21.4/I21.9/I22.0/I22.1/I22.8/I22.9/I24.0/I24.8

Год утверждения (частота пересмотра): 2016 (пересмотр каждые 3 года)

Рекомендуется клопидогрел (нагрузочная доза 300-600 мг, поддерживающая — 75 мг 1 раз в сутки) в добавление к АСК** у больных, которые не могут получить тикагрелор или нуждаются в приеме пероральных антикоагулянтов**

Обычная величина нагрузочной дозы составляет 300 мг

При планирующемся первичном ЧКВ ее следует увеличить до 600 мг

Оправданность применения нагрузочной дозы у лиц старше 75 лет, которым не предполагается проведение первичного ЧКВ, не установлена (рекомендуемая величина первой дозы клопидогрела в этих случаях — 75 мг)**



Клинические рекомендации

Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы

МКБ 10:
I21.0/I21.1/I21.2/I21.3/I21.4/I21.9/I22.0/I22.1/I22.8/I22.9/I24.0/I24.8

Год утверждения (частота пересмотра): 2016 (пересмотр каждые 3 года)

Приказ МЗ РФ №456 от 05.07.16 «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST»

Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	ССД
Ацетилсалициловая кислота		250
Клопидогрель		300
-		

Приказ МЗ РФ №457 от 05.07.16 «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при остром трансмуральном инфаркте»

Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	ССД
Ацетилсалициловая кислота		250
Клопидогрель		300
Тикагрелор		180

Стандарт лечения больного с инфарктом миокарда

1. аспирин – нагрузочная доза 250 мг, затем 75-100 мг в сутки
2. тикагрелор (брилинта) – нагрузочная доза 180 мг, затем 90 мг 2 раза в сутки
или клопидогрель (плавикс зилт, плагрил) – нагрузочная доза 300 мг ИЛИ 600 мг (перед ЧКВ), затем 75 мг в сутки
3. фондапаринукс (арикстра) 2,5 мг п/к один раз в день ИЛИ эноксапарин (клексан) 0,4 мл – 0,8 мл п/к два раза в день
4. бета-блокатор – метопролола сукцинат (беталок зок, метозок), бисопролол (конкор, бидоп, нипертен), карведилол (акридиллол), пропранолол (анаприлин, обзидан, индерал)
5. ингибитор АПФ – лизиноприл (диротон), зофеноприл (зокардис), каптоприл (капотен) ИЛИ сартаны – валсартан (нортиван)
6. статины – аторвастатин (аторис), розувастатин (крестор, роксера тевастор)
7. спиронолактон (верошпирон)

Антикоагулянты (антитромбины)

- Нефракционированный гепарин (НФГ)
- Низкомолекулярный гепарин (НМГ)
- Фондапаринукс (арикстра)
- Бивалирудин (ангиокс)

Рекомендуется парентеральное введение антикоагулянтов

Рекомендуется использовать нефракционированный гепарин (НФГ) во время ЧКВ, при тромболитической терапии (ТЛТ), для профилактики и лечения артериальных или венозных тромбозов и тромбоэмболий (ТЭ)

Рекомендуется использовать эноксапарин натрия при ТЛТ, во время ЧКВ, для профилактики и лечения артериальных или венозных тромбозов и тромбоэмболий (ТЭ)**

Рекомендуется использовать фондапаринукс натрия при ТЛТ стрептокиназой, у больных, оставшихся без реперфузионного лечения, для профилактики и лечения венозного тромбоза и тромбоэмболии легочных артерий

Рекомендуется прекратить введение антикоагулянтов после успешного завершения ЧКВ, если к ним нет иных показаний



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клинические рекомендации

**Острый инфаркт миокарда с
подъемом сегмента ST
электрокардиограммы**

МКБ 10:
I21.0/I21.1/I21.2/I21.3/I21.4/I21.9/I22.0/I22.1/I22.8/I22.9/I24.0/I24.8
Год утверждения (частота пересмотра): 2016 (пересмотр каждые 3 года)

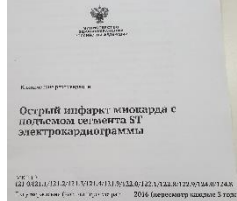
Приказ МЗ РФ №456 от 05.07.16 «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST»

Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	ССД
Эноксапарин натрия		80
Гепарин натрия		5 000

Приказ МЗ РФ №457 от 05.07.16 «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при остром трансмуральном инфаркте»

Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	ССД
Эноксапарин натрия		80
Гепарин натрия		4 000

Критерии оценки качества медицинской помощи



№	Критерий качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
1	Выполнено ЭКГ в течение 10 мин на месте первого контакта с медицинским работником	I	A
2	Выполнена определение уровня биохимических маркеров повреждения кардиомиоцитов в крови	I	A
3	Проведена стратификации риска неблагоприятного исхода на этапе диагностики	I	A
4	Проведен учет временных интервалов от момента обращения за медицинской помощью до начала реперфузионного лечения	I	B
5	Проведен учет временных интервалов от момента обращения за медицинской помощью до начала реперфузионного лечения	I	A
6	Выполнена ТЛТ в первые 30 мин после контакта с медицинским работником	I	B
7	Выполнена реперфузионная терапия в первые 12 часов от начала симптомов	I	A
8	Выполнено лечение АСК	I	A
9	Проведено лечение пероральным ингибитором P2Y ₁ -рецепторов тромбоцитов (тикагрелор или клопидогрел)	I	A
10	Выполнено использование антикоагулянта	I	A

Стандарт лечения больного с инфарктом миокарда

1. аспирин – нагрузочная доза 500 мг, затем 75-100 мг в сутки
2. тикагрелор (брилинта) – нагрузочная доза 180 мг, затем 90 мг 2 раза в сутки или клопидогрель (плавикс зилт, плагрил) – нагрузочная доза 300 мг ИЛИ 600 мг (перед ЧКВ), затем 75 мг в сутки
3. фондапаринукс (арикстра) 2,5 мг п/к один раз в день ИЛИ эноксапарин (клексан) 0,4 мл – 0,8 мл п/к два раза в день
4. бета-блокатор – метопролола сукцинат (беталок зок, метозок, эгилок С), бисопролол (конкор, бидоп, нипертен), карведилол (акридилол), пропранолол (анаприлин, обзидан, индерал)
5. ингибитор АПФ – лизиноприл (диротон), зофеноприл (зокардис), каптоприл (капотен) ИЛИ сартаны – валсартан (нортиван)
6. статины – аторвастатин (аторис), розувастатин (крестор, роксера тевастор)
7. спиронолактон (верошпирон)

Рекомендуется пероральный прием бета-адреноблокаторов всем больным с ИМпST, не имеющим противопоказаний

Рекомендуется пероральный прием бета-адреноблокаторов при ИМпST больным с сердечной недостаточностью (СН) или сниженной фракцией выброса (ФВ) левого желудочка

Рекомендуется внутривенное введение бета-адреноблокаторов при ИМпST больным с высоким АД, тахикардией, не имеющим признаков СН

Не рекомендуется внутривенное введение бета-адреноблокаторов при ИМпST с артериальной гипотонией или СН



Клинические рекомендации

Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы

МКБ 10:
I21.0/I21.1/I21.2/I21.3/I21.4/I21.9/I22.0/I22.1/I22.8/I22.9/I24.0/I24.8
Год утверждения (частота пересмотра): 2016 (пересмотр каждые 3 года)

Приказ МЗ РФ №456 от 05.07.16 «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST»

Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	ССД
Пропранолол		40
Метопролол		15

Приказ МЗ РФ №457 от 05.07.16 «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при остром трансмуральном инфаркте»

Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	ССД
Пропранолол		40
Метопролол		15

Бета-блокаторы

I поколение – пропранолол (обзидан, индерал, анаприлин)
20-320 мг

II поколение:

- бисопролол (конкор, бидоп, нипертен, коронал, бисокард, бисогамма, бипрол) 2,5-10 мг/сут
- метопролола тартрат (эгилок, корвитол, вазокардин, метокард) 25-100 мг/сут
- метопролола сукцинат (беталок зок, эгилок С, метозок) 25-200мг/сут

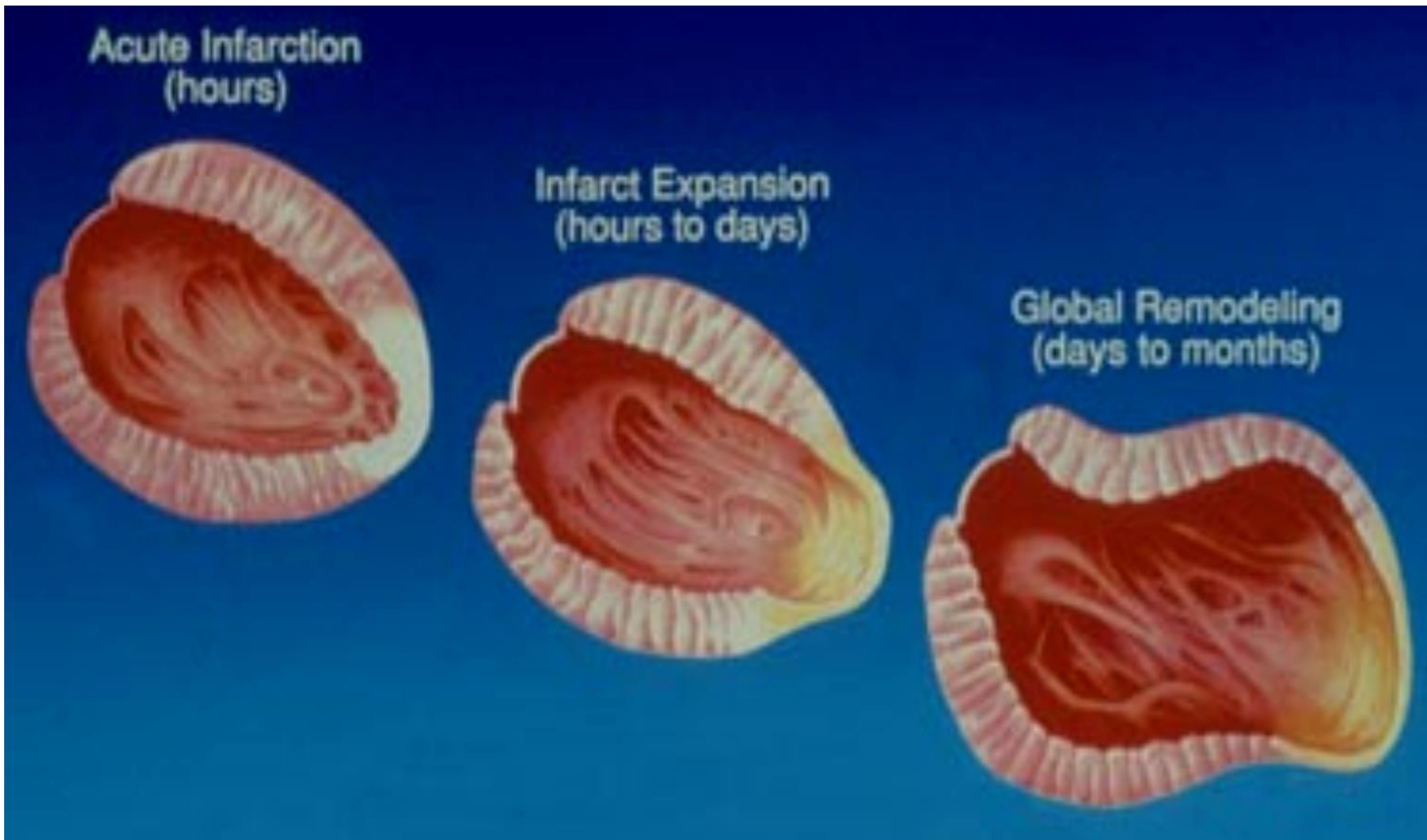
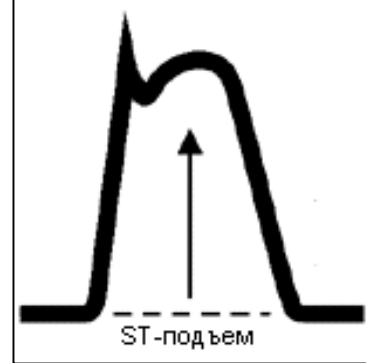
III поколение:

- карведилол (дилатренд, акридиллол, кориол) 6,25-50 мг/сут
- небиволол (небилет, бинелол) 5-10 мг/сут

Стандарт лечения больного с инфарктом миокарда

1. аспирин – нагрузочная доза 500 мг, затем 75-100 мг в сутки
2. тикагрелор (брилинта) – нагрузочная доза 180 мг, затем 90 мг 2 раза в сутки или клопидогрель (плавикс зилт, плагрил) – нагрузочная доза 300 мг ИЛИ 600 мг (перед ЧКВ), затем 75 мг в сутки
3. фондапаринукс (арикстра) 2,5 мг п/к один раз в день ИЛИ эноксапарин (клексан) 0,4 мл – 0,8 мл п/к два раза в день
4. бета-блокатор – метопролола сукцинат (беталок зок, метозок), бисопролол (конкор, бидоп, нипертен), карведилол (акридилол), пропранолол (анаприлин, обзидан, индерал)
5. ингибитор АПФ – лизиноприл (диротон), зофеноприл (зокардис), каптоприл (капотен) ИЛИ сартаны – валсартан (диован, вальсакор, нортиван)
6. статины – аторвастатин (аторис), розувастатин (крестор, роксера тевастор)
7. спиронолактон (верошпирон)

ИМ пСТ: ИАПФ



Рекомендуется начать титрование дозы ингибиторов АПФ в первые 24 часа ИМпST у больных с СН, сниженной ФВ ЛЖ, сахарным диабетом или ИМ передней локализации

Рекомендуется использовать ингибиторы АПФ у всех больных ИМпST, не имеющих противопоказаний

Рекомендуется использовать блокаторы рецептора ангиотензина, предпочтительно валсартан, вместо ингибиторов АПФ при ИМпST у больных с СН, сниженной ФВ ЛЖ или АГ, которые не переносят ингибиторы АПФ



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клинические рекомендации

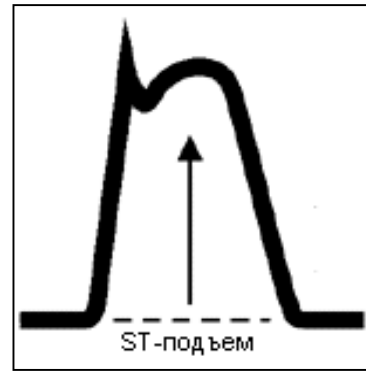
**Острый инфаркт миокарда с
подъемом сегмента ST
электрокардиограммы**

МКБ 10:
I21.0/I21.1/I21.2/I21.3/I21.4/I21.9/I22.0/I22.1/I22.8/I22.9/I24.0/I24.8
Год утверждения (частота пересмотра): 2016 (пересмотр каждые 3 года)

ИМ пST: ИАПФ

1. С первых суток заболевания
2. При САД > 100 мм рт.ст.
3. Препараты выбора:

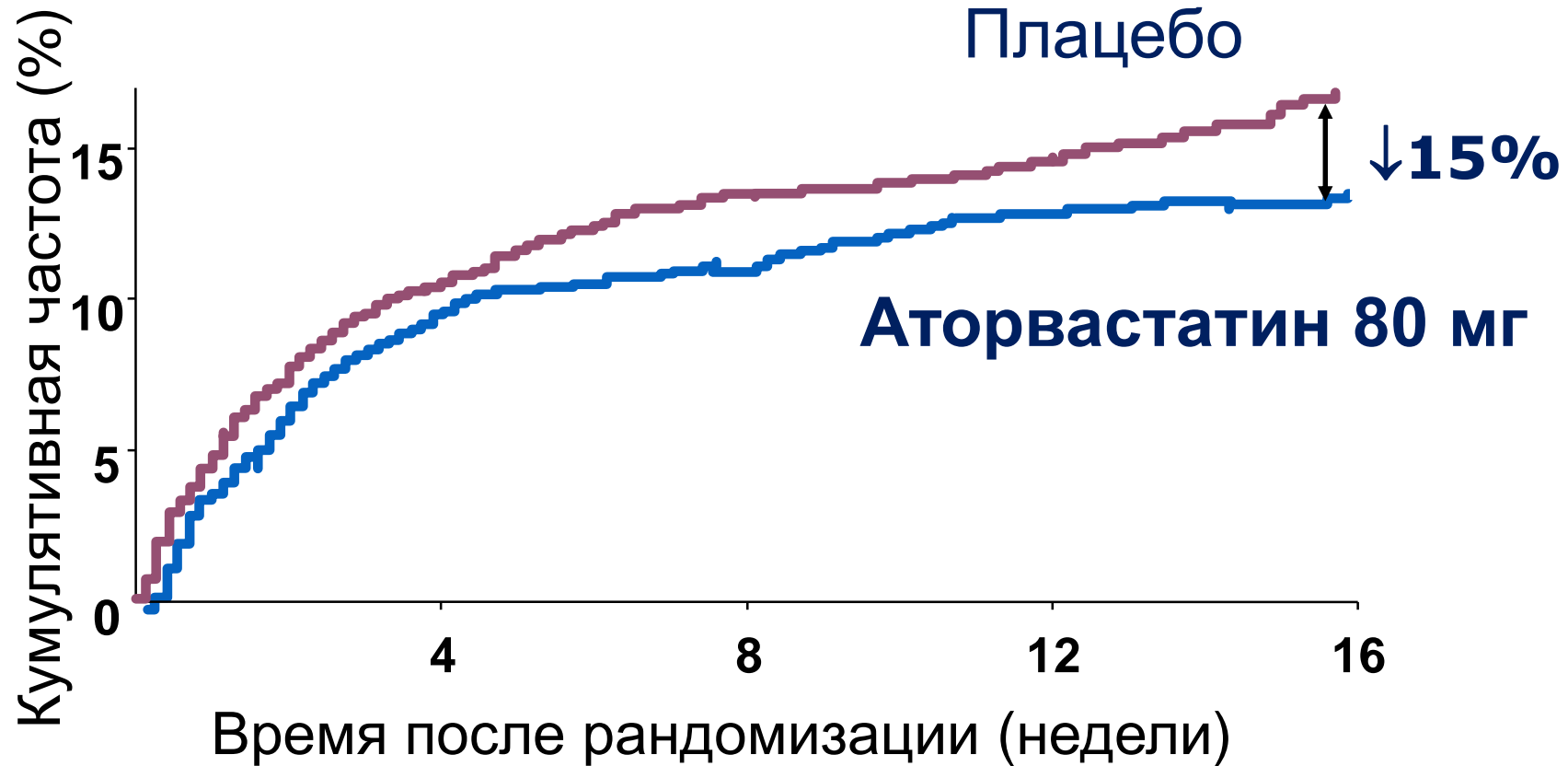
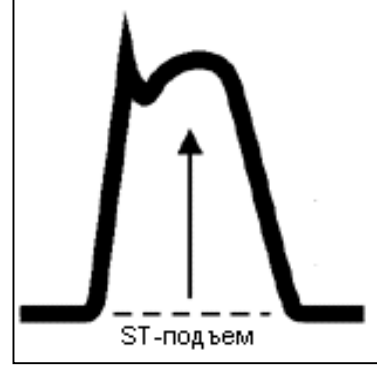
- Каптоприл
- Лизиноприл
- Зофеноприл



Стандарт лечения больного с инфарктом миокарда

1. аспирин – нагрузочная доза 500 мг, затем 75-100 мг в сутки
2. тикагрелор (брилинта) – нагрузочная доза 180 мг, затем 90 мг 2 раза в сутки или клопидогрель (плавикс зилт, плагрил) – нагрузочная доза 300 мг ИЛИ 600 мг (перед ЧКВ), затем 75 мг в сутки
3. фондапаринукс (арикстра) 2,5 мг п/к один раз в день ИЛИ эноксапарин (клексан) 0,4 мл – 0,8 мл п/к два раза в день
4. бета-блокатор – метопролола сукцинат (беталок зок, метозок), бисопролол (конкор, бидоп, нипертен), карведилол (акридилол), пропранолол (анаприлин, обзидан, индерал)
5. ингибитор АПФ – лизиноприл (диротон), зофеноприл (зокардис), каптоприл (капотен) ИЛИ сартаны – валсартан (нортиван)
6. статины – аторвастатин (аторис), розувастатин (крестор, роксера, тевастор)
7. спиронолактон (верошпирон)

ИМ пST: *статины* (исследование *MIRACL*)



Myocardial Ischemia Reduction with Aggressive Cholesterol Lowering Study Group. JAMA 2001; 285: 1711-8.

Статины

Рекомендации для пациентов с ОИМ с подъемом сегмента ST	Класс	Уровень
Начало или продолжение терапии статинами в высоких дозах показано всем пациентам в наиболее ранние сроки после поступления при отсутствии противопоказаний и непереносимости, вне зависимости от исходного уровня холестерина	I	A

2012 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation

Рекомендации для пациентов с ОИМ без подъема сегмента ST	Класс	Уровень
Терапия статинами в высоких дозах рекомендовано начать в наиболее ранние сроки от момента поступления и продолжить в дальнейшем при отсутствии противопоказаний	I	A

2015 ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation

Рекомендуется как можно быстрее определить уровень липидов в крови натощак, предпочтительно в первые 24 ч после госпитализации

Рекомендуется начать или продолжить лечение высокой дозой статинов (в частности, аторвастатином в суточной дозе 80 мг) вне зависимости от исходного уровня холестерина, если к ним нет противопоказаний и высокие дозы статинов хорошо переносятся



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клинические рекомендации

**Острый инфаркт миокарда с
подъемом сегмента ST
электрокардиограммы**

МКБ 10:
I21.0/I21.1/I21.2/I21.3/I21.4/I21.9/I22.0/I22.1/I22.8/I22.9/I24.0/I24.8

Год утверждения (частота пересмотра): 2016 (пересмотр каждые 3 года)

Стандарт лечения больного с инфарктом миокарда

1. аспирин – нагрузочная доза 500 мг, затем 75-100 мг в сутки
2. тикагрелор (брилинта) – нагрузочная доза 180 мг, затем 90 мг 2 раза в сутки или клопидогрель (плавикс зилт, плагрил) – нагрузочная доза 300 мг ИЛИ 600 мг (перед ЧКВ), затем 75 мг в сутки
3. фондапаринукс (арикстра) 2,5 мг п/к один раз в день ИЛИ эноксапарин (клексан) 0,4 мл – 0,8 мл п/к два раза в день
4. бета-блокатор – метопролола сукцинат (беталок зок, метозок), бисопролол (конкор, бидоп, нипертен), карведилол (акридиллол), пропранолол (анаприлин, обзидан, индерал)
5. ингибитор АПФ – лизиноприл (диротон), зофеноприл (зокардис), каптоприл (капотен) ИЛИ сартаны – валсартан (нортиван)
6. статины – аторвастатин (аторис), розувастатин (крестор, роксера, тевастор)
7. спиронолактон (верошпирон), эплеренон (инспра)

Рекомендуется использовать блокаторы рецептора альдостерона, предпочтительно эплеренон, в добавление к бета-адреноблокаторам и ингибиторам АПФ у больных с ИМпST и ФВ ЛЖ $\leq 40\%$ в сочетании с СН или сахарным диабетом при условии, что нет почечной недостаточности и гиперкалиемии



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клинические рекомендации

**Острый инфаркт миокарда с
подъемом сегмента ST
электрокардиограммы**

МКБ 10:
I21.0/I21.1/I21.2/I21.3/I21.4/I21.9/I22.0/I22.1/I22.8/I22.9/I24.0/I24.8

Год утверждения (частота пересмотра): 2016 (пересмотр каждые 3 года)



ESC

European Society
of Cardiology

European Heart Journal (2017) 00, 1–66
doi:10.1093/eurheartj/ehx393

ESC GUIDELINES

2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation

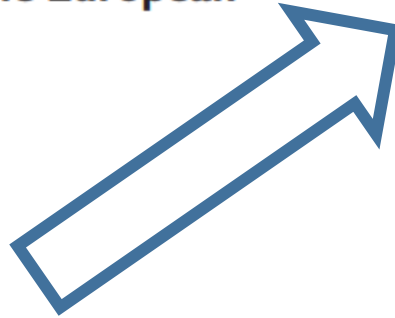
The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC)

Европейские клинические рекомендации по лечению ОИМ с подъемом сегмента ST рекомендуют включение АМКР эплеренона в комплексную терапию ОИМ

7.8 Mineralocorticoid/aldosterone receptor antagonists

Mineralocorticoid receptor antagonist (MRA) therapy is recommended in patients with LV dysfunction (LVEF $\leq 40\%$) and heart failure after STEMI.^{397–400} Eplerenone, a selective aldosterone receptor antagonist, has been shown to reduce morbidity and mortality in these patients. The Eplerenone Post-AMI Heart failure Efficacy and SURvival Study (EPHESUS) randomized 6642 post-MI patients with LV dysfunction (LVEF $\leq 40\%$) and symptoms of heart failure/diabetes to eplerenone or placebo within 3–14 days after their infarction.³⁹⁷ After a mean follow-up of 16 months, there was a 15% relative reduction in total mortality and a 13% reduction in the composite of death and hospitalization for cardiovascular events.

Two recent studies have indicated a beneficial effect of early treatment with MRA in the setting of STEMI without heart failure. The Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Trial Evaluating The Safety And Efficacy Of Early Treatment With Eplerenone In Patients With Acute Myocardial Infarction (REMINDER) trial randomized 1012 patients with acute STEMI without heart failure to eplerenone or placebo within 24 h of symptom onset.⁴⁰¹ After 10.5 months, the primary combined endpoint [CV mortality, re-hospitalization, or extended initial hospital stay due to diagnosis of heart failure, sustained ventricular tachycardia or fibrillation, ejection fraction $\leq 40\%$, or elevated B-type natriuretic peptide (BNP)/N-terminal pro B-type natriuretic peptide (NT-proBNP)] occurred in 29.4% of the active group vs. 18.7% in the placebo group ($P < 0.0001$), with the difference pri-



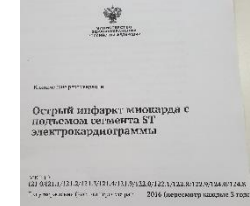
Национальные рекомендации ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению ХСН (четвертый пересмотр), 2013

ISSN 1728-4651.

Журнал Сердечная Недостаточность. Том 14, №7 (81), 2013

G) Из АМКР применение **спиронолактона** должно быть ограничено ХСН III–IV ФК и периодами обострения декомпенсации. Применение **эплеренона** показано пациентам II–IV ФК и является оптимальным при длительном лечении больных.

Критерии оценки качества медицинской помощи



№	Критерий качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
1	Выполнено лечение ингибиторами АПФ или блокаторами ангиотензиновых рецепторов у больных с ФВ ЛЖ ФВ $\leq 40\%$ или с клиническими проявлениями СН	I	A
2	Выполнено лечение бета-адреноблокаторами у больных с ФВ ЛЖ ФВ $\leq 40\%$ или с клиническими проявлениями СН	I	A
3	Проведено лечение высокой дозой статина	I	A
4	Выполнено ультразвуковое исследование сердца с оценкой ФВ ЛЖ до выписки из стационара I A	I	A
5	Выполнено включение больных в программу по вторичной профилактике и реабилитации	I	B

**После эпизода острого
коронарного синдрома крайне
важным является лечение
на амбулаторном этапе!!!**

Зарегистрировано в Минюсте России 14 февраля 2013 г. N 27072

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

от 21 декабря 2012 г. N 1344н

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

В соответствии со [статьей 46](#) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446) приказываю:

Утвердить Порядок проведения диспансерного наблюдения согласно приложению.

Министр
В.И.СКВОРЦОВА

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

от 13 марта 2019 г. N 124н

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ
ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ**

В соответствии со [статьей 46](#) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2013, N 48, ст. 6165; 2016, N 27, ст. 4219) приказываю:

1. Утвердить порядок проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения согласно приложению.
2. Признать утратившими силу:

приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации [от 6 декабря 2012 г. N 1011н](#) "Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 декабря 2012 г., регистрационный N 26511);

приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации [от 26 октября 2017 г. N 869н](#) "Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 12 декабря 2017 г., регистрационный N 49214).

Министр

В.И. СКВОРЦОВА

Зарегистрировано в Минюсте России 25 апреля 2019 г. N 54513

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

от 29 марта 2019 г. N 173н

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ВЗРОСЛЫМИ

В соответствии со [статьей 46](#) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2013, N 48, ст. 6165; 2016, N 27, ст. 4219) приказываю:

1. Утвердить прилагаемый порядок проведения диспансерного наблюдения за взрослыми.
2. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации [от 21 декабря 2012 г. N 1344н](#) "Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 февраля 2013 г., регистрационный N 27072).

Министр

В.И. СКВОРЦОВА

I группа здоровья - граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, отсутствуют факторы риска развития таких заболеваний или имеются указанные факторы риска при низком или среднем абсолютном сердечно-сосудистом риске и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний)

II группа здоровья - граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, но имеются факторы риска развития таких заболеваний при высоком или очень высоком абсолютном сердечно-сосудистом риске, а также граждане, у которых выявлено ожирение и (или) гиперхолестеринемия с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более, и (или) лица, курящие более 20 сигарет в день, и (или) лица с выявленным риском пагубного потребления алкоголя и (или) риском потреблением наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний). Граждане со II группой здоровья с высоким или очень высоким абсолютным сердечно-сосудистым риском подлежат диспансерному наблюдению врачом (фельдшером) отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья, а также фельдшером фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, за исключением пациентов с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более, которые подлежат диспансерному наблюдению врачом-терапевтом. Гражданам со II группой здоровья при наличии медицинских показаний врачом-терапевтом назначаются лекарственные препараты для медицинского применения в целях фармакологической коррекции выявленных факторов риска

IIIa группа здоровья - граждане, имеющие хронические неинфекционные заболевания, требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний (состояний), нуждающиеся в дополнительном обследовании. По результатам дополнительного обследования группа здоровья гражданина может быть изменена. При наличии у пациента хронических неинфекционных заболеваний и одновременно других заболеваний (состояний), требующих диспансерного наблюдения, его включают в IIIa группу здоровья

IIIб группа здоровья - граждане, не имеющие хронические неинфекционные заболевания, но требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по поводу иных заболеваний, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний, нуждающиеся в дополнительном обследовании

**ПЕРЕЧЕНЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ СОСТОЯНИЙ (ГРУПП ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ СОСТОЯНИЙ), ПРИ НАЛИЧИИ КОТОРЫХ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ВЗРОСЛЫМ НАСЕЛЕНИЕМ
ВРАЧОМ-ТЕРАПЕВТОМ**

**Стабильная ишемическая болезнь сердца
(за исключением следующих заболеваний или состояний, по поводу которых осуществляется диспансерное наблюдение врачом-кардиологом:**

- стенокардия III - IV ФК в трудоспособном возрасте**
- перенесенный инфаркт миокарда и его осложнений в течение 12 месяцев после оказания медицинской помощи в стационарных условиях медицинских организаций**
- период после оказания высокотехнологичных методов лечения, включая кардиохирургические вмешательства в течение 12 месяцев после оказания медицинской помощи в стационарных условиях медицинских организаций)**

Клинические рекомендации

Стабильная ишемическая болезнь сердца

МКБ 10: I20.1/I20.8/I20.9/I25.0/I25.1/I25.2/I25.5/I25.6/I25.8/I25.9

**Год утверждения (частота пересмотра): 2016
(пересмотр каждые 3 года)**

ID: KP155 URL

Профессиональные ассоциации:

- **Российское кардиологическое общество**
- **Национальное общество по изучению атеросклероза**
Национальное общество по атеротромбозу

Во время сбора анамнеза рекомендуется уточнить факт табакокурения в настоящее время или в прошлом

Во время сбора анамнеза рекомендуется расспросить о случаях ССЗ у ближайших родственников пациента (отец, мать, родные братья и сестры)

Во время сбора анамнеза рекомендуется расспросить о случаях смерти от ССЗ ближайших родственников пациента (отец, мать, родные братья и сестры)

Во время физикального обследования рекомендуется измерить рост (м) и вес (кг) и определить индекс массы тела

Всем пациентам рекомендуется проводить общий анализ крови с измерением уровней гемоглобина, эритроцитов и лейкоцитов

При наличии клинических оснований скрининг для выявления СД 2 типа рекомендуется начинать с измерения уровня гликозилированного гемоглобина крови и уровня глюкозы крови натощак

Всем пациентам рекомендуется провести исследование уровня креатинина крови с оценкой функции почек по клиренсу креатинина

Всем пациентам рекомендуется провести исследование липидного спектра крови натощак, включая оценку уровня холестерина липопротеидов низкой плотности

При наличии клинических оснований рекомендуется провести скрининг функции щитовидной железы для выявления заболеваний щитовидной железы

У пациентов с подозрением на сердечную недостаточность рекомендуется исследование уровня N-терминального фрагмента мозгового натрийуретического пептида крови

При клинической нестабильности состояния или при подозрении на ОКС для исключения некроза миокарда рекомендуется повторное измерение уровней тропонина крови высоко- или сверхвысококочувствительным методом

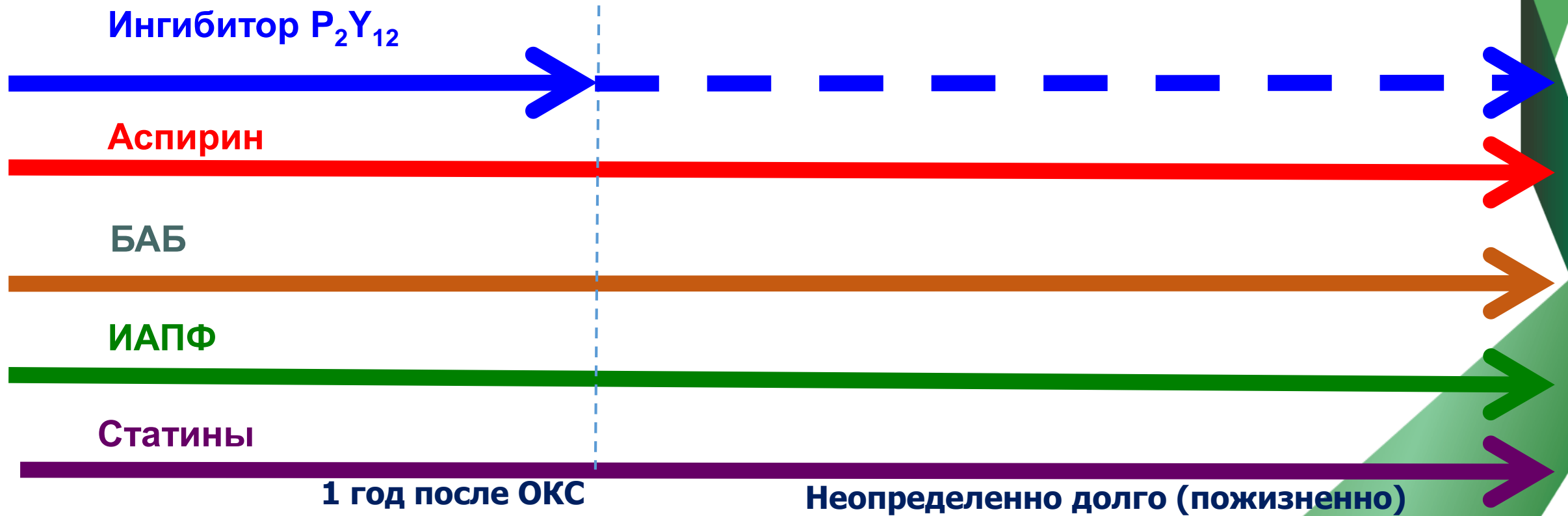
При повторных исследованиях у всех пациентов с диагнозом стабильной ИБС рекомендуется проводить ежегодный контроль липидного спектра, креатинина и метаболизма глюкозы

Всем пациентам с подозрением на ИБС при обращении к врачу рекомендуется выполнить электрокардиографию (ЭКГ) в покое и расшифровать электрокардиограмму

Трансторакальная эхокардиограмма (ЭхоКГ) в покое рекомендуется всем пациентам с подозрением на стабильную ИБС и при ранее доказанной стабильной ИБС

Ультразвуковое исследование сонных артерий при стабильной ИБС рекомендуется проводить для выявления атеросклероза сонных артерий как дополнительного ФР ССО

Как снизить смертность после перенесенного острого коронарного синдрома?



Рекомендуется диспансерное наблюдение за больными с неосложненными формами стабильной ИБС проводить силами врача-терапевта, врача общей практики (семейного врача)

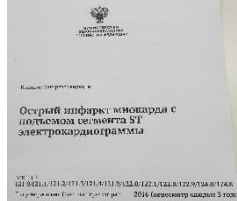
Рекомендуется диспансерное наблюдение за больными с осложненными формами стабильной ИБС проводить силами врача-кардиолога

При появлении новых или обострении старых симптомов у больных со стабильной ИБС рекомендуется проводить консультацию врача-кардиолога

Для решения вопроса о направлении больных со стабильной ИБС на ЭхоКГ, нагрузочные пробы, КАГ и на другие визуализирующие исследования — рекомендуется проводить консультацию врача-кардиолога

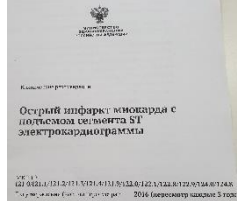
Контрольные амбулаторные осмотры больных со стабильной ИБС рекомендуется проводить каждые 4—6 месяцев на первом году лечения

Критерии оценки качества медицинской помощи



№	Критерий качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
1	Выполнено электрокардиографическое исследование	I	C
2	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	I	C
3	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, глюкоза, креатинкиназа)	I	C
4	Выполнен анализ крови биохимический по оценке нарушений липидного обмена	I	C
5	Выполнена эхокардиография	I	C
6	Выполнено дуплексное сканирование экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий (при отсутствии проведения на догоспитальном этапе в последние 12 месяцев)	I	C
7	Выполнена коронароангиография (при неэффективности медикаментозной терапии)	I	C

Критерии оценки качества медицинской помощи



№	Критерий качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
1	Проведена терапия ацетилсалициловой кислотой** и гиполипидемическими средствами, ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента и/или антагонистами рецепторов к ангиотензину II	I	C
2	Проведена терапия бета-адреноблокаторами и/или антагонистами кальция и/или нитратами и/или выполнено хирургическое вмешательство (при неэффективности медикаментозной терапии)	I	C

Лечение острого коронарного синдрома



Спасибо за внимание!