



ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

П Р И К А З

« 14 » 07 2026 г.

№ 650

Об утверждении регламента оказания медицинской помощи взрослым пациентам со стабильной ишемической болезнью сердца (стабильной стенокардией, хроническим коронарным синдромом) в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы

В целях совершенствования организации медицинской помощи взрослому населению города Москвы со стабильной ишемической болезнью сердца (стабильной стенокардией, хроническим коронарным синдромом), повышения ее качества, доступности и преемственности, а также с учетом значимого вклада ишемической болезни сердца в структуру смертности от болезней системы кровообращения и необходимости активного выявления пациентов с подозрением на ишемическую болезнь сердца для своевременной постановки диагноза и назначения лечения, профилактики прогрессирования заболевания и развития осложнений у пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением, внедрения единых клинических путей пациента и персонификации ответственности за исходы диспансерного наблюдения **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить Регламент оказания медицинской помощи взрослым пациентам со стабильной ишемической болезнью сердца (стабильной стенокардией, хроническим коронарным синдромом) в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы (приложение к настоящему приказу).

2. Руководителям медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих первичную медицинскую помощь взрослому населению, руководителям медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь взрослому населению в стационарных условиях, ознакомить сотрудников с приказом и обеспечить непрерывный контроль за неукоснительным



соблюдением требований настоящего приказа.

3. Начальнику Управления организации первичной медико-санитарной помощи Департамента здравоохранения города Москвы **Тяжельникову А.А.** организовать непрерывный мониторинг соблюдения алгоритма первичной диагностики стабильной ишемической болезни сердца (стабильной стенокардии, хронического коронарного синдрома), своевременности маршрутизации пациентов, охвата пациентов лекарственной терапией, эффективности диспансерного наблюдения и определение порядка реагирования при отклонении показателей от целевых значений.

4. Главному внештатному специалисту кардиологу Департамента здравоохранения города Москвы, научному руководителю Экспертно-аналитического центра по диагностике и лечению пациентов с болезнями системы кровообращения (Центр БСК) **Васильевой Е.Ю.** обеспечить:

4.1. Разработку образовательных программ и обучение совместно с директором Государственного бюджетного учреждения города Москвы «Московский центр аккредитации и профессионального развития в сфере здравоохранения» **Камашевой А.В.** принципам ведения пациентов с ишемической болезнью сердца (стабильной стенокардией), в том числе проведению нагрузочных электрокардиографических исследований участковых врачей (врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики), врачей-кардиологов и врачей функциональной диагностики медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению.

4.2. Подготовку методических материалов для врачей по вопросам организации и порядка оказания медицинской помощи взрослым пациентам со стабильной ишемической болезнью сердца (стабильной стенокардией, хроническим коронарным синдромом) совместно с директором государственного бюджетного учреждения города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы» **Аксеновой Е.И.**

4.3. Мониторинг и анализ диагностики и лечения пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца (стабильной стенокардией, хроническим коронарным синдромом).

Расходы на проведение исследования, назначенного вне установленных критериев, осуществляются за счет средств подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц с 1 октября 2026 г.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителей руководителя Департамента здравоохранения города Москвы **Рубцова Н.В., Покровского К.А.**

Министр Правительства Москвы,
руководитель Департамента
здравоохранения города Москвы



А.И. Хрипун



**Регламент оказания медицинской помощи взрослым пациентам
со стабильной ишемической болезнью сердца (стабильной стенокардией,
хроническим коронарным синдромом) в медицинских организациях
государственной системы здравоохранения города Москвы
(далее – регламент)**

1. Алгоритм записи пациента на прием

1.1. При записи пациента на прием с целью «плохое самочувствие или боль» к участковому врачу (врачу-терапевту, врачу-терапевту участковому, врачу общей практики (семейному врачу), в том числе осуществляющим ведение пациентов старших возрастных групп с множественными хроническими заболеваниями, посредством сервисов автоматизированной информационной системы города Москвы «Единой медицинской информационно-аналитической системы города Москвы» (далее – ЕМИАС) в случае указания жалоб на боль или иные неприятные ощущения в грудной клетке открывается опросник для скрининга предтестовой вероятности ишемической болезни сердца (далее – ИБС) с учетом факторов риска (далее – ПТВ). Расчет значения ПТВ осуществляется в ЕМИАС автоматически на основании ответов пациента на вопросы, результат в процентах отображается в электронной медицинской карте пациента (далее – ЭМК).

1.2. Опросник ПТВ не открывается пациентам с ранее установленными диагнозами инфаркт миокарда, ишемическая болезнь сердца (коды диагнозов по МКБ-10: I20.0, I20.1, I21, I22, I23, I24, I25), перенесшим стентирование или шунтирование коронарных артерий, а также пациентам с положительным результатом нагрузочного электрокардиографического или эхокардиографического исследования в течение последних 12 месяцев.

2. Алгоритм действий врача на первичном приеме

2.1. Участковый врач во время приема пациента с подозрением на ИБС (с симптомами стабильной стенокардии или ее эквивалентов) обязан:

2.1.1. Собрать и оценить информацию о состоянии пациента (жалобы, анамнез заболевания и анамнез жизни), провести физикальное обследование и оценить имеющуюся медицинскую документацию, в том числе в ЭМК.

2.1.2. Самостоятельно заполнить опросник ПТВ в протоколе осмотра.

Без заполненного врачом опросника ПТВ проведение диагностического поиска и установление предварительного диагноза в соответствии с разделом 3 настоящего регламента не может быть осуществлено.

2.1.3. При наличии в ЭМК данных о значении кальциевого индекса коронарных артерий (далее – КИ) скорректировать расчетное значение ПТВ в соответствии с приложением 1 к настоящему регламенту.

2.1.4. При наличии в ЭМК актуальных результатов исследований оценить их, при отсутствии – назначить (в соответствии с приложением 2 к настоящему регламенту):

- уровень холестерина липопротеинов низкой плотности (далее – ЛПНП);
- электрокардиографию (далее – ЭКГ) с фиксацией в протоколе осмотра наличия или отсутствия ишемических изменений;
- эхокардиографию (далее – ЭхоКГ) с фиксацией в протоколе осмотра фракции выброса левого желудочка и наличия или отсутствия нарушений локальной сократимости левого желудочка.

2.1.5. Определить и отразить в протоколе осмотра целевой уровень ЛПНП с использованием шкал SCORE2 или SCORE2-OP (для пациентов старше 70 лет) в соответствии с клиническими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации «Нарушения липидного обмена» (приложение 3 к настоящему регламенту).

2.1.6. Оценить и отразить в протоколе эффективность гиполипидемической терапии, при необходимости скорректировать ее, назначив лабораторный контроль уровня ЛПНП через 2 месяца в соответствии с клиническими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации «Нарушения липидного обмена» (приложение 4 к настоящему регламенту).

При уровне ЛПНП выше целевого значения в течение предшествующих 12 месяцев и отсутствии ранее назначенной гиполипидемической терапии врач обязан инициировать гиполипидемическую терапию. При ПТВ выше 15% инициация терапии необходима до получения результата ЛПНП.

2.1.7. Осуществить маршрутизацию пациента на выполнение нагрузочного исследования в соответствии со значением ПТВ в соответствии с приложением 2 к настоящему регламенту.

3. Алгоритм маршрутизации пациента на выполнение нагрузочного исследования в соответствии со значением ПТВ

3.1. Для определения дальнейшей маршрутизации пациента выделяются следующие группы риска ИБС на основании значения ПТВ (приложение 2 к настоящему регламенту):

- ПТВ < 5% – «ИБС маловероятна»;
- ПТВ от 5 до 15% включительно – «промежуточный риск ИБС»;
- ПТВ выше 15% – «умеренно-высокий риск ИБС».

3.2. Принятие решений по маршрутизации пациента осуществляется в зависимости от значения ПТВ, определенного врачом во время приема:

3.2.1. При значении ПТВ менее 5% диагноз ИБС у пациента маловероятен, врач обязан продолжить диагностический поиск, направленный на выявление иных причин жалоб у пациента.

3.2.2. При промежуточном риске ИБС (значение ПТВ от 5 до 15% включительно) и отсутствии противопоказаний и состояний, при которых проведение нагрузочного электрокардиографического исследования (велоэргометрия или тредмил-тест) (далее – стресс-ЭКГ) нецелесообразно в соответствии с клиническими рекомендациями Министерства здравоохранения

Российской Федерации «Стабильная ишемическая болезнь сердца» и приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 13.07.2026 № 634 «О порядке назначения нагрузочного электрокардиографического исследования с физической нагрузкой на тредмиле и велоэргометре (стресс-ЭКГ) взрослым пациентам в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы» (далее – противопоказания для проведения стресс-ЭКГ и состояния, при которых проведение стресс-ЭКГ нецелесообразно), врач устанавливает предварительный диагноз «Сердечно-сосудистая болезнь неуточненная» (код по МКБ-10: I51.6) и при наличии клинической картины, характерной для ИБС, назначает пациенту стресс-ЭКГ; при отсутствии клинической картины, характерной для ИБС, продолжает диагностический поиск, направленный на выявление иных причин жалоб у пациента.

3.2.3. При умеренно-высоком риске ИБС (значение ПТВ выше 15 %) и отсутствии противопоказаний для проведения стресс-ЭКГ и состояний, при которых проведение стресс-ЭКГ нецелесообразно, врач устанавливает предварительный диагноз «Стенокардия неуточненная» (код по МКБ-10: I20.9) и обязан назначить и записать пациента на стресс-ЭКГ во время приема в течение ближайших 7 дней, разъяснив важность и необходимость проведения исследования.

3.3. При наличии у пациента противопоказаний для проведения стресс-ЭКГ или состояний, при которых проведение стресс-ЭКГ нецелесообразно, врач обязан зафиксировать соответствующую информацию в протоколе осмотра и организовать маршрутизацию пациента в консультативно-диагностическое отделение (далее – КДО) медицинской организации государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающей специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь взрослым в стационарных условиях (далее – стационар) в порядке, установленном разделом 6 настоящего Регламента.

3.4. При отказе пациента от проведения стресс-ЭКГ, маршрутизации в КДО стационара, дообследования, в том числе инвазивного, подписанный пациентом отказ подлежит обязательному внесению в ЭМК. В указанном случае пациент направляется на консультацию к врачу-кардиологу поликлиники для определения дальнейшей тактики обследования и ведения.

4. Порядок назначения и проведения стресс-ЭКГ

4.1. Исследование стресс-ЭКГ назначается в целях первичной диагностики стабильной ИБС (при ПТВ 5% и более).

4.2. Назначение стресс-ЭКГ в целях первичной диагностики стабильной ИБС без оценки врачом ПТВ запрещено.

4.3. В иных случаях назначение стресс-ЭКГ возможно только в соответствии с критериями, установленными приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 13.07.2026 № 634 «О порядке назначения нагрузочного электрокардиографического исследования с физической нагрузкой на тредмиле и велоэргометре (стресс-ЭКГ) взрослым пациентам в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы». Оплата исследования, назначенного вне установленных критериев,

осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с 1 сентября 2026 г.

4.4. Проведение стресс-ЭКГ осуществляется в строгом соответствии с протоколом исследования в ЕМИАС, все поля протокола должны быть обязательно заполнены. Недостижение субмаксимальной частоты сердечных сокращений (далее – ЧСС) во время исследования без объективной причины является дефектом.

Объективными причинами недостижения субмаксимальной частоты сердечных сокращений считаются медикаментозное ограничение прироста ЧСС (прием β -адреноблокаторов или иных ритм-урежающих лекарственных препаратов) и документированное прекращение пробы по объективным критериям ее остановки. Прекращение исследования по этим причинам относит результат к неинформативному и дефектом не является.

4.5. Оценка результата стресс-ЭКГ осуществляется в соответствии с клиническими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации «Стабильная ишемическая болезнь сердца» (приложение 5 к настоящему регламенту).

5. Алгоритм действий участкового врача после проведения стресс-ЭКГ

5.1. Участковый врач в течение 3 рабочих дней после проведения стресс-ЭКГ обязан оценить результат исследования, удостовериться, что исследование выполнено корректно (достигнута субмаксимальная ЧСС, результат не является дефектным) и принять решение о дальнейшей маршрутизации пациента, проведя проактивно телемедицинскую консультацию пациента с разъяснением тактики:

5.1.1. При положительном или сомнительном результате стресс-ЭКГ участковый врач устанавливает предварительный диагноз «Стенокардия неуточненная» (код по МКБ-10: I20.9), назначает или корректирует гиполипидемическую терапию при фактическом уровне ЛПНП, превышающем целевое значение, и организует маршрутизацию пациента в КДО стационара в порядке, установленном разделом 6 настоящего Регламента.

5.1.2. При неинформативном результате стресс-ЭКГ участковый врач обязан повторно оценить наличие противопоказаний для проведения стресс-ЭКГ и состояний, при которых проведение исследования нецелесообразно, при отсутствии противопоказаний (состояний) – повторить исследование, при наличии – маршрутизировать пациента в КДО стационара в порядке, установленном разделом 6 настоящего Регламента.

5.1.3. При отказе пациента от маршрутизации в КДО стационара, для дообследования, в том числе инвазивного, отказ обязательно фиксируется в протоколе телемедицинской консультации. В указанном случае пациент направляется на консультацию к врачу-кардиологу поликлиники для определения дальнейшей тактики обследования и ведения.

5.1.4. При отрицательном результате стресс-ЭКГ диагноз стабильной ИБС у пациента маловероятен, врач обязан продолжить диагностический поиск, направленный на выявление иных причин жалоб у пациента.

В исключительных случаях, при типичной клинической картине стенокардии, наличии факторов риска ИБС и получении отрицательного результата стресс-ЭКГ врач-кардиолог поликлиники может организовать направление пациента в КДО стационара в порядке, установленном разделом 6 настоящего Регламента.

6. Порядок направления пациентов в КДО стационара

6.1. Поводом для обязательного направления в КДО стационара при первичной диагностике стабильной ИБС является:

- положительный или сомнительный результат стресс-ЭКГ у пациента;
- ПТВ 5% и более и у пациента есть противопоказания для проведения стресс-ЭКГ или состояния, при которых проведение стресс-ЭКГ нецелесообразно.

6.2. Поводом для возможного направления в КДО стационара может являться в исключительных случаях типичная клиническая картина ИБС при отрицательном результате стресс-ЭКГ по решению врача-кардиолога поликлиники.

6.3. В иных случаях направление пациента в КДО стационара с предварительным диагнозом стабильной ИБС недопустимо.

6.4. Направление пациента в КДО стационара осуществляется при наличии у пациента актуальных результатов исследований ЭКГ, ЭхоКГ, ЛПНП, стресс-ЭКГ (при отсутствии противопоказаний и состояний, при которых проведение стресс-ЭКГ нецелесообразно) (приложение 2 к настоящему регламенту).

6.5. Направление пациентов в КДО стационара осуществляется в целях установления окончательного диагноза, определения тактики лечения и осуществления реваскуляризации миокарда (при наличии показаний) посредством функционала ЕМИАС «Умная госпитализация» в соответствии с приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 16 марта 2026 г. № 151 «О реализации проекта «Умная госпитализация».

6.6. Заявки, сформированные врачами поликлиник в соответствии с регламентом проекта «Умная госпитализация», поступают на рассмотрение врачей КДО стационаров. По итогам рассмотрения отклик с приглашением пациента на консультацию должен содержать в обязательном порядке:

- предварительную дату консультации врачом-кардиологом КДО;
- предварительную дату проведения амбулаторного обследования в КДО с указанием видов исследований;
- предварительный период плановой госпитализации пациента (если таковая потребуется).

6.7. Участковый врач осуществляет контроль за получением информации об отклике КДО стационаров, информирование пациента о статусе рассмотрения заявки, согласование с пациентом предложений о получении плановой специализированной медицинской помощи.

6.8. По итогам решения врача КДО и выбора пациентом стационара, врач поликлиники формирует направление в соответствии с требованиями приказа

Департамента здравоохранения города Москвы от 16 марта 2026 г. № 151 «О реализации проекта «Умная госпитализация».

7. Алгоритм верификации диагноза и выработки тактики лечения (в том числе инициация медикаментозной терапии) в КДО и стационаре

7.1. Задачей КДО стационара является установление окончательного диагноза (или исключение диагноза) стабильной ИБС у пациента с определением тактики лечения пациента и осуществлением хирургического или эндоваскулярного лечения (при наличии показаний).

7.2. Для целей установления окончательного диагноза (или исключения диагноза) стабильной ИБС в КДО стационара по назначению врача-кардиолога проводятся дополнительные инструментальные исследования, включая нагрузочное эхокардиографическое исследование (стресс-ЭхоКГ), компьютерную томографию коронарных артерий (КТ-КАГ).

7.3. Все исследования, назначенные для верификации диагноза ИБС, проводятся в КДО стационара по назначению, сформированному врачом КДО в рамках приема, на котором принято решение о необходимости их проведения. В случае невозможности выполнения в КДО стационара назначенных исследований принимается решение о временном исключении стационара из маршрутизации пациентов. Маршрутизация пациентов в поликлинику для выполнения таких исследований или для оформления направления на них недопустима.

7.4. Исключение диагноза стабильной ИБС без проведения стресс-ЭхоКГ или КТ-КАГ недопустимо. При этом необходимо учитывать, что стандартная КТ-КАГ лишь подтверждает факт наличия атеросклероза коронарных артерий и не доказывает наличие ишемии миокарда.

7.5. По результатам проведенного обследования пациент (при согласии на инвазивные манипуляции) может быть направлен на инвазивную коронарографию (КАГ) для окончательного установления диагноза и выработки тактики лечения, если это не удалось сделать другими вышеперечисленными методами. Направление на плановую госпитализацию формирует врач КДО. Маршрутизация пациентов в поликлинику для оформления направления на плановую госпитализацию недопустима.

Инвазивная КАГ, при необходимости, проводится с использованием методов определения фракционного резерва кровотока (далее – ФРК) или моментального резерва кровотока (далее – МРК).

7.6. Лечение пациентов со стабильной ИБС (стабильной стенокардией, хроническим коронарным синдромом) направлено на достижение следующих целей:

- улучшение прогноза заболевания (снижение риска смерти)
- улучшение качества жизни.

Для улучшения прогноза заболевания (снижения риска смерти) используется реваскуляризация миокарда и медикаментозное лечение.

7.7. По результатам инвазивной КАГ врач-кардиолог стационара принимает решение о наличии или отсутствии показаний для реваскуляризации

миокарда, при наличии показаний – о методе реваскуляризации (чрескожном коронарном вмешательстве (далее – ЧКВ) или коронарном шунтировании (далее – КШ). При выборе метода реваскуляризации в случае многососудистого поражения необходимо проведение кардиологического консилиума с участием врача-кардиолога, врача по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению и врача-сердечно-сосудистого хирурга, возможно в дистанционном формате в экспертно-аналитическом центре по диагностике и лечению пациентов с болезнями системы кровообращения (Центр БСК).

7.8. При наличии показаний для чрескожного коронарного вмешательства оно выполняется в стационаре текущей госпитализации.

7.9. При наличии показаний для аортокоронарного шунтирования оно при возможности выполняется в стационаре текущей госпитализации. При отсутствии в стационаре профиля «кардиохирургия» пациент направляется в профильный стационар врачом стационара. Маршрутизация пациентов в поликлинику для оформления направления на плановую госпитализацию недопустима.

7.10. Среди лекарственных препаратов на прогноз заболевания могут влиять:

- гиполипидемические препараты;
- дезагреганты;
- β-блокаторы (частично влияют на прогноз при наличии клинических показаний к их назначению, включая постинфарктный статус, хроническую сердечную недостаточность и нарушения ритма сердца, требующие контроля частоты сердечных сокращений).

7.11. Лекарственные препараты, применяемые преимущественно с целью симптоматического контроля и не влияющие на прогноз заболевания, в том числе пролонгированные формы нитратов, не должны назначаться в плановой терапии при удовлетворительном состоянии пациента.

7.12. Медикаментозная терапия назначается врачом КДО или врачом стационара с учетом исключения противопоказаний и взвешенного подхода к показаниям.

Для пациента, имеющего право на льготное лекарственное обеспечение, врач КДО/стационара оформляет льготный рецепт на 1 месяц, при этом пациент получает лекарственные препараты в аптечном пункте поликлиники по месту прикрепления. В остальных случаях оформляются рецепты для приобретения лекарственных препаратов за полную стоимость.

7.13. Критерием завершения цикла обследования и лечения пациента в КДО и стационаре является протокол врача КДО или выписной эпикриз, содержащие следующую информацию:

- установлен окончательный диагноз стабильной ИБС с указанием функционального класса стенокардии по классификации Канадского сердечно-сосудистого общества (CCS) в соответствии с клиническими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации «Стабильная ишемическая болезнь сердца» (приложение 6 к настоящему регламенту);
- при наличии показаний выполнены ЧКВ или КШ;

- назначена медикаментозная терапия, оформлены рецепты на лекарственные препараты.

7.14. В случае, если результаты проведенного в КДО (стационаре) обследования не подтвердили наличие у пациента диагноза «Ишемическая болезнь сердца», врач КДО снимает ранее установленный предварительный диагноз «Стенокардия неуточненная» (код по МКБ-10: I20.9), указывает в протоколе осмотра альтернативную причину жалоб пациента и рекомендации о дальнейшем наблюдении и обследовании в поликлинике.

8. Установление подтвержденного диагноза стабильной ИБС

8.1. Подтвержденный диагноз «стабильная ИБС»:

8.1.1. Отображается в ЭМК пациента при установлении врачом КДО стационара или на основании выписного эпикриза из стационара, содержащего ИБС в качестве основного диагноза.

8.1.2. Может быть внесен в ЭМК пациента участковым врачом или врачом-кардиологом поликлиники на основании представленной пациентом медицинской документации в случае прохождения обследования в медицинской организации, не подведомственной Департаменту здравоохранения города Москвы, при условии оцифровки и загрузки указанной медицинской документации в ЭМК.

8.1.3. Может быть установлен врачом-кардиологом поликлиники при наличии у пациента типичной клинической картины, ПТВ 5% и более, положительном или сомнительном результате стресс-ЭКГ и задокументированном отказе пациента от направления в КДО стационара, загруженном в ЭМК.

9. Диспансерное наблюдение и лечение пациентов с подтвержденным диагнозом стабильной ИБС

9.1. Участковый врач обязан отследить завершение диагностического поиска у пациента с подозрением на стабильную ИБС. При наличии у пациента подтвержденного диагноза ИБС участковый врач обязан поставить пациента на диспансерное наблюдение, разъяснить пациенту цель и необходимость диспансерного наблюдения, периодичность обследований и диспансерных приемов, цели лекарственной терапии, правила непрерывного регулярного приема препаратов, важность приверженности к лечению.

9.2. Диспансерное наблюдение за пациентом с диагнозом стабильной ИБС осуществляет участковый врач.

9.3. Участковый врач несет персональную ответственность за непрерывность лекарственного обеспечения пациента.

9.4. Минимальная периодичность обязательных диспансерных приемов, перечень и минимальная периодичность обязательных инструментальных, лабораторных исследований для пациента со стабильной ИБС в рамках диспансерного наблюдения определяются в соответствии с приложением 7 к настоящему регламенту.

9.5. Программа диспансерного наблюдения создается в ЕМИАС автоматически.

9.6. Диспансерный прием проводится после проведения всех обязательных инструментальных и лабораторных исследований.

9.7. Ежегодный обязательный диспансерный прием проводится очно с оценкой объективного статуса. Дополнительные контакты при необходимости в течение года могут проводиться с применением телемедицинских технологий

Допустимо проведение телемедицинского диспансерного приема, однако, если при проведении телемедицинской консультации врач с учетом состояния здоровья пациента или результатов проведенных обследований считает необходимым проведение очного приема, он в обязательном порядке обосновывает проведение приема в протоколе осмотра и записывает пациента к себе на очный прием в приоритетном порядке.

9.8. На ежегодном обязательном очном диспансерном приеме участковый врач:

- оценивает состояние пациента, детализирует и отражает в протоколе осмотра жалобы пациента с указанием их динамики, во время очного приема при описании объективного статуса указывает информацию об уровне артериального давления, частоты сердечных сокращений и характеристики ритма, аускультации сердца и легких, наличие/отсутствие отеков;

- определяет и фиксирует в протоколе осмотра функциональный класс стенокардии по классификации Канадского сердечно-сосудистого общества (CCS) в соответствии с клиническими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации «Стабильная ишемическая болезнь сердца» (приложение 6 к настоящему регламенту);

- отражает в протоколе осмотра диагноз;

- указывает фактический и целевой уровни ЛПНП;

- оценивает эффективность гиполипидемической терапии, при необходимости корректирует ее и назначает лабораторный контроль ЛПНП через 2 месяца;

- интерпретирует и указывает в протоколе осмотра результаты иных лабораторных и инструментальных исследований;

- осуществляет коррекцию и/или продление лекарственной терапии для продолжения лечения, оформляет рецепты на лекарственные препараты (при наличии у пациента права на льготное лекарственное обеспечение – льготные, при отсутствии – рецепты за полную стоимость);

- оценивает и отражает в протоколе осмотра приверженность пациента к терапии и достижение целевых значений показателей состояния здоровья, динамику течения заболевания.

9.9. Участковый врач несет персональную ответственность за своевременность и полноту прохождения пациентом обследования, качество ведения пациента в рамках программы диспансерного наблюдения.

**10. Базовые критерии мониторинга соблюдения алгоритма
первичной диагностики стабильной ИБС, своевременности
маршрутизации пациентов, охвата пациентов лекарственной терапией,
эффективности диспансерного наблюдения**

10.1. Доля пациентов с жалобами на боль в грудной клетке, у которых врачом валидирована ПТВ.

10.2. Доля пациентов с ПТВ более 15%, направленных на стресс-ЭКГ; доля записанных в течение 7 дней; доля выполненных исследований; доля ненаправленных при отсутствии документированных противопоказаний, а также состояний, при которых проведение стресс-ЭКГ нецелесообразно.

10.3. Доля пациентов с ПТВ 5-15%, направленных на стресс-ЭКГ, и доля положительных и сомнительных результатов у них.

10.4. Доля пациентов с ПТВ менее 5%, направленных на стресс-ЭКГ (направление не показано).

10.5. Доля пациентов с ПТВ 5% и более с назначенными результатами исследования уровня ЛПНП, ЭКГ, ЭхоКГ.

10.6. Доля обоснованных назначений стресс-ЭКГ в соответствии с причиной назначения.

10.7. Доля пациентов, которым не назначено исследование уровня ЛПНП; доля пациентов с недостигнутым целевым уровнем ЛПНП, в том числе с корректной эскалацией и без эскалации гиполипидемической терапии; доля пациентов без назначенного контроля ЛПНП в течение 3 месяцев после коррекции терапии.

10.8. Доля направленных в КДО стационара пациентов с положительным или сомнительным результатом стресс-ЭКГ, доля записанных в КДО и распределение по срокам приема.

10.9. Объем выполненных диагностических исследований в КДО, доля пациентов, направленных на инвазивную КАГ, в том числе с оценкой фракционного и/или моментального резерва кровотока, и ее результаты, доля направленных и выполненных ЧКВ или КШ.

10.10. Доля направлений в КДО или стационар, завершившихся установлением и снятием диагноза стабильной ИБС.

10.11. Доля пациентов, у которых стандарт диспансерного наблюдения соблюден в установленные сроки.

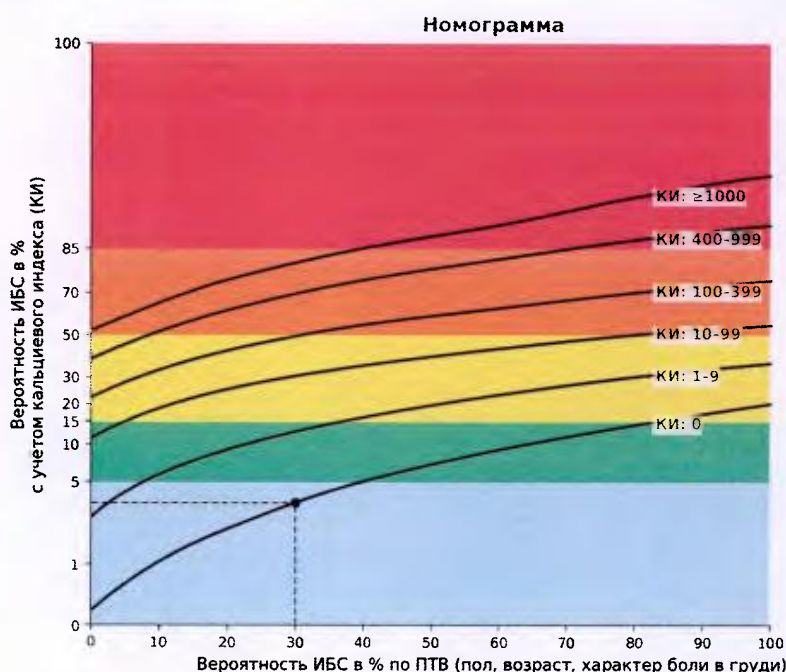
10.12. Доля пациентов, непрерывно обеспеченных медикаментозной терапией.

Приложение 1

к Регламенту оказания медицинской помощи взрослым пациентам со стабильной ишемической болезнью сердца (стабильной стенокардией, хроническим коронарным синдромом) в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы

Алгоритм корректировки расчетного значения предтестовой вероятности ишемической болезни сердца с учетом значения кальциевого индекса коронарных артерий

При наличии в ЭМК пациента данных о кальциевом индексе коронарных артерий (далее – КИ) осуществляется корректировка расчетного значения ПТВ ИБС по следующим правилам:



Пример: ПТВ 30 % + КИ 0 → скорректированная вероятность ≈ 3-4 % (зелёная зона).

Действия врача

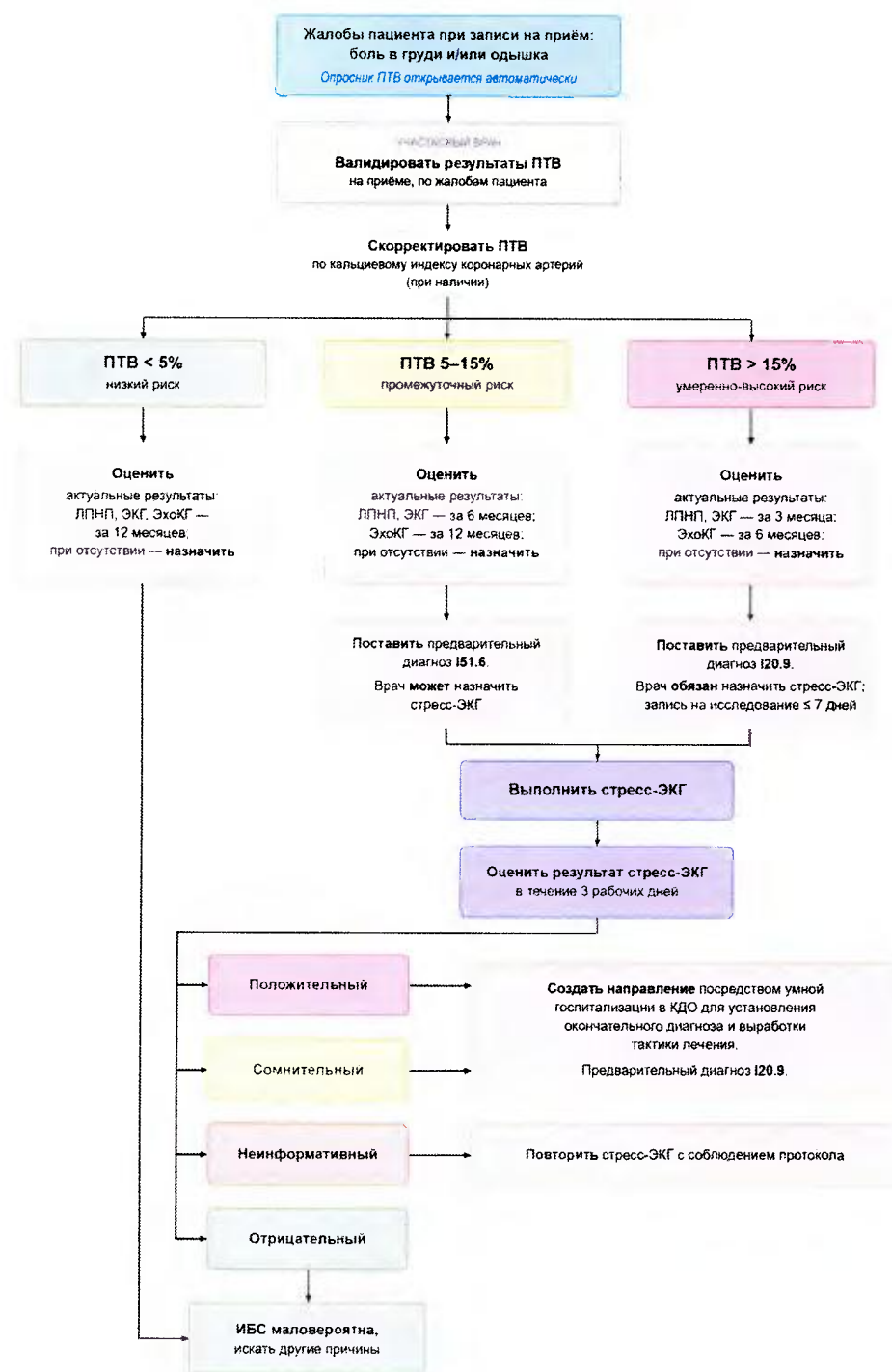
- 1 Определите ПТВ**
пол, возраст и характер боли в груди — найдите полученное значение на нижней оси (ось X).
- 2 Выберите кривую по кальциевому индексу (КИ) пациента**
0 / 1-9 / 10-99 / 100-399 / 400-999 / ≥1000.
- 3 Считайте скорректированную вероятность ИБС**
от значения ПТВ на нижней оси поднимитесь до пересечения с кривой КИ, затем перейдите влево на ось Y.
- 4 Оцените категорию риска по цвету зоны**
в которую попало значение — от голубой (очень низкая) до красной (очень высокая вероятность ИБС).

Принцип: КИ = 0 понижает категорию риска (позволяет обоснованно отказаться от дообследования), высокий КИ — повышает категорию. Номограмма является инструментом поддержки принятия решения и не заменяет клиническое суждение врача.

Приложение 2

к Регламенту оказания медицинской помощи взрослым пациентам со стабильной ишемической болезнью сердца (стабильной стенокардией, хроническим коронарным синдромом) в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы

Алгоритм первичной диагностики ишемической болезни сердца



Приложение 3

к Регламенту оказания медицинской помощи взрослым пациентам со стабильной ишемической болезнью сердца (стабильной стенокардией, хроническим коронарным синдромом) в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы

Алгоритм определения целевого уровня липопротеинов низкой плотности

№	Риск	Критерии риска (автоматическое определение)	Целевой уровень ЛПНП
1	Экстремальный	2 и более событий в интервале последних 2 лет: - инфаркт; - инсульт или транзиторная ишемическая атака; - стентирование / шунтирование коронарных артерий;	< 1,0 ммоль/л
2	Очень высокий	Любое из событий или диагнозов за любой период: - инфаркт; - инсульт или транзиторная ишемическая атака; - стентирование / шунтирование коронарных артерий - ишемическая болезнь сердца - сахарный диабет с поражением органов мишеней - периферический атеросклероз - ХБП 4 и 5 стадии (рассчитанный СКФ по последнему анализу < 30 мл/мин) - SCORE2: > 7,5 % (до 50 лет), > 10 % (50-69 лет), > 15 % (старше 70 лет)	< 1,4 ммоль/л
3	Высокий	Любой из факторов: - холестерин общий > 8 ммоль/л (хотя бы раз в ЭМК) - ХС ЛПНП > 4,9 ммоль/л (хотя бы раз в ЭМК) - АД > 180/110 мм рт.ст. (хотя бы раз в ЭМК) - сахарный диабет без поражения органов мишеней для СД 1 типа в возрасте 35 лет и старше, для остальных типов СД 50 лет и старше - ХБП 3а и 3б стадии (рассчитанный СКФ по последнему анализу 30-59 мл/мин) - SCORE2: 2,5-7,5 % (до 50 лет), 5-10 % (50-69 лет), 7,5-15 % (старше 70 лет)	< 1,8 ммоль/л
4	Умеренный	Любой из факторов: - сахарный диабет без поражения органов мишеней для СД 1 типа (E10) в возрасте моложе 35 лет, для остальных типов СД моложе 50 лет - SCORE2: 1-2,5 % (до 50 лет), 1-5 % (50-69 лет), 1-7,5 % (старше 70 лет)	< 2,6 ммоль/л
5	Низкий	- SCORE2: ≤ 1 % (для всех возрастов)	< 3,0 ммоль/л



Шкалы для оценки 10-летнего риска фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых событий

Шкала SCORE2

SCORE2: оценка 10-летнего риска сердечно-сосудистых событий

		Женский пол								Возраст, годы	Мужской пол							
		Не курит				Курит					Не курит				Курит			
ХС	ЛПВП, ммоль/л	3.0–3.9	4.0–4.9	5.0–5.9	6.0–6.9	3.0–3.9	4.0–4.9	5.0–5.9	6.0–6.9		3.0–3.9	4.0–4.9	5.0–5.9	6.0–6.9	3.0–3.9	4.0–4.9	5.0–5.9	6.0–6.9
САД, мм. рт. ст.	160–179	27	28	30	31	41	42	44	46	65–69	26	28	30	32	36	39	42	44
	140–159	22	23	24	26	34	36	37	39		22	24	26	27	31	33	36	38
	120–139	18	19	20	21	28	30	31	33		18	20	21	23	26	28	30	33
	100–119	15	16	16	17	23	24	26	27		15	17	18	19	22	24	26	28
	160–179	20	21	22	24	33	35	37	39	60–64	20	23	25	27	31	33	36	40
	140–159	16	17	18	19	27	29	30	32		17	19	20	22	25	28	31	33
	120–139	12	13	14	15	22	23	25	26		14	15	17	18	21	23	25	28
	100–119	10	11	11	12	17	18	20	21		11	12	14	15	17	19	21	23
	160–179	14	15	17	18	26	28	31	33	55–59	16	18	20	23	25	28	32	35
	140–159	11	12	13	14	21	23	24	26		13	14	16	18	21	23	26	29
	120–139	8	9	10	11	16	18	19	22		10	11	13	15	17	19	21	24
	100–119	7	7	8	9	13	14	15	16		8	9	10	12	13	15	17	19
	160–179	10	11	12	14	21	23	25	28	50–54	12	14	16	19	21	24	28	31
	140–159	8	9	9	11	16	18	19	22		10	11	13	15	17	19	22	25
	120–139	6	6	7	8	12	13	15	17		7	9	10	13	13	15	17	20
	100–119	4	5	5	6	9	10	11	13		6	7	8	9	10	12	14	16
160–179	7	8	9	10	16	18	21	23	45–49	9	11	13	16	17	20	24	28	
140–159	5	6	7	8	12	14	15	17		7	8	10	12	13	16	18	22	
120–139	4	4	5	6	9	10	12	13		5	6	8	9	10	12	14	17	
100–119	3	3	4	4	7	8	9	10		4	5	6	7	8	9	11	13	
160–179	5	6	7	8	13	15	17	19	40–44	7	9	11	13	14	17	20	24	
140–159	4	4	5	6	9	11	12	14		5	6	8	10	11	13	16	19	
120–139	3	3	3	4	7	8	9	10		4	5	6	7	8	10	12	15	
100–119	2	2	2	3	5	6	6	7		3	4	4	5	6	7	9	11	
САД — систолическое артериальное давление. ХС-ЛПВП — холестерин липопротеинов высокой плотности																		

САД — систолическое артериальное давление. ХС-ЛПВП — холестерин липопротеинов высокой плотности
Примечание: Не-ХС-ЛПВП = общий холестерин – ХС-ЛПВП

Шкала SCORE2-OP

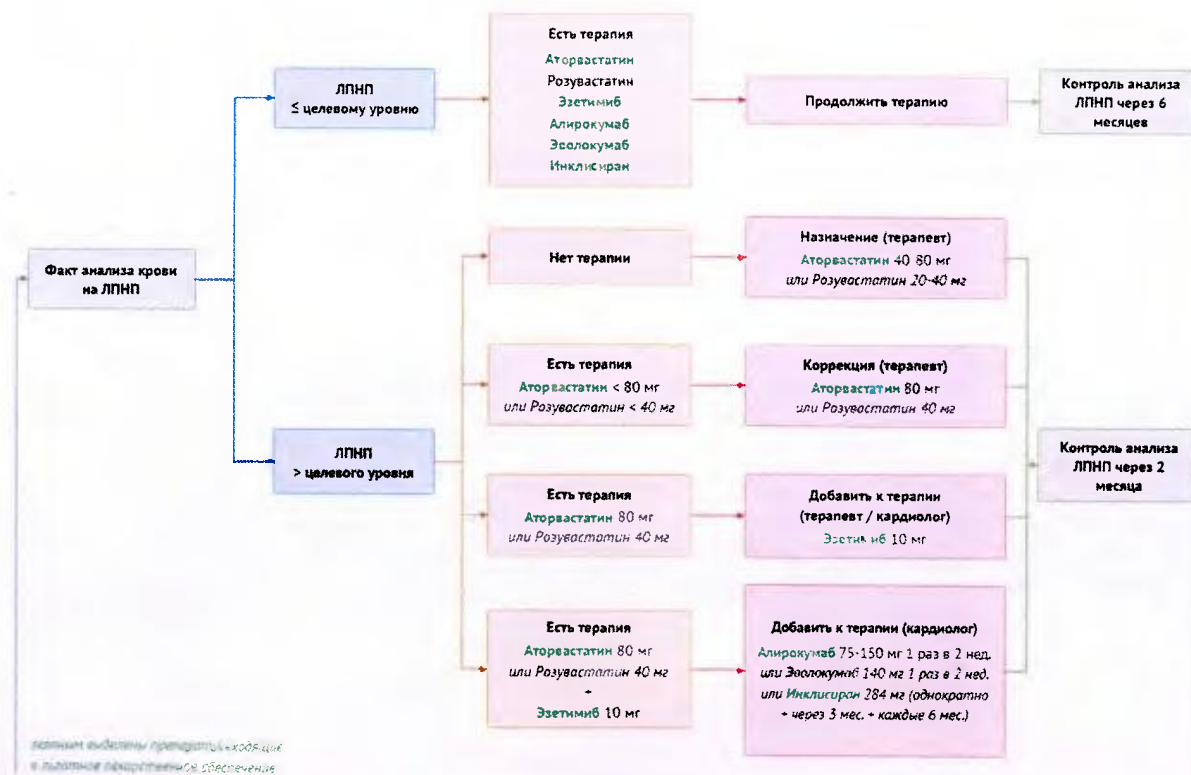
SCORE2-OP: оценка 10-летнего риска сердечно-сосудистых событий

ХС-ЛПВП, ммоль/л	Женский пол								Возраст, годы	Мужской пол								
	Не курит				Курит					Не курит				Курит				
	3.0–3.9	4.0–4.9	5.0–5.9	6.0–6.9	3.0–3.9	4.0–4.9	5.0–5.9	6.0–6.9		3.0–3.9	4.0–4.9	5.0–5.9	6.0–6.9	3.0–3.9	4.0–4.9	5.0–5.9	6.0–6.9	
САД, мм. рт. ст.	160–179	62	63	64	65	65	66	67	68	85–89	49	54	59	64	49	54	59	64
	140–159	60	61	62	63	63	64	65	66		48	53	58	63	48	53	58	63
	120–139	58	59	60	61	61	62	63	65		47	52	56	61	47	52	56	61
	100–119	56	57	58	60	59	60	61	63		46	50	55	60	46	50	55	60
	160–179	53	54	55	57	59	60	62	63	80–84	44	48	52	56	47	51	55	59
	140–159	50	51	52	54	56	57	59	60		42	46	49	53	45	49	52	56
	120–139	47	48	49	51	53	54	56	57		40	43	47	51	43	46	50	54
	100–119	44	45	47	48	50	51	53	54		38	41	45	48	40	44	48	51
	160–179	44	46	47	48	53	55	56	58	75–79	40	42	45	48	45	48	51	54
	140–159	41	42	43	45	49	51	52	53		37	39	42	44	42	44	47	50
	120–139	37	39	40	41	46	47	48	49		34	36	39	41	39	41	44	47
	100–119	34	35	36	37	42	43	44	46		31	33	36	38	36	38	41	43
	160–179	37	38	39	41	48	49	51	52	70–74	35	37	39	43	43	45	47	49
	140–159	33	34	35	36	43	44	46	47		32	33	35	36	39	41	42	44
	120–139	29	30	31	32	39	40	41	43		28	30	31	33	35	36	38	40
	100–119	26	27	28	29	34	36	37	38		25	26	28	29	31	33	34	36

САД — систолическое артериальное давление. ХС-ЛПВП — холестерин липопротеинов высокой плотности
Примечание: Не-ХС-ЛПВП = общий холестерин – ХС-ЛПВП

Приложение 4
к Регламенту оказания медицинской помощи взрослым пациентам со стабильной ишемической болезнью сердца (стабильной стенокардией, хроническим коронарным синдромом) в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы

Алгоритм назначения и коррекции гиполипидемической терапии



Приложение 5

к Регламенту оказания медицинской помощи взрослым пациентам со стабильной ишемической болезнью сердца (стабильной стенокардией, хроническим коронарным синдромом) в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы

Критерии оценки результата стресс-ЭКГ

1. Тест считается положительным, если на любом этапе теста или достижении субмаксимальной ЧСС (≥ 85 % от расчетной максимальной ЧСС) имеется хотя бы один из признаков:

- появление ангинозных болей;
- депрессия ST ≥ 2 мм или подъем ST ≥ 1 мм (не в отведениях aVR и V1) или падение систолического АД ≥ 10 ммрт.ст. от пика или ниже исходного уровня или желудочковая тахикардия (устойчивая или неустойчивая).

2. Тест считается отрицательным, если при достижении субмаксимальной ЧСС (≥ 85 % от расчетной максимальной ЧСС) отсутствуют ангинозные боли, диагностически значимая динамика сегмента ST и тяжелые нарушения ритма и проводимости.

3. Тест считается неинформативным, если тест остановлен до достижения субмаксимальной ЧСС (≥ 85 % от расчетной максимальной ЧСС) в связи с физическим утомлением или одышкой или болью в нижних конечностях или головокружением или медикаментозным ограничением прироста ЧСС (прием β -адреноблокаторов или иных ритм-урежающих препаратов) или техническими проблемами.

Оценка результата нагрузочной пробы (стресс-ЭКГ)

Допустимость заключения в зависимости от достижения субмаксимальной ЧСС



Приложение 6

к Регламенту оказания медицинской помощи взрослым пациентам со стабильной ишемической болезнью сердца (стабильной стенокардией, хроническим коронарным синдромом) в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы

Классификация стабильной стенокардии напряжения по Канадской классификации (Canadian Cardiovascular Society, CCS)

ФК	Определение	Характеристика
I	Повседневная физическая активность не ограничена	Обычная физическая активность, такая как ходьба или подъём по лестнице, не вызывает стенокардию. Стенокардия возникает при напряжённой, или быстрой, или длительной нагрузке во время трудовой деятельности или активного отдыха.
II	Небольшое ограничение физической активности	Незначительное ограничение обычной активности: быстрая ходьба или подъём по лестнице, ходьба в гору, ходьба или подъём по лестнице после еды, при холодном ветре, или эмоциональном стрессе, или в первые часы после пробуждения. Ходьба на расстояние более чем два квартала и подъём на более чем один пролёт обычной лестницы в обычном темпе и в обычных условиях.
III	Выраженное ограничение физической активности	Выраженное ограничение обычной физической активности: ходьба на расстояние одного или двух кварталов и подъём на один пролёт обычной лестницы в обычном темпе.
IV	Резкое ограничение физической активности	Неспособность заниматься любым видом физической активности, не испытывая дискомфорта. Симптомокомплекс стенокардии может возникать в состоянии покоя.

Приложение 7

к Регламенту оказания медицинской помощи взрослым пациентам со стабильной ишемической болезнью сердца (стабильной стенокардией, хроническим коронарным синдромом) в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы

Программа диспансерного наблюдения пациентов со стабильной ИБС

Мероприятия	Минимальная периодичность*
Лабораторные исследования	
- Клинический анализ крови - ЛПНП (если достигнут целевой уровень) - АЛТ, АСТ, КФК - СКФ - Глюкоза крови натощак	1 раз в год
Инструментальные исследования	
- ЭКГ - ЭхоКГ	2 раза в год 1 раз в год
- Стресс-ЭКГ	Только по показаниям (стандартно не назначается): - повышение функционального класса стенокардии по классификации CCS между диспансерными приёмами; - усиление антиангинальной терапии за последние 6 месяцев (по данным назначений и льготного лекарственного обеспечения); - падение фракции выброса левого желудочка по ЭхоКГ более чем на 10 процентных пунктов от предыдущего значения или появление новых нарушений локальной сократимости.
Диспансерный прием участковым врачом**	1 раз в год

* назначения на лабораторные и инструментальные исследования формируются автоматически

** назначение на диспансерный прием открывается после прохождения пациентом всех обследований