



ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ  
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

П Р И К А З

« 15 » 07 2026 г.

№ 656

**Об утверждении регламента оказания медицинской помощи взрослым пациентам с фибрилляцией предсердий в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению**

В целях совершенствования оказания первичной медико-санитарной помощи пациентам с фибрилляцией предсердий в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы, повышения качества и доступности диагностики, антикоагулянтной терапии, контроля частоты сердечных сокращений и диспансерного наблюдения данной категории пациентов, учитывая значительный вклад фибрилляции предсердий в заболеваемость ишемическим инсультом, а также принимая во внимание вклад фибрилляции предсердий в структуру сердечно-сосудистой заболеваемости, частоту госпитализаций и показатели смертности населения, **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить Регламент оказания медицинской помощи взрослым пациентам с фибрилляцией предсердий в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению (приложение к настоящему приказу).

2. Установить, что подтвержденный диагноз «Фибрилляция предсердий» (код по МКБ-10: I48) на основании регистрации электрокардиограммы (далее — ЭКГ), проведенной в том числе медицинским работником службы скорой медицинской помощи и (или) медицинской организации, оказывающей специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в стационарных условиях,



может быть установлен только при условии оцифровки и загрузки в электронную медицинскую карту пациента скан-образа ЭКГ.

Указанное требование применяется в случае отсутствия технической возможности передачи цифровых изображений результатов ЭКГ в автоматизированную информационную систему города Москвы «Единая медицинская информационно-аналитическая система города Москвы» (далее – ЕМИАС).

3. Руководителям медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих первичную медицинскую помощь взрослому населению, руководителям медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих специализированную медицинскую помощь взрослому населению в стационарных условиях, ознакомить сотрудников с приказом и обеспечить непрерывный контроль за неукоснительным соблюдением требований настоящего приказа в части касающейся.

4. Начальнику Управления организации первичной медико-санитарной помощи Департамента здравоохранения города Москвы **Тяжелникову А.А.** организовать непрерывный мониторинг соблюдения регламента оказания медицинской помощи взрослым пациентам с фибрилляцией предсердий в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению.

5. 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:

5.1. Разработку образовательных программ и обучение совместно с директором Государственного бюджетного учреждения города Москвы «Московский центр аккредитации и профессионального развития в сфере здравоохранения» (Кадровый центр ДЗМ) **Камашевой А.В.** принципам ведения пациентов с фибрилляцией предсердий.

5.2. Подготовку методических материалов для врачей по вопросам организации и порядка оказания медицинской помощи взрослым пациентам фибрилляцией предсердий совместно с директором государственного бюджетного учреждения города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУ НИИОЗММ ДЗМ) **Аксеновой Е.И.**

5.3. Мониторинг и анализ диагностики и лечения пациентов с фибрилляцией предсердий.

6. Главному врачу Государственного бюджетного учреждения города Москвы «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова» Департамента здравоохранения города Москвы **Плавунову Н.Ф.** обеспечить готовность передачи информации (скан-образов ЭКГ/ цифровых

изображений результатов ЭКГ) из информационной системы скорой медицинской помощи в ЕМИАС.

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

**Министр Правительства Москвы,  
руководитель Департамента  
здравоохранения города Москвы**



**А.И. Хрипун**

**Регламент оказания медицинской помощи взрослым пациентам  
с фибрилляцией предсердий в медицинских организациях  
государственной системы здравоохранения города Москвы,  
оказывающих первичную медико-санитарную помощь  
взрослому населению  
(далее - регламент)**

**1. Алгоритм действий врача на первичном приеме**

1.1. При обращении на прием пациента с жалобами на перебои в работе сердца, сердцебиение, перенесенные синкопальные состояния, а также при подозрении на фибрилляцию предсердий (далее – ФП), при отсутствии ранее установленного диагноза ФП (код по МКБ-10: I48) участковый врач (врач-терапевт, врач-терапевт участковый, врач общей практики (семейный врач), в том числе осуществляющий ведение пациентов старших возрастных групп с множественными хроническими заболеваниями) или врач-кардиолог поликлиники обязан в соответствии с клиническими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации «Фибрилляция и трепетание предсердий» (приложение 1 к настоящему регламенту):

1.1.1. Собрать и оценить информацию о состоянии пациента (жалобы, анамнез заболевания и анамнез жизни), указать антропометрические данные пациента (рост, вес, индекс массы тела), провести физикальное обследование с обязательным пальпаторным определением пульса, аускультацией сердца и оценить имеющуюся медицинскую документацию, в том числе в электронной медицинской карте пациента (далее – ЭМК).

1.1.2. Установить предварительный диагноз «Нарушение ритма неуточненное» (код по МКБ-10: I49.9).

1.1.3. При наличии в ЭМК актуальных результатов исследований оценить их, при отсутствии – назначить:

- электрокардиографию (далее – ЭКГ) с фиксацией в протоколе наличия или отсутствия и характера нарушений ритма сердца (актуальность 1 месяц);
- эхокардиографию (далее – ЭхоКГ) с заполнением формализованного протокола ЕМИАС (актуальность 6 месяцев);
- клинический анализ мочи, при указании на заболевание почек в анамнезе (актуальность 3 месяца)
- клинический анализ крови (актуальность 3 месяца);
- исследование уровня калия, натрия, глюкозы, скорости клубочковой фильтрации (актуальность 3 месяца);
- исследование уровня тиреотропного гормона, далее – ТТГ (актуальность 6 месяцев);



- определение международного нормализованного отношения (далее – МНО) в случае, если предполагается назначение варфарина (актуальность 3 месяца).

1.1.4. При отсутствии на ЭКГ нарушений ритма сердца назначить суточное (холтеровское) мониторирование сердечного ритма.

## **2. Установление подтвержденного диагноза ФП**

### **2.1. Подтвержденный диагноз ФП:**

2.1.1. Может быть установлен участковым врачом или врачом кардиологом поликлиники при наличии зарегистрированной фибрилляции предсердий на ЭКГ или зарегистрированного эпизода ФП по данным суточного (холтеровского) мониторирования ЭКГ или по данным записи имплантируемого устройства (ЭКС, ИКД, СРТ, петлевой регистратор), носимых устройств, при условии продолжительности пароксизма не менее 30 секунд.

2.1.2. Отображается в электронной медицинской карте (ЭМК) пациента при установлении врачом медицинской организации государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающей специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в стационарных условиях и отражен в выписном эпикризе в позиции основного, фонового диагноза или диагноза осложнения.

2.1.3. 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.

2.2. В иных случаях подтвержденный диагноз ФП установить невозможно.

### **2.3. При установлении диагноза врач обязан:**

2.3.1. Классифицировать и отразить в протоколе тип аритмии в соответствии с клиническими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации «Фибрилляция и трепетание предсердий»:

2.3.1.1. Впервые диагностированная – ФП, которая не была диагностирована ранее, независимо от продолжительности аритмии, наличия или тяжести связанных с ней симптомов.

2.3.1.2. Пароксизмальная – самостоятельно купирующаяся, в большинстве случаев в течение 48 часов. Некоторые пароксизмы ФП могут продолжаться до 7 суток. Эпизоды ФП, купированные кардиоверсией в течение 7 дней, следует относить к пароксизмальной форме.

2.3.1.3. Персистирующая – ФП, которая длится более 7 дней, включая эпизоды, купированные кардиоверсией или медикаментозно спустя 7 суток и более.

2.3.1.4. Длительно персистирующая – длительный эпизод ФП более 1 года при условии выбора стратегии контроля ритма.

2.3.1.5. Постоянная – форма ФП, когда совместно пациентом и врачом принято согласованное решение не осуществлять попытки восстановления сердечного ритма. Соответственно, проведение интервенционных вмешательств, направленных на контроль ритма, по определению не требуется. Однако если решение пересматривается в пользу стратегии контроля ритма, то аритмию следует классифицировать повторно в зависимости от длительности фибрилляции предсердий.

2.3.2. Стратифицировать и отразить в протоколе риск инсульта по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc в соответствии с клиническими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации «Фибрилляция и трепетание предсердий» (приложение 2 к настоящему регламенту).

2.3.3. Оценить и отразить в протоколе тяжесть симптомов, связанных с ФП, по шкале EHRA в соответствии с клиническими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации «Фибрилляция и трепетание предсердий» (приложение 3 к настоящему регламенту).

2.3.4. Оценить и отразить в протоколе риск кровотечений по шкале HAS-BLED в соответствии с клиническими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации «Фибрилляция и трепетание предсердий» (приложение 4 к настоящему регламенту).

### 3. Лечение ФП

3.1. Среди стратегий лечения ФП выделяют 3 линии терапии:

- контроль ритма: восстановление и длительное сохранение синусового ритма;

- контроль частоты сердечных сокращений (далее – ЧСС): снижение ЧСС до целевого уровня;

- профилактика инсульта и системной тромбоэмболии.

3.2. Контроль ритма. Пациенты с анамнезом пароксизмальной или персистирующей ФП, наличием или отсутствием сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца, перенесенный инсульт, гипертоническая болезнь, пороки сердца), вне зависимости от анамнеза приема антиаритмических препаратов, при условии отсутствия преходящих причин для ФП (тиреотоксикоз, электролитные нарушения) и согласия пациента на интервенционное противоаритмическое лечение (проведение катетерной или торакоскопической абляции) должны быть направлены на консультацию врача-аритмолога для отбора на проведение катетерной или торакоскопической абляции в консультативно-диагностическое отделение медицинской организации государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающей специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в стационарных условиях (далее – КДО, стационар, соответственно) посредством функционала ЕМИАС

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

При направлении в КДО стационара участковый врач должен убедиться в наличии у пациента актуальных результатов ЭКГ, ЭхоЭКГ, суточного (холтеровского) мониторингирования ЭКГ (при наличии показаний), лабораторных исследований в соответствии с пунктами 1.3-1.4 настоящего регламента. При отсутствии их направление в КДО стационара недопустимо.

3.3. Контроль ЧСС. Для пациентов, в отношении которых стратегия контроля ритма нецелесообразна или при задокументированном письменном отказе пациента от контроля ритма (с обязательной загрузкой в ЭМК), подбирается терапия для достижения ЧСС покоя менее 110 в минуту (мягкий контроль); при сохранении симптомов, связанных с ФП, или признаках тахикардиомиопатии целевой уровень ужесточается до менее 80 в минуту в состоянии покоя (жёсткий контроль). Подбор терапии осуществляется в соответствии с клиническими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации «Фибрилляция и трепетание предсердий» (приложение 5 к настоящему регламенту).

3.4. С целью профилактики инсульта и системной тромбоэмболии у пациентов с ФП назначается антикоагулянтная терапия. Показания к антикоагулянтной терапии определяются исключительно риском тромбоэмболических осложнений по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc и не зависят от выбранной стратегии лечения (контроль ритма или контроль ЧСС) и факта направления на катетерную абляцию. При этом риск кровотечения по шкале HAS-BLED не является основанием для отказа от антикоагуляции, а служит поводом выявить и скорректировать модифицируемые факторы.

3.4.1. При риске тромбоэмболических осложнений по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc у женщин 3 и более баллов, у мужчин 2 и более баллов врач обязан назначить антикоагулянтную терапию.

3.4.2. При риске тромбоэмболических осложнений по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc до 3 баллов у женщин и до 2 баллов у мужчин врач должен индивидуально рассмотреть назначение антикоагулянтной терапии. Терапия в этих случаях назначается врачебной комиссией.

3.4.3. Среди препаратов группы антикоагулянтов предпочтение отдается пероральным антикоагулянтам (ривароксабан 20 мг 1 раз в сутки во время еды или апиксабан 5 мг 2 раза в сутки или дабигатрана этексилат 150 мг 2 раза в сутки). Снижение дозы перорального антикоагулянта проводится по критериям, установленным для каждого препарата: ривароксабан 15 мг 1 раз в сутки – при клиренсе креатинина 15-49 мл/мин; апиксабан 2,5 мг 2 раза в сутки – при наличии не менее двух из трёх критериев (возраст ≥ 80 лет, масса тела ≤ 60 кг, креатинин ≥ 133 мкмоль/л) или при клиренсе креатинина от 15 до 29 мл/мин; дабигатрана этексилат 110 мг 2 раза в сутки – при возрасте ≥ 80 лет, клиренсе креатинина 30–49 мл/мин или сопутствующем приёме верапамила. Пероральные антикоагулянты, за исключением варфарина, противопоказаны при клиренсе креатинина менее 15 мл/мин.



3.4.4. Пациентам с механическими протезами клапанов сердца или митральным стенозом умеренной и выраженной степени или страдающим хронической болезнью почек 5 стадии и находящимся на программном гемодиализе назначается антагонист витамина К (варфарин). В случае назначения варфарина степень антикоагуляции оценивается по уровню МНО. Целевой уровень составляет от 2 до 3. Контроль МНО при достигнутой дозе варфарина осуществляется ежемесячно. Титрация дозы варфарина осуществляется в соответствии с клиническими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации «Фибрилляция и трепетание предсердий» (приложение 6 к настоящему регламенту).

3.5. Для пациента, имеющего право на льготное лекарственное обеспечение, врач оформляет льготный рецепт на лекарственные препараты, входящие в стандарт льготного лекарственного обеспечения. В остальных случаях оформляются рецепты для приобретения лекарственных препаратов за полную стоимость.

#### **4. Диспансерное наблюдение пациентов с подтвержденным диагнозом ФП**

4.1. При наличии у пациента подтвержденного диагноза ФП 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.

4.2. Диспансерное наблюдение за пациентом с диагнозом ФП осуществляет участковый врач.

4.3. Участковый врач обеспечивает своевременное оформление рецептов, отоваривание пациентом препаратов и контроль регулярности приёма пациентом назначенных лекарственных препаратов.

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

4.5. Программа диспансерного наблюдения создается в ЕМИАС автоматически.

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

4.7. Ежегодный обязательный диспансерный приём 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.

4.8. На ежегодном обязательном очном диспансерном приеме участковый врач:

- оценивает состояние пациента, детализирует и отражает в протоколе осмотра жалобы пациента с указанием их динамики, в том числе по шкале EHRA, 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;
- отражает в протоколе осмотра диагноз;
- отражает в протоколе осмотра тип аритмии, риск инсульта по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc, риск кровотечений по шкале HAS-BLED;
- интерпретирует и указывает в протоколе осмотра результаты ЭКГ, ЭхоКГ и 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.

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

## **5. Базовые критерии мониторинга соблюдения регламента в поликлинике**

5.1. Доля пациентов с жалобами на перебои в работе сердца, сердцебиение, перенесенные синкопальные состояния, которым не установлен предварительный диагноз «Нарушение ритма неуточненное» (код по МКБ-10: I49.9).

5.2. Доля пациентов с предварительным диагнозом «Нарушение ритма неуточненное» (код по МКБ-10: I49.9), которым не назначены (при отсутствии актуальных результатов) ЭКГ, ЭхоКГ, клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (калий, натрий, глюкоза, скорость клубочковой фильтрации), ТТГ, МНО.

5.3. Доля пациентов с предварительным диагнозом «Нарушение ритма неуточненное» (код по МКБ-10: I49.9), у которых на ЭКГ нет данных за нарушение ритма сердца и которым не назначено суточное (холтеровское) мониторирование ЭКГ.

5.4. Доля пациентов, которым установлен подтвержденный диагноз ФП, участковым врачом или врачом-кардиологом поликлиники при отсутствии зарегистрированной ФП на ЭКГ, ФП продолжительностью 30 и более секунд на суточном (холтеровском) мониторинге ЭКГ, при проверке имплантируемого устройства или посредством носимых устройств.

5.5. Доля пациентов с подтвержденным диагнозом ФП с анамнезом ФП до 12 месяцев или сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, не направленных в КДО стационара.

5.6. Доля пациентов с подтвержденным диагнозом ФП, направленных в КДО стационара для принятия решения об интервенционном противоаритмическом лечении, по которым принято решение о проведении абляции.

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

5.8. Доля пациентов, непрерывно обеспеченных антикоагулянтной терапией.

## Приложение 1

к Регламенту оказания медицинской помощи взрослым пациентам с фибрилляцией предсердий в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению

### Алгоритм установления диагноза фибрилляции предсердий и тактики врача





## Приложение 2

к Регламенту оказания медицинской помощи взрослым пациентам с фибрилляцией предсердий в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению

### Шкала CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc

## CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc

### Риск тромбоэмболических осложнений

| ФАКТОР РИСКА                                                  | БАЛЛЫ    |
|---------------------------------------------------------------|----------|
| <b>C</b> ХСН / дисфункция ЛЖ                                  | <b>1</b> |
| <b>H</b> Артериальная гипертензия                             | <b>1</b> |
| <b>A<sub>2</sub></b> Возраст ≥ 75 лет                         | <b>2</b> |
| <b>D</b> Сахарный диабет                                      | <b>1</b> |
| <b>S<sub>2</sub></b> Инсульт / ТИА / тромбоэмболия в анамнезе | <b>2</b> |
| <b>V</b> Сосудистое заболевание (ИМ, ЗПА, бляшки аорты)       | <b>1</b> |
| <b>A</b> Возраст 65–74 года                                   | <b>1</b> |
| <b>Sc</b> Женский пол                                         | <b>1</b> |
| <b>Максимально возможное значение</b>                         | <b>9</b> |

≥ 2 баллов (женщины) или ≥ 1 балла (мужчины) — показаны антикоагулянты.

### Приложение 3

к Регламенту оказания медицинской помощи взрослым пациентам с фибрилляцией предсердий в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению

## Шкала EHRA

### **EHRA** Выраженность симптомов ФП

| КЛАСС      | ПРОЯВЛЕНИЯ                           | ОПИСАНИЕ                                                                                            |
|------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>I</b>   | <b>Симптомов нет</b>                 | ФП не вызывает симптомов                                                                            |
| <b>IIa</b> | <b>Лёгкие симптомы</b>               | Нормальная повседневная деятельность не нарушается от симптомов, связанных с ФП                     |
| <b>IIb</b> | <b>Средневыраженная симптоматика</b> | Ощущения, связанные с ФП, беспокоят пациента, но нормальная повседневная деятельность не нарушается |
| <b>III</b> | <b>Выраженная симптоматика</b>       | Нормальная повседневная активность нарушается из-за симптомов, вызванных ФП                         |
| <b>IV</b>  | <b>Инвалидизирующие симптомы</b>     | Нормальная повседневная активность невозможна                                                       |

Модифицированная шкала EHRA: класс II разделён на IIa (симптомы не беспокоят) и IIb (симптомы беспокоят пациента).

Приложение 4  
к Регламенту оказания медицинской помощи  
взрослым пациентам с фибрилляцией  
предсердий в медицинских организациях  
государственной системы здравоохранения  
города Москвы, оказывающих первичную  
медико-санитарную помощь взрослому  
населению

## Шкала HAS-BLED

### HAS-BLED

#### Риск кровотечений

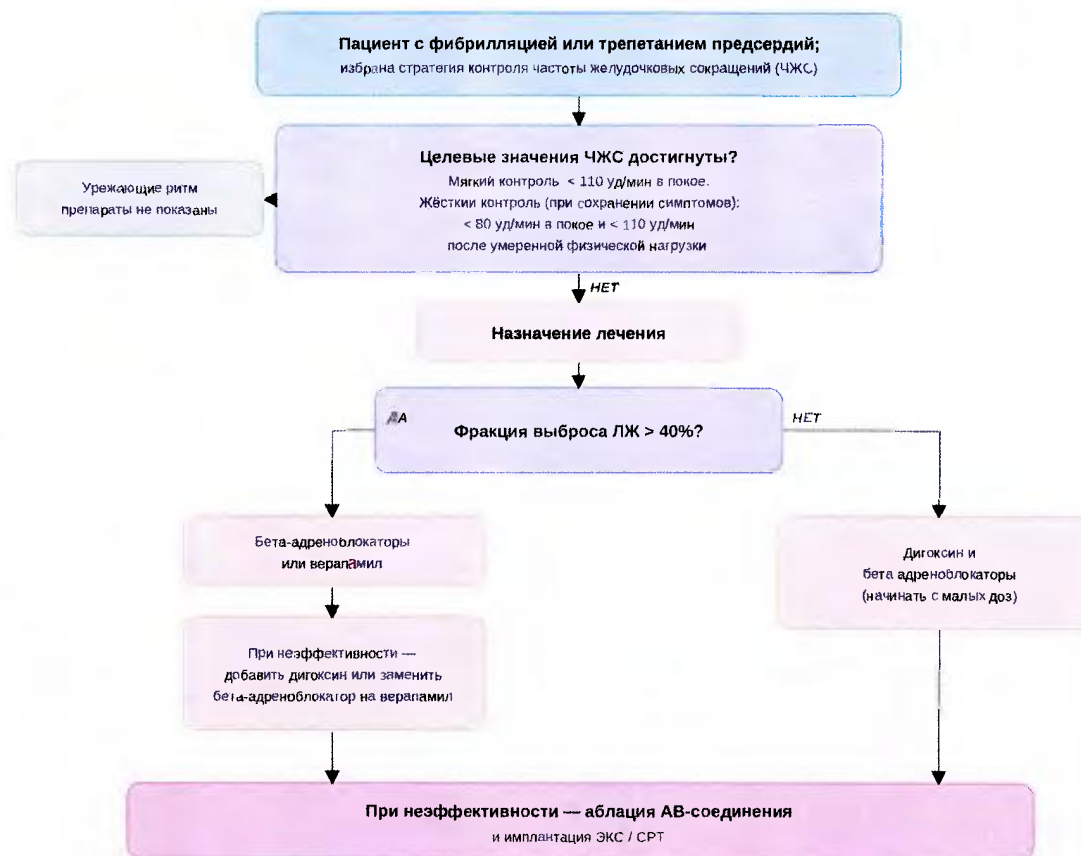
| ФАКТОР РИСКА                                             | БАЛЛЫ      |
|----------------------------------------------------------|------------|
| <b>H</b> Артериальная гипертензия (САД > 160 мм рт. ст ) | <b>1</b>   |
| <b>A</b> Нарушение функции почек и/или печени            | <b>1-2</b> |
| <b>S</b> Инсульт в анамнезе                              | <b>1</b>   |
| <b>B</b> Кровотечение в анамнезе или склонность к нему   | <b>1</b>   |
| <b>L</b> Лабильное МНО (на терапии АВК)                  | <b>1</b>   |
| <b>E</b> Возраст > 65 лет                                | <b>1</b>   |
| <b>D</b> Лекарственные препараты и/или алкоголь          | <b>1-2</b> |
| <b>Максимально возможное значение</b>                    | <b>9</b>   |

*A и D — до 2 баллов: по 1 за каждый компонент (почки/печень; лекарства/алкоголь).  
HAS-BLED ≥ 3 — высокий риск: коррекция факторов и усиленный контроль,  
но не противопоказание к назначению антикоагулянтов.*

## Приложение 5

к Регламенту оказания медицинской помощи  
взрослым пациентам с фибрилляцией предсердий в  
медицинских организациях государственной системы  
здравоохранения города Москвы, оказывающих  
первичную медико-санитарную помощь взрослому  
населению

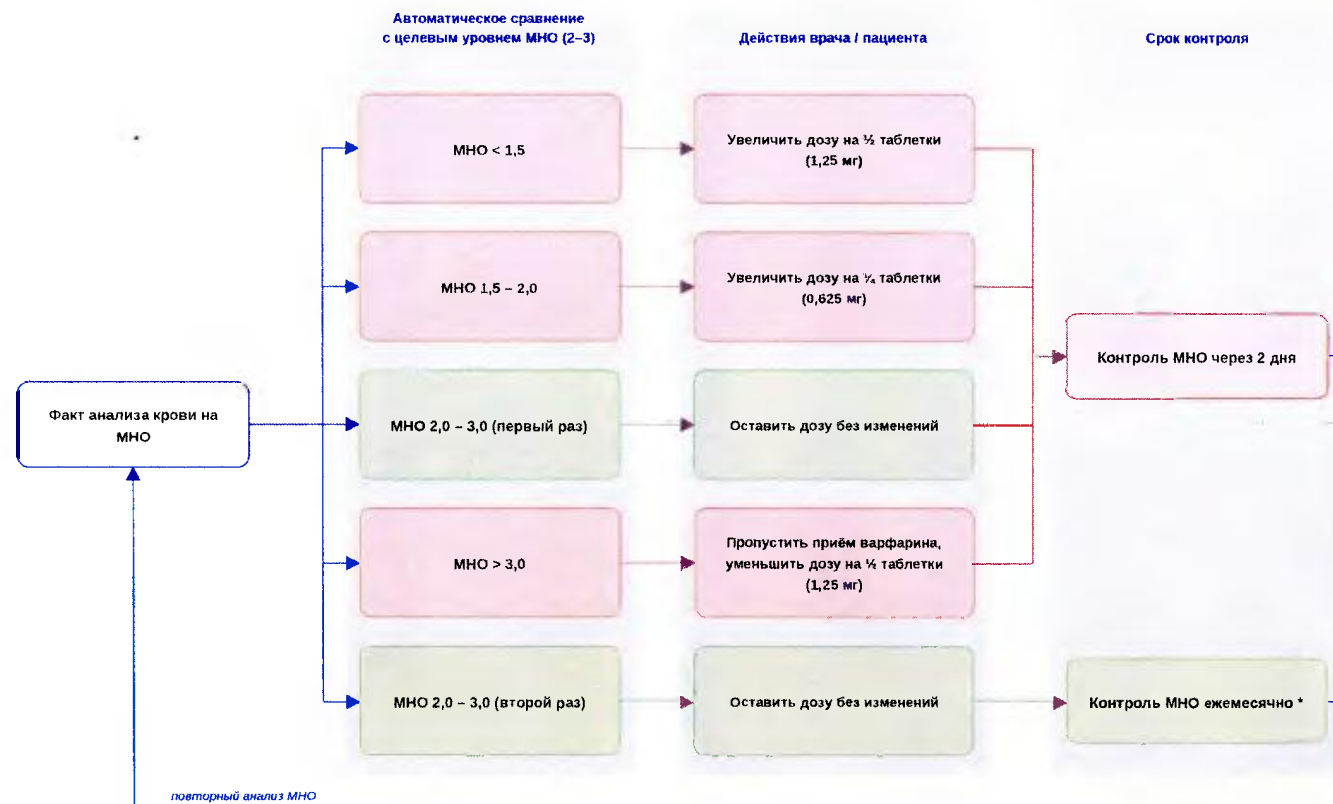
### Алгоритм подбора медикаментозной терапии для контроля ЧСС





Приложение 6  
к Регламенту оказания медицинской помощи  
взрослым пациентам с фибрилляцией предсердий в  
медицинских организациях государственной  
системы здравоохранения города Москвы,  
оказывающих первичную медико-санитарную  
помощь взрослому населению

## Алгоритм титрации доз варфарина



\* при появлении симптомов кровоточивости, изменении диеты, приёме новых лекарств или инфекции — внеплановый контроль.

## Приложение 7

к Регламенту оказания медицинской помощи взрослым пациентам с фибрилляцией предсердий в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению

### Программа диспансерного наблюдения пациентов с ФП

| Мероприятия                                                                                                                                                                                          | Минимальная периодичность*  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <b>Лабораторные исследования</b>                                                                                                                                                                     |                             |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Клинический анализ крови</li> <li>- Общий анализ мочи</li> <li>- Калий, натрий</li> <li>- Глюкоза</li> <li>- СКФ</li> <li>- ТТГ</li> <li>- МНО**</li> </ul> | 1 раз в год                 |
| <b>Инструментальные исследования</b>                                                                                                                                                                 |                             |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- ЭКГ</li> <li>- ЭхоКГ</li> </ul>                                                                                                                             | 2 раза в год<br>1 раз в год |
| Диспансерный прием участковым врачом***                                                                                                                                                              | 1 раз в год                 |

\* назначения на лабораторные и инструментальные исследования формируются автоматически

\*\* для пациентов, получающих варфарин, контроль МНО проводится не реже 1 раза в месяц (чаще — на этапе подбора дозы) в соответствии с пунктом 3.4.4 регламента; периодичность, указанная в таблице, для таких пациентов не применяется

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