

**ДИНАМИЧЕСКОЕ
НАБЛЮДЕНИЕ
ПАЦИЕНТОВ**



С БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ (АГ) – синдром повышения систолического АД (далее – САД) ≥ 140 мм рт. ст. и/или диастолического АД (далее – ДАД) ≥ 90 мм рт. ст.

ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ (ДАЛЕЕ – ГБ) – хронически протекающее заболевание, основным проявлением которого является повышение артериального давления (АД), не связанное с выявлением явных причин, приводящих к развитию вторичных форм АГ (симптоматические АГ).

Динамическое наблюдение – чрезвычайно важная составляющая медицинской помощи пациентам с АГ, задачами которого являются:

- поддержание целевых уровней АД;
- контроль выполнения врачебных рекомендаций по коррекции факторов риска (ФР);
- контроль за соблюдением режима приема антигипертензивных препаратов (АГП);
- оценка состояния органов-мишеней.

Важнейшим принципом достижения целевых уровней АД является соблюдение безопасности и сохранения качества жизни пациента. Поэтому скорость достижения целевых значений и степень снижения АД могут быть скорректированы у конкретного пациента в зависимости от конкретной клинической ситуации.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам с высоким нормальным АД (130-139/85-89 мм рт.ст.)	– изменение образа жизни
В рамках диспансерного наблюдения	– оценка факторов риска и поражения органов-мишеней не реже, чем 1 раз в год
При назначении антигипертензивной лекарственной терапии (АГТ)	– плановые визиты к врачу с интервалом в 3-4 недели до достижения целевого уровня АД, которое должно быть достигнуто в течение 3 месяцев для оценки переносимости, эффективности и безопасности лечения, а также контроля выполнения врачебных рекомендаций
Принимающим АГТ, при ее недостаточной эффективности	– замена ранее назначенного АГП или присоединения другого АГП с обязательным последующим контролем эффективности, безопасности и переносимости комбинированной терапии
Пациентам с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском. Пациентам, получающим только немедикаментозное лечение. Пациентам с низкой приверженностью к лечению после достижения целевого уровня АД на фоне проводимой терапии	– последующие визиты к врачу проводить не реже, чем один раз в 3 месяца

Пациентам со средним и низким сердечно-сосудистым риском, которые регулярно измеряют АД дома

– визиты проводить с интервалом в 4-6 месяцев

При стабильном течении АГ приемлемой альтернативой визитам в поликлинику

– домашнее мониторирование АД (ДМАД)

Пациентам с АГ для повышения приверженности к проводимой АГТ

проведение ДМАД и ведение дневников с указанием доз принимаемых препаратов и уровня АД

Пациентам с АГ для повышения эффективности и приверженности проводимой АГТ

проведение телемониторинга показателей системной гемодинамики с телеметрической передачей результатов изменения АД непосредственно в медицинскую организацию для оперативной обработки информации и оперативного принятия решения

При динамическом наблюдении особое внимание уделяется показателям АД в ночные часы (особенно у пациентов с метаболическим синдромом, сахарным диабетом, синдромом обструктивного апноэ во время сна, хронической болезнью почек 3-5-й ст. и ранние утренние часы с целью снижения риска таких осложнений, как инфаркт миокарда, инсульт

Источник:

Клинические рекомендации «Артериальная гипертензия у взрослых»

Кодирование по МКБ 10: I10/I11/I12/I13/I15

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2022

ID: 62

Разработчик клинической рекомендации:

- Общероссийская общественная организация "Российское кардиологическое общество"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА (ИБС) – поражение миокарда, вызванное нарушением кровотока по коронарным артериям (КА). ИБС возникает в результате органических (необратимых) и функциональных (преходящих) изменений. Главная причина органического поражения – атеросклероз КА. К функциональным изменениям относят спазм и внутрисосудистый тромбоз. Понятие «ИБС» включает в себя острые преходящие (нестабильные) и хронические (стабильные) состояния.

РЕКОМЕНДУЕТСЯ ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Пациентам со стабильной ИБС для определения частоты визитов, контроля за выполнением предписанных рекомендаций, своевременного изменения терапии, оценки риска сердечно-сосудистых осложнений (ССО), направления на дополнительные исследования, санаторно-курортное лечение и, при необходимости, - на госпитализацию	- диспансерное наблюдение врача-терапевта
Пациентам с неосложненными формами стабильной ИБС	- диспансерное наблюдение врача-терапевта, врача общей практики (семейного врача)
Пациентам с осложненными формами стабильной ИБС	- диспансерное наблюдение врача-кардиолога
При появлении новых или обострении старых симптомов у пациентов со стабильной ИБС	- консультация врача-кардиолога
Для решения вопроса о направлении пациентов со стабильной ИБС на эхокардиографию (ЭхоКГ), нагрузочные пробы, коронароангиографию (КАГ) и на другие визуализирующие исследования	- консультация врача-кардиолога
Контрольные амбулаторные осмотры пациентов со стабильной ИБС	- проводит каждые 4 - 6 месяцев на первом году лечения врач-терапевт или врач-кардиолог (при наличии показаний для диспансерного наблюдения)

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам со стабильной ИБС	- регистрация электрокардиограммы (ЭКГ) в покое. Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных 1 раз в год;
При ухудшении течения стенокардии, появлении аритмии, а также при назначении/изменении лечения, влияющего на внутрисердечную электрическую проводимость	- дополнительно регистрация ЭКГ в покое
Со стабильной ИБС при появлении новых или возобновлении прежних симптомов заболевания – после исключения нестабильности состояния для определения показаний к реваскуляризации миокарда	- мониторинг электрокардиографических данных с физической нагрузкой или любой визуализирующий ишемию стресс-метод (эхокардиография с физической нагрузкой, или эхокардиография с фармакологической нагрузкой, или сцинтиграфия миокарда с функциональными пробами или Позитронно-эмиссионная томография миокарда, или однофотонная эмиссионная компьютерная томография миокарда перфузионная, с функциональными пробами)
Со стабильной ИБС для оценки эффективности назначенной терапии и определения показаний для реваскуляризации миокарда (кроме случаев изменения симптомов заболевания)	- врач-терапевт рассматривает возможность повторного мониторинга электрокардиографических данных с физической нагрузкой не ранее, чем через два года после предыдущего исследования
Со стабильной ИБС после реваскуляризации миокарда	- врач-терапевт проводит вторичную профилактику ССО; - плановый контрольный визит к врачу после выписки из стационара в течение 3 дней
Трудоспособным пациентам с диагнозом стабильной ИБС после реваскуляризации миокарда	- возвращение к своей работе и прежнему уровню полноценной деятельности для улучшения качества жизни пациента.
При возобновлении симптомов	- немедленно обратиться к врачу
Пациентам с ИБС после реваскуляризации миокарда	- антитромботическая терапия (обычно использование ацетилсалициловой кислоты (АСК)) на неопределенно долгое время для профилактики
Пациентам после планового чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) с имплантацией стента для коронарных артерий металлический непокрытый	- двойная антитромботическая терапия в течение как минимум одного месяца для профилактики тромбоза стента для коронарных артерий

Пациентам после планового ЧКВ с имплантацией стента для коронарных артерий, выделяющего лекарственное средство	– двойная терапия ингибиторами агрегации тромбоцитов в течение 6 месяцев для профилактики тромбоза стента для коронарных артерий
Пациентам с ИБС при высоком риске ишемических осложнений после реваскуляризации (тромбоз стента для коронарных артерий, рецидив ОКС, ИМ в анамнезе) и низком риске кровотечений	– рассматривается возможность назначения врачом двойной антитромботической терапии в течение более 12 месяцев для профилактики ССО
Пациентам с ИБС при высоком риске кровотечений, или при сопутствующей терапии антикоагулянтами	– рассматривается возможность назначения врачом двойной терапии ингибиторами агрегации тромбоцитов в течение 1 - 3 месяцев после реваскуляризации миокарда для профилактики развития больших и жизнеугрожающих кровотечений
Пациентам с ИБС при возобновлении стенокардии после реваскуляризации миокарда	– стресс-методы визуализации для подтверждения наличия ишемии миокарда (эхокардиография с физической нагрузкой, или эхокардиография с фармакологической нагрузкой, или сцинтиграфия миокарда с функциональными пробами, или позитронно-эмиссионная томография миокарда, или однофотонная эмиссионная компьютерная томография миокарда перфузионная, с функциональными пробами)
Пациентам с ИБС при низком риске ССО для улучшения прогноза и профилактики приступов стенокардии	– назначается оптимальная медикаментозная терапия
Пациентам с ИБС при высоком риске ССО	– коронароангиография (КАГ) для выявления показаний к реваскуляризации миокарда
Проведение контрольной КАГ в ранние и поздние сроки после ЧКВ, в отсутствие рецидивирования клинической симптоматики	– не рекомендуется
У некоторых пациентов после ЧКВ высокого риска	– контрольная КАГ через 3 - 12 месяцев после вмешательства для контроля состояния стента для коронарных артерий, исключения рестеноза/тромбоза и определения показаний для возможного повторного вмешательства
Трудоспособным пациентам со стабильной ИБС, чья профессиональная деятельность связана с потенциальным общественным риском (водители, крановщики, пилоты и пр.), после реваскуляризации миокарда	– плановая нагрузочная проба с визуализацией (эхокардиография с физической нагрузкой, или эхокардиография с фармакологической нагрузкой, или сцинтиграфия миокарда с функциональными пробами, или позитронно-эмиссионная томография миокарда, или однофотонная эмиссионная компьютерная томография миокарда перфузионная, с функциональными пробами) в ранние сроки (через 4 - 6 месяцев) после выписки из стационара для исключения скрытой ишемии миокарда
Пациентам с ИБС и сохраняющейся клиникой стенокардии любого фактора риска	– не рекомендуется участие в спортивных состязаниях и командных играх
Пациентам, перенесшим инфаркт миокарда, коронарное шунтирование и ЧКВ со стентированием КА, страдающим стенокардией.	– тренировки умеренной интенсивности (ходьба, велосипед реабилитационный (велотренажер)) 3 раза в неделю продолжительностью до 30 минут для улучшения качества жизни пациентов с ИБС
У пациентов с низким уровнем физической активности	– тренировочная программа должна быть максимально облегченной, с постепенным, по мере тренированности, увеличением нагрузки
Пациентам с ИБС	– ежегодная сезонная вакцинация против гриппа, особенно настоятельно – лицам пожилого возраста (в отсутствие абсолютных противопоказаний) для профилактики повторных ССО и улучшения качества жизни

Источник:
Клинические рекомендации "Стабильная ишемическая болезнь сердца"
Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: I20.0, I20.1, I20.8, I20.9, I25.0, I25.1, I25.2, I25.3, I25.4, I25.5, I25.6, I25.8, I25.9
Год утверждения (частота пересмотра): 2020
Возрастная категория: Взрослые
Год окончания действия: 2022
ID: 155
Разработчик клинической рекомендации
- Общероссийская общественная организация "Российское кардиологическое общество"
- Автономная некоммерческая организация "Национальное общество по изучению атеросклероза"
- Некоммерческое партнерство "Национальное общество по атеротромбозу"
- Ассоциация сердечно-сосудистых хирургов России
Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ без подъема сегмента ST ЭКГ(ОКСбпST)

– термин, обозначающий любую группу клинических признаков или симптомов, позволяющих подозревать острый инфаркт миокарда (ИМ) или нестабильную стенокардию (НС). Термин «ОКС» используется, когда диагностической информации еще недостаточно для окончательного суждения о наличии или отсутствии очагов некроза в миокарде и, следовательно, представляет собой предварительный диагноз в первые часы и сутки заболевания.

Острый инфаркт миокарда – острое повреждение миокарда вследствие его ишемии.

Нестабильная стенокардия – недавно возникшая или утяжелившаяся стенокардия, когда тяжесть и продолжительность ишемии недостаточны для развития некроза кардиомиоцитов.

РЕКОМЕНДУЕТСЯ ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Пациентам, перенесшим ОКСбпST (ИМбпST или НС) для реализации комплекса мер по профилактике и лечению сердечно-сосудистых осложнений, своевременной коррекции терапии и повышения приверженности к лечению

- диспансерное наблюдение пациентов, перенесших инфаркт миокарда, в течение 12 месяцев после оказания медицинской помощи в стационарных условиях медицинских организаций, осуществляется врачом-кардиологом не реже 2 раз в год. Контролируемые показатели здоровья включают измерение артериального давления, измерение частоты сердечных сокращений, определение холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛНП). По медицинским показаниям – дополнительные профилактические, диагностические, лечебные и реабилитационные мероприятия;
- в дальнейшем пожизненное диспансерное наблюдение осуществляется врачом-терапевтом, прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога осуществляется по медицинским показаниям при направлении врача-терапевта участкового (семейного врача)

Пациентам, перенесшим ОКСбпST с осложненным течением заболевания, а также у нуждающимся в титровании доз лекарственных средств (гиполипидемических, бета-адреноблокаторов, ингибиторов АПФ/ангиотензина II антагонистов, антагонистов минералкортикоидных рецепторов, пероральных антикоагулянтов и др.)

- частота диспансерных приемов определяется клинической необходимостью;
- подбор гиполипидемической терапии требует оценки ХС ЛНП каждые 4 - 6 недель, пока не будут достигнуты целевые значения показателя

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ по контролю сердечно-сосудистых факторов риска и предупреждению внезапной сердечной смерти

Пациентам, перенесшим ОКСбпST с целью снижения смертности

- полный отказ от курения, включая пассивное курение

Пациентам, перенесшим ОКСбпST для снижения риска ишемических событий

- придерживаться принципов здорового питания:
 - ограничение потребления насыщенных жиров и трансизомеров жирных кислот до < 10% и < 1% от общей калорийности суточного рациона;
 - ограничение потребления поваренной соли до 5 г в сутки;
 - ограничение потребления легкоусваиваемых углеводов;
 - потребление большого количества фруктов (≥ 250 г в сутки), овощей (≥ 250 г в сутки) и цельнозерновых продуктов;
 - потребление рыбы 1 - 2 раза в неделю (хотя бы 1 раз в неделю - жирной рыбы), а также молочных продуктов с низкой жирностью, постного мяса и птицы, бобовых и несоленых орехов в количестве 30 г в день;
 - суточное потребление алкоголя не должно превышать 1 стандартную дозу у женщин и 1 - 2 стандартных дозы у мужчин (1 стандартная доза - 40 мл крепких спиртных напитков или 120 мл сухого вина или 330 мл пива);
- нормализация массы тела, где целевые значения индекса массы тела составляют 20 - 25 кг/м², окружности талии - менее 80 см для женщин и менее 94 см для мужчин

Пациентам, перенесшим ОКСбпST для снижения риска ишемических событий

- поддержание АД на целевом уровне. Целевой уровень АД у пациентов после ОКС – ниже 140/90 мм рт. ст. При хорошей переносимости

и смерти	следует рассмотреть снижение АД до 130/80 мм рт. ст. и ниже. Для контроля АД после ОКС предпочтительны бета-адреноблокаторы и ингибиторы АПФ;
Пациентам, перенесшим ОКСбпСТ для снижения риска микро- и макрососудистых осложнений сахарного диабета (СД)	– ежегодная вакцинация против гриппа – лечение, направленное на поддержание выбранного совместно с врачом-эндокринологом индивидуального целевого уровня гликированного гемоглобина (у большинства пациентов - ниже 7,0%)
Пациентам, перенесшим ОКСбпСТ, с высоким уровнем стресса, тревожной и депрессивной симптоматикой для улучшения психологического статуса, снижения риска сердечно-сосудистых осложнений и сердечно-сосудистой смерти	– психологическое консультирование (мультиформальные поведенческие вмешательства), психотерапия и психофармакотерапия
Пациентам, перенесшим ОКСбпСТ для увеличения приверженности к лечению	– использовать фиксированные комбинации препаратов

Источник:

Клинические рекомендации "Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST электрокардиограммы"

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: I20.0, I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9, I22.0, I22.1, I22.8, I22.9, I24.8, I24.9

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2022

ID: 154

Разработчик клинической рекомендации

- Ассоциация сердечно-сосудистых хирургов России

- Общероссийская общественная организация "Российское кардиологическое общество"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

ПОРОКИ КЛАПАНОВ СЕРДЦА – морфологические и/или функциональные изменения в структуре одного или нескольких клапанов, приводящие к нарушению насосной функции сердца. Изменения работы клапанов проявляются в виде стеноза или недостаточности, могут встречаться сочетанные и комбинированные поражения клапанов.

ТРИКУСПИДАЛЬНЫЙ КЛАПАН (ПРАВЫЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНЫЙ КЛАПАН) – единый анатомический и функциональный комплекс структур правых отделов сердца, обеспечивающий достаточный однонаправленный ток крови из правого предсердия в правый желудочек.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам после коррекции трикуспидального порока

- рекомендуется пожизненное наблюдение у врача-кардиолога (не реже 1 раза в год при неосложненном течении) с целью диагностики дисфункции клапана и своевременного лечения сердечной недостаточности (СН)
- Обследование включает:
 - эхокардиография – не позже, чем через 2 и 4 недели после выписки из стационара, через 6 и 12 месяцев после операции, затем не реже одного раза в год при неосложненном клиническом течении;
 - электрокардиограмма – не позже, чем через 2 и 4 недели после выписки из стационара, через 6 и 12 месяцев после операции, затем не реже одного раза в год при неосложненном клиническом течении;
 - рентгенография – не позже, чем через 2 недели после выписки из стационара, через 6 и 12 месяцев после операции, затем не реже одного раза в два года при неосложненном клиническом течении;
 - клинический анализ крови – не позже, чем через 2 недели после выписки из стационара, через 6 и 12 месяцев после операции, затем не реже одного раза в год при неосложненном клиническом течении;
 - биохимический анализ крови – не позже, чем через 2 недели после выписки из стационара, через 6 и 12 месяцев после операции, затем не реже одного раза в год при неосложненном клиническом течении;
 - определение МНО – не реже одного раза в три дня при нестабильных показателях и не реже одного раза в три недели, в зависимости от клинического состояния

Пациентам с бессимптомной или легкой симптоматической, с тяжелой изолированной первичной трикуспидальной регургитацией (ТР) и без прогрессирующей дилатацией правого желудочка или ухудшением функции правого желудочка

- ЭХО-КГ с целью диагностики дисфункции клапана и своевременного лечения;
- КТ или МРТ грудной клетки при недостаточной информативности ЭХО-КГ с целью диагностики дисфункции клапана и своевременного лечения СН.
- Периодичность обследования определяется скоростью дилатации и дисфункции ПЖ и семейным анамнезом

Источник:

Клинические рекомендации «Пороки трикуспидального (трехстворчатого) клапана»

Кодирование по МКБ 10: I36.0, I07.0

Год утверждения (частота пересмотра): 2018

Возрастная категория: Взрослые

ID: 91

Разработчик клинической рекомендации:

- Ассоциация сердечно-сосудистых хирургов России

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

МИОКАРДИТ – это групповое понятие (группа самостоятельных нозологических единиц или проявление других заболеваний), поражение миокарда воспалительной природы, инфекционной, токсической (в т.ч. лекарственной), аллергической, аутоиммунной или неясной этиологии, с широким спектром клинических симптомов: от бессимптомного течения, легкой одышки и невыраженных болей в грудной клетке, проходящих самостоятельно, до сердечной недостаточности, кардиогенного шока, жизнеугрожающих нарушений ритма и внезапной сердечной смерти.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам, перенесшим острый миокардит	<ul style="list-style-type: none">– должны находиться на диспансерном наблюдении;– длительность наблюдения и частота визитов зависят от исхода миокардита. Полное выздоровление после острого миокардита также требует диспансерного наблюдения не менее 1 года.
	<ul style="list-style-type: none">– Объем обследования для оценки динамики недостаточности кровообращения и выраженности процесса ремоделирования сердца:<ul style="list-style-type: none">• ЭКГ (электрокардиография);• ЭХО-КГ (эхокардиография);• холтеровское мониторирование;• тест с многократной физической нагрузкой неменяющейся интенсивности (6-минутный тест);• клинический анализ крови;• уровень СРБ (С-реактивный белок), уровень NT-proBNP (мозговой натрийуретический пропептид)
	<ul style="list-style-type: none">– Обязательная вакцинация:<ul style="list-style-type: none">• против кори, краснухи, паротита, гриппа и полиомиелита;• против пневмококка (с использованием вакцины для профилактики пневмококковых инфекций)
В случае рецидива пациент	<ul style="list-style-type: none">– госпитализация в стационар

Источник:

Клинические рекомендации «Миокардиты»

Кодирование по МКБ 10: I40, I41, I51.4

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2022

ID: 153

Разработчик клинической рекомендации:

- Общероссийская общественная организация "Российское кардиологическое общество"

- Общероссийская общественная организация "Общество специалистов по сердечной недостаточности"

- Общероссийская общественная организация "Российское научное медицинское общество терапевтов"

- Общероссийская общественная организация "Российское общество патологоанатомов"

- Общероссийская общественная организация содействия развитию лучевой диагностики и терапии

"Российское общество рентгенологов и радиологов"

- Евразийского общества терапевтов

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

ГИПЕРТРОФИЧЕСКАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ (ГКМП) – генетически обусловленное заболевание миокарда, характеризующееся гипертрофией миокарда левого (более 1,5 см) и/или правого желудочка, чаще асимметрического характера за счет утолщения межжелудочковой перегородки, что не может объясняться исключительно повышением нагрузки давлением, и возникающее при отсутствии другого сердечного или системного заболевания, метаболического или полиорганного синдрома, связанного с гипертрофией левого желудочка (ГЛЖ).

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам с ГКМП	<ul style="list-style-type: none">– пожизненное наблюдение для выявления изменений в симптоматике и предупреждения осложнений– плановые повторные визиты к врачу на начальном этапе медикаментозного лечения проводить через 6, 9, 12 месяцев (при необходимости чаще) для оценки переносимости, эффективности и безопасности лечения, а также контроля выполнения врачебных рекомендаций;– проведение нагрузочного тестирования каждые 2 - 3 года для клинически стабильных пациентов и каждый год - при прогрессировании симптомов;– МРТ сердца каждые 5 лет для клинически стабильных пациентов и каждые 2 - 3 года – пациентам с прогрессированием заболевания
Пациентам с ГКМП, включая носителей патологических мутаций без фенотипических проявлений болезни и пациентов с бессимптомным течением заболевания	<ul style="list-style-type: none">– динамическое наблюдение, в ходе которого оценивается характер и выраженность клинических, морфологических и гемодинамических нарушений и определяется лечебная стратегия:<ul style="list-style-type: none">• повторные ТТ-ЭХОКГ (трансторакальная эхокардиография) у клинически стабильных пациентов каждые 1 - 2 года;• повторные ЭХОКГ-исследования рекомендуются пациентам с ГКМП с изменениями в клиническом статусе или появлением новых сердечно-сосудистых проявлений;• 48-часовое ХМЭКГ (холтеровское мониторирование ЭКГ) рекомендуется каждые 12 - 24 месяца клинически стабильным пациентам, каждые 6 - 12 - месяцев пациентам с синусовым ритмом и размером ЛП ≥ 45 мм или при появлении новых жалоб на сердцебиение
Пациентам с ГКМП после проведения редукции межжелудочковой перегородки (МЖП)	<ul style="list-style-type: none">– полное обследование, включающее ЭКГ и ТТ-ЭХОКГ и ХМЭКГ, рекомендуется в течение 1 - 3 месяцев и 6 - 12 месяцев

Источник:

Клинические рекомендации «Гипертрофическая кардиомиопатия»

Кодирование по МКБ 10: [I42.1](#), [I42.2](#)

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2022

ID: 183

Разработчик клинической рекомендации:

- Общероссийская общественная организация "Российское кардиологическое общество"

- Ассоциация сердечно-сосудистых хирургов России

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

ЖЕЛУДОЧКОВЫЕ НАРУШЕНИЯ РИТМА (ЖНР) ИЛИ ЖЕЛУДОЧКОВАЯ ТАХИАРИТМИЯ (ЖТА) – обобщенное название расстройств сердечного ритма, при которых источник эктопической активности или круга ритма находится ниже пучка Гиса, т.е. в его ветвях, сети Пуркинье или в миокарде желудочков.

Трепетание желудочков – ритмичные, высокоамплитудные, уширенные электрические отклонения желудочков с частотой более 250 в мин., волны Т не определяются.

Фибрилляция желудочков – хаотическая электрическая активность в виде полиморфных осцилляций, постоянно изменяющихся по своей конфигурации, амплитуде, продолжительности и частоте, диапазон которой составляет от 300 и выше в 1 мин.

Внезапная смерть – непредвиденное смертельное событие, не связанное с травмой и возникающее в течение 1 ч с момента появления симптомов у практически здорового человека. Если смерть произошла без свидетелей, о внезапной смерти говорят в том случае, если погибший находился в удовлетворительном состоянии за 24 ч до смерти.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам с высоким риском ВСС (внезапная сердечная смерть)	– запись и анализ ЭКГ
Пациентам при плановых диспансеризациях взрослого населения	– регистрация ЭКГ в 12-ти отведениях: <ul style="list-style-type: none">• для мужчин старше 36 лет и женщин старше 45 лет при каждом прохождении диспансеризации (то есть 1 раз в 3 года);• для мужчин в возрасте до 36 лет и женщин в возрасте до 45 лет при первичном прохождении диспансеризации
Пациентам с желудочковыми аритмиями для предупреждения их рецидивов	– рекомендована модификация образа жизни: <ul style="list-style-type: none">• нормализация веса;• отказ от курения, употребления алкоголя, продуктов, содержащих кофеин;• отказ от ситуаций, вызывающих стресс, беспокойство, нарушение режима ночного сна
Пациентам с ЖА, у которых предполагается или имеется структурная патология сердца, а также в группах пациентов с высоким риском развития ЖА или ВСС	– Эхокардиография (ЭХОКГ)

Источник:

Клинические рекомендации «Желудочковые нарушения ритма. Желудочковые тахикардии и внезапная сердечная смерть»

Кодирование по МКБ 10: [I46](#), [I46.0](#), [I46.1](#), [I46.9](#), [I47.0](#), [I47.0](#), [I47.2](#), [I47.9](#), [I49](#), [I49.0](#), [I49.3](#), [I49.4](#), [I49.8](#), [I49.9](#)

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые, Дети

Год окончания действия: 2022

ID: 569

Разработчик клинической рекомендации:

- Общероссийская общественная организация "Российское кардиологическое общество"

- Всероссийское научное общество специалистов по клинической электрофизиологии, аритмологии и электростимуляции

- Всероссийская общественная организация "Ассоциация детских кардиологов России"

- Общества холтеровского мониторирования и неинвазивной электрокардиологии

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

БРАДИАРИТМИИ (БА) – группа нарушений ритма и проводимости сердца, характеризующихся замедленной выработкой электрических импульсов, регулярным и нерегулярным или замедленным ритмом желудочков, связанным с блокадой проведения импульсов.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам после имплантации электрокардиостимулятора (ЭКС)

- тщательное динамическое наблюдение;
- тестирование работы ЭКС дважды в течение полугода, затем ежегодно, пациентам с двухкамерными ЭКС после имплантации – дважды в течение 6 месяцев, затем не менее одного раза в год;
- клинический осмотр;
- инструментальное исследование функции ЭКС
- Наблюдение в условиях клиники:
 - оценка клинического статуса пациента, состояния батареи, порогов стимуляции, чувствительности, целостности электродов;
 - оптимизация Р-синхронизированной и сенсорной частоты сердечного ритма.
 - телеметрия при возможности использования транстелефонного мониторинга работы ЭКС.

Расписание осмотров в условиях клиники составляется на усмотрение врачей. Частота и способ наблюдения зависят от множества факторов, в том числе от различных сердечно-сосудистых заболеваний и медицинских проблем, возраста ЭКС, географической отдаленности пациента от медицинского центра

Источник:

Клинические рекомендации «Брадикардии и нарушения проводимости»
Кодирование по МКБ 10: I44 (I44.0, I44.1, I44.2, I44.3, I44.4, I44.5, I44.6, I44.7), I45 (I45.0, I45.1, I45.2, I45.3, I45.4, I45.5, I45.8, I45.9), I46 (I46.0, I46.1, I46.9), I49.5

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2022

ID: 160

Разработчик клинической рекомендации:

- Общероссийская общественная организация "Российское кардиологическое общество"

- Всероссийское научное общество специалистов по клинической электрофизиологии, аритмологии и электростимуляции

- Ассоциация сердечно-сосудистых хирургов России

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

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

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

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

<p>Пациентам с впервые выявленной фибрилляцией предсердий или подозрением на нее</p>	<ul style="list-style-type: none"> – консультация у врача-кардиолога или специалиста по лечению ФП для дальнейшего обследования, оценки рисков и выбора тактики лечения – минимальный объем первичного обследования: <ul style="list-style-type: none"> • ЭКГ (электрокардиограмма); • ЭхоКГ (эхокардиография); • клинический и биохимический анализы крови; • суточное (при необходимости – многосуточное) мониторирование ЭКГ; • определение уровня ТТГ (тиреотропный гормон) и гормонов щитовидной железы (Т4 свободный)
<p>Пациентам с ФП в рамках диспансерных осмотров</p>	<ul style="list-style-type: none"> – большинству пациентов пожизненное диспансерное наблюдение с периодичностью визитов к врачу как минимум 2 раза в год с целью повышения эффективности лечения; – регулярная оценка наличия и динамики фоновых заболеваний и факторов риска с целью снижения риска осложнений. К контрольным показателям здоровья относятся снижение веса, отказ от алкоголя, стойкое поддержание целевых значений АД (артериальное давление), стойкая компенсация ХСН (хроническая сердечная недостаточность), достижение целевых значений ХС-ЛНП (холестерин липопротеинов низкой плотности) у пациентов с сопутствующей ИБС (ишемическая болезнь сердца), контроль гликемии у пациентов с СД и т.д.; – индивидуальное консультирование о его заболевании, методах и целях лечения с целью повышения приверженности к лечению; – обучение алгоритмам действий при ухудшении состояния, в том числе информирование о первых симптомах инсульта и важности незамедлительного вызова врача при подозрении на инсульт или транзиторную ишемическую атаку – плановое обследование: <ul style="list-style-type: none"> • ЭКГ в 12 отведениях не реже 1 раза в год (для исключения проаритмогенного действия препаратов, выявления новых нарушений ритма и проводимости, ишемических изменений и признаков структурной патологии сердца); • клинический анализ крови не реже 1 раза в год для исключения скрытых кровотечений; • биохимический анализ крови с оценкой СКФ (скорость клубочковой фильтрации) и электролитов не реже 1 раза в год для правильного дозирования лекарственных препаратов; • уровень креатинина крови и клиренса креатинина не реже 1 раза в год
<p>– пациентам, находящимся на терапии АВК (антагонисты витамина К)</p>	<ul style="list-style-type: none"> – рекомендуется определять уровень МНО (международное нормализованное отношение) не менее 12 раз в год; – суточное или многосуточное мониторирование ЭКГ в 12 отведениях с целью оценки эффективности терапии, выявления связи симптомов с эпизодами аритмии или диагностики других значимых нарушений ритма и проводимости по показаниям (не реже 1 раза в год); – по показаниям ЭхоКГ и другие обследования.
<p>– пациентам, получающим терапию пероральными антикоагулянтами (варфарином или ПОАК)</p>	<ul style="list-style-type: none"> – регулярное наблюдение врачом-кардиологом для оценки переносимости терапии, развития осложнений; – регулярный контроль общего анализа крови (не реже 1 раза в 6 месяцев) для выявления асимптомной анемии, являющейся проявлением скрытого кровотечения или не диагностированного ранее новообразования – потенциального источника кровотечения
<p>Пациентам с ФП при ухудшении состояния или прогрессировании</p>	<ul style="list-style-type: none"> – внеочередная консультация врача-кардиолога для решения вопроса об объеме обследования, коррекции терапии и целесообразности

основного заболевания сердечно-сосудистой системы на фоне проводимого лечения

госпитализации в профильный стационар

Источник:

Клинические рекомендации «Фибрилляция и трепетание предсердий у взрослых»

Кодирование по МКБ 10: I44 I48.0 I48.1 I48.2 I48.3 I48.4 I48.9

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2022

ID: 382

Разработчик клинической рекомендации:

- Общероссийская общественная организация "Российское кардиологическое общество"

- Всероссийское научное общество специалистов по клинической электрофизиологии, аритмологии и электростимуляции

- Ассоциация сердечно-сосудистых хирургов России

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

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

СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ (СН) – это синдром, развивающийся в результате нарушения способности сердца к наполнению и/или опорожнению, протекающий в условиях дисбаланса вазоконстрикторных и вазодилатирующих нейрогормональных систем, сопровождающийся недостаточной перфузией органов и систем и проявляющийся жалобами: одышкой, слабостью, сердцебиением и повышенной утомляемостью и, при прогрессировании, задержкой жидкости в организме (отечным синдромом).

Острая СН (ОСН) – это опасное для жизни состояние, характеризующееся быстрым началом или резким ухудшением симптомов/признаков СН вплоть до развития отека легких или кардиогенного шока, требующее проведения неотложных лечебных мероприятий и, как правило, быстрой госпитализации пациента.

Хроническая СН (ХСН) – типичным является эпизодическое, чаще постепенное усиление симптомов/признаков СН, вплоть до развития "декомпенсации"(состояния с характерным выраженным обострением).

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам с СН при стабильном состоянии

- наблюдение врачом-общей практики для долгосрочного наблюдения, с целью мониторинга клиничко-лабораторных параметров, оценки эффективности лечения, прогрессирования заболевания и приверженности к терапии. Частота визитов зависит от тяжести заболевания, кроме того пожилые пациенты могут извлечь пользу от более частого посещения специалиста;
- наблюдение врачом-кардиологом при сохранении тех или иных симптомов СН;
- консультации врачей смежных специальностей – по показаниям;
- ознакомление, в том числе их родственников, с основными аспектами течения заболевания, методами лечения, основными показаниями к терапии, принципами дозирования и ожидаемыми эффектами препаратов, а также возможными побочными эффектами;
- обучение навыкам контроля симптомов заболевания и своевременному распознаванию начинающейся декомпенсации;
- ежедневное взвешивание, что позволяет самостоятельно корректировать дозу диуретиков

Источник:

Клинические рекомендации «Хроническая сердечная недостаточность»

Кодирование по МКБ 10: I50.0, I50.1, I50.9

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2022

ID: 156

Разработчик клинической рекомендации:

- Ассоциация сердечно-сосудистых хирургов России

- Ассоциация флебологов России

- Ассоциация нейрохирургов России

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ У БЕРЕМЕННЫХ

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ – один из вариантов острого нарушения мозгового кровообращения, представляющий собой полиэтиологическую нозологическую форму (гипертензионные гематомы, кровоизлияния из АА (артериальная аневризма) и АВМ (артериовенозная мальформация)). Характеризуется выходом крови из полости сосудов головного мозга и патологическим ее скоплением крови в субдуральном, субарахноидальном пространствах и/или паренхиме головного мозга, а также в ряде случаев в полостях желудочков головного мозга (вентрикулярный компонент).

Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) – понятие, объединяющее обратимые и необратимые нарушения функций центральной нервной системы вследствие несоответствия объема кровоснабжения функциональным потребностям мозга.

Аневризма сосудов головного мозга – это патологическое местное расширение просвета артерии головного мозга, обусловленное истончением мышечного слоя стенки сосуда на фоне сохранных интимы и адвентициального слоев. Следствием разрыва стенки аневризмы может являться субарахноидальное или внутримозговое кровоизлияние, которое может привести к смерти либо неврологическим расстройствам различной степени тяжести, связанных с повреждением тканей головного мозга.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациенткам, после окончания лечения в случае исключения	– динамическое наблюдение врачом-неврологом в течение первого года 1 раз в месяц, затем 1 раз в 3 месяца на протяжении трех лет
аневризмы/АВМ из кровотока	– наблюдение врачом-нейрохируром: явка через 3 месяца
В случае удовлетворительного результата и отсутствия необходимости в повторном оперативном лечении	– госпитализация в стационар для проведения инвазивной ангиографии
	– повторная госпитализация через 1 год, позже – по мере необходимости

Источник:
Клинические рекомендации «Геморрагический инсульт у беременных»
Кодирование по МКБ 10: [I60/I61/I62](#)
Год утверждения (частота пересмотра): 2015 (пересмотр каждые 3 года)
ID: КР343
Разработчик клинической рекомендации:
- Ассоциация нейрохирургов России
Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

ЗАКУПОРКА И СТЕНОЗ СОННОЙ АРТЕРИИ

СТЕНОЗ СОННОЙ АРТЕРИИ – распространенное заболевание сердечно-сосудистой системы, при котором отмечают частичное сужение (стеноз) или полное закрытие (окклюзию) сонной артерии. Достаточно частым осложнением этого недуга является ишемический инсульт, который представляет собой серьезную угрозу для здоровья и является ведущей причиной длительной недееспособности.

Ишемический инсульт – острое нарушение мозгового кровообращения, возникающее в результате внезапного нарушения кровоснабжения участка мозга.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам, перенесшим открытые или эндоваскулярные операции по поводу стенозов ВСА (внутренняя сонная артерия)	– динамическое наблюдение невролога и сосудистого хирурга
Пациентам с атеросклерозом, у которых ранее был выявлен стеноз более 50%	– ежегодно повторять ультразвуковое дуплексное сканирование для оценки прогрессирования или регресса заболевания
Пациентам, подвергшимся хирургическому лечению по поводу стенозов сонных артерий	– динамическое наблюдением и прохождении амбулаторного обследования с последующей консультацией сосудистого хирурга не реже 1 раза в год
	– обследование с обязательным ЦДС (цветовое дуплексное сканирование) БЦА брахиоцефальные артерии)

Источник:

Клинические рекомендации «Закупорка и стеноз сонной артерии»

Кодирование по МКБ 10: I65.2

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

ID: KP61

Разработчик клинической рекомендации:

- Ассоциация сердечно-сосудистых хирургов России;

- Ассоциация флебологов России;

- Всероссийское научное общество кардиологов;

- Российское научное общество рентгенэндоваскулярных хирургов и интервенционных радиологов;

- Российское общество ангиологов и сосудистых хирургов

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

СИНДРОМ КОМПРЕССИИ ЧРЕВНОГО СТВОЛА БРЮШНОЙ АОРТЫ (СКЧС)

– это симптомокомплекс, сопровождающий внесосудистое сдавление чревного ствола окружающими его анатомическими элементами (серповидная связка и/или медиальный ножки диафрагмы, солнечное сплетение, объемные образования и т.д.) и обусловленный нарушением проходимости из-за сужения (стеноза) его просвета с формированием синдрома хронической мезентериальной ишемии.

Хроническая мезентериальная ишемия – заболевание, возникающее при хроническом нарушении кровообращения по непарным висцеральным ветвям брюшной аорты, клинически проявляющееся болями в животе, возникающими после приема пищи, нарушениями моторно-секреторной и абсорбционной функции кишечника, прогрессирующим похуданием.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам после сосудистой реконструкции, выполненной по поводу СКЧС	– пожизненное динамическое наблюдение у сосудистого хирурга/гастроэнтеролога с целью мониторинга состояния за выполненной реконструкцией не реже 1 раза в год, по причине возможного появления клинических симптомов СКЧС и ХМИ, и для раннего выявления рецидива заболевания и рестенозирования чревного ствола
	– инструментальная визуализация (контрольное ультразвуковое дуплексное исследование каждые 6 - 12 месяцев пожизненно) для раннего выявления асимптомного рестеноза

Источник:

Клинические рекомендации «Синдром компрессии чревного ствола брюшной аорты»

Кодирование по МКБ 10: I77.4

Год утверждения (частота пересмотра): 2018

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2020

ID: 94

Разработчик клинической рекомендации:

- Ассоциация сердечно-сосудистых хирургов России;

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ