



# МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

## РАСПОРЯЖЕНИЕ

03.06, 2016

№ 701

г. Киров

### Об утверждении регионального клинического протокола вторичной профилактики острого коронарного синдрома на амбулаторном этапе

В целях обеспечения качества оказания медицинской помощи населению, формирования единых подходов к диагностике и лечению заболеваний:

1. Главным врачам областных государственных медицинских организаций обеспечить внедрение регионального клинического протокола вторичной профилактики острого коронарного синдрома на амбулаторном этапе (далее – протокол), утвержденного КРОО «Ассоциация медицинских работников Кировской области» согласно приложению, и мониторинг его выполнения при проведении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

2. И.о. начальника отдела по связям с общественностью и средствам массовой информации КОГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр» Казанцевой О.Н. протокол на официальном сайте министерства здравоохранения Кировской области.

3. Контроль за исполнением распоряжения возложить на заместителя министра здравоохранения Кировской области Пересторонину А.В.

Министр



Е.Д. Утемова

## Региональный клинический протокол вторичной профилактики острого коронарного синдрома на амбулаторном этапе

**Категория возрастная:** взрослые

**Фаза:** стабильная

**Код по МКБ-10:** I25.8; I20.8

**Нозологическая форма:** постинфарктный кардиосклероз, стенокардия  
**Определения:**

**Постинфарктный кардиосклероз** – хроническая форма ишемической болезни сердца (ИБС), развивается вследствие перенесенного острого инфаркта миокарда.

**Стенокардия (напряжения/стабильная)** – хроническая форма ИБС, клинический синдром, проявляющийся чувством дискомфорта или болью в грудной клетке сжимающего, давящего характера, которая локализуется чаще всего за грудиной и может иррадиировать в левую руку, шею, нижнюю челюсть, эпигастральную область.

Патофизиологический механизм (патогенез) стенокардии – ишемия – несоответствие между потребностью клеток миокарда в кислороде и его доставкой.

Анатомический субстрат: в подавляющем большинстве случаев – гемодинамически значимое атеросклеротическое поражение коронарных артерий. Редкие причины: врожденные аномалии коронарных артерий, васкулиты, приобретенные пороки аортального клапана, эндокардит, прием сосудосуживающих препаратов, некоторых наркотических веществ.

### **Особые формы:**

Безболевая ишемия миокарда (далее – ББИМ): I тип – только ББИМ (18% пациентов с коронарным атеросклерозом); II тип – сочетание ББИМ и болевых эпизодов ишемии миокарда (до 50% пациентов).

Кардиальный синдром X (10-20% лиц с коронарными болями). Критерии: коронарные боли, положительные стресс тесты, нормальные коронарные артерии при коронароангиографии.

**Критерии типичной стенокардии (все 3 признака):**

загрудинная боль и дискомфорт характера качества (давящая) и продолжительности; возникает при функциональной нагрузке (ФН) или эмоциональном стрессе; проходит в покое и (или) после приема нитроглицерина в течение 5 минут.

**Атипичная стенокардия (вероятная):** два из перечисленных признаков.

**Несердечная боль (не связанная с ишемией миокарда):** один или ни одного из вышеперечисленных признаков.

**Функциональные классы стабильной стенокардии определяются в соответствии с «Канадской классификацией кардиологов»:**

**1 ФК** – «обычная повседневная физическая нагрузка» (ходьба или подъем по лестнице) не вызывает стенокардии. Боли возникают только при выполнении очень интенсивной, или очень быстрой, или продолжительной физической нагрузке (далее – ФН).

**2ФК** – «небольшое ограничение обычной физической нагрузки», что означает возникновение стенокардии при быстрой ходьбе или подъеме по лестнице, после еды или на холоде, или в ветреную погоду, или при эмоциональном напряжении, или в первые несколько часов после пробуждения; во время ходьбы на расстояние >200 м (2-х кварталов) по ровной местности или во время подъема по лестнице более чем на один пролет в обычном темпе при нормальных условиях.

**3ФК** – «значительное ограничение обычной физической нагрузки» – стенокардия возникает в результате спокойной ходьбы на расстояние от одного до двух кварталов (100-200 м) по ровной местности или при подъеме по лестнице на один пролет в обычном темпе при нормальных условиях.

**4ФК** – «невозможность выполнения какой-либо физической нагрузки без появления неприятных ощущений», или стенокардия может возникнуть в покое.

**Условие оказания:** амбулаторно-поликлиническая помощь. Стабильная стенокардия не требует госпитализации, госпитализация оправдана только с целью хирургического лечения. Показанием для госпитализации при постинфарктом кардиосклерозе является тяжелая сердечная недостаточность (ХСН 3-4 ФК, 2Б стадия).

### Основные компоненты вторичной профилактики:

1. Соблюдение преемственности в терапии у пациентов между стационарным и амбулаторным этапами. Изменение без оснований подобранной на госпитальном этапе и эффективной терапии недопустимо. В доступной для пациента и родственников форме необходимо разъяснить правила приема лекарственных препаратов, выдать список и рекомендации по режиму приема препаратов, написанный на отдельном листе крупным разборчивым шрифтом.

2. Модификация образа жизни: отказ от курения. Опрос при каждом посещении, в случае отказа от курения – моральное поощрение, в случае курения – детальный опрос по степени вовлеченности/зависимости, в т.ч. с использованием опросника (можно использовать тест Фагерстрёма (таблица 6)). Рекомендовать бросить курить, использовать наглядные материалы о вреде курения. По показаниям рекомендовать использование никотинзаместительной, антиникотиновой терапии, антидепрессантов (консультация врача-психотерапевта, врача-психиатра-нарколога), занятия в школах здоровья.

3. Модификация образа жизни: достаточная физическая активность – умеренные аэробные нагрузки – 30-40 минут 5 дней в неделю. Оптимальной по интенсивности и безопасности формой физической активности является ходьба пешком.

Большинству пациентов показана программа реабилитации, имеющая в составе курс контролируемых физических тренировок. Рекомендовать достаточную физическую активность необходимо всем пациентам вне зависимости от материального достатка. Альтернативой специализированным залам являются занятия в различных группах здоровья, в Центрах здоровья.

Перед началом тренировок желателен проведение пробы с ФН для определения пороговой ЧСС (ЧСС, при которой появляются признаки ишемии миокарда во время нагрузочной пробы) и безопасного тренировочного пульса. При невозможности проведения нагрузочной пробы пороговую ЧСС определяют исходя из максимальной возрастной ЧСС по общепринятой формуле ( $220 \text{ уд/мин} - \text{возраст}$ ). Рекомендуются нагрузки с тренировочным пульсом 50–75 % от пороговой ЧСС.

4. Модификация образа жизни: диета с ограничением соли (менее 5 г в сутки), снижение потребления насыщенных жиров (менее 10% от общего калоража пищи) путем замены их на полиненасыщенные жирные кислоты, максимально возможное ограничение потребления транс-жиров (менее 1% от общего калоража пищи), употребление 30-40г клетчатки (пищевых волокон) в день из цельнозерновых продуктов, фруктов и овощей, употребление 200 г фруктов и 200 г овощей в день, прием в пищу рыбы (не менее 2-х раз в неделю, один из которых – жирная рыба). Ограничение потребления алкогольных напитков до 20 г в день (в пересчете на чистый спирт) для мужчин и до 10 г в день для женщин.

5. Модификация образа жизни: нормализация веса (ИМТ < 25 кг/м<sup>2</sup>, окружность талии < 102 см у мужчин и < 88 см у женщин, по более строгим критериям < 94 и 80 см соответственно). Мотивация, использование наглядных пособий. У части пациентов возможно привлечение мобильных приложений. Оценка калорийности обычного рациона пациента. Обучение расчету необходимого ежедневного уровня калорийности пищи. Безопасным является снижение веса не более 0,5-1 кг в неделю. Голодание недопустимо.
6. Контроль артериального давления (целевой показатель < 140/90 мм.рт.ст., при сахарном диабете < 140/85 мм.рт.ст.). Необходимо рекомендовать ежедневный двукратный контроль АД с ведением дневника до длительной стабилизации АД. При возможности выдать образец дневника АД. Возможно использование мобильных приложений с дневниками.
7. Контроль гликемии при сахарном диабете. Использование индивидуального глюкометра. Ведение дневника.
8. Иммунизация от гриппа.
9. Снижение ЛПНП в крови < 1,8 ммоль/л. При невозможности достижения данного уровня – снижение на 50% от исходного.
10. Терапия сердечной недостаточности с обязательным включением при отсутствии противопоказаний бета-адреноблокаторов, ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) всем пациентам, особенно при систолической дисфункции, с ФВ 40% и менее. Использование антагонистов альдостерона у пациентов с ФВ < 40%, особенно у пациентов с ФВ 35% и менее, сахарным диабетом.
11. Имплантация ресинхронизатора или кардиовертера-дефибрилятора (в зависимости от продолжительности QRS) рекомендована пациентам с сердечной недостаточностью и ФВ ≤ 35% при неэффективности медикаментозной терапии > 40 дней после острого события и невозможности реваскуляризации. Реваскуляризация должна предшествовать имплантации данных устройств. После реваскуляризации оценка показаний (величина ФВ) должна проводиться через 6 месяцев.
12. Двойная дезагрегантная терапия показана в течение 12 месяцев после ОКС. В случае наличия фибрилляции предсердий, приема антикоагулянтов у пациентов, проведения чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) необходимо учитывать как риск геморрагических событий, так и риск тромбоза стента. Минимальная длительность двойной терапии при использовании стента без лекарственного покрытия – 1 месяц, при использовании стента с лекарственным покрытием – 6 месяцев (см. таблицу 3).
13. В случае наличия тромба левого желудочка терапия антикоагулянтами должна продолжаться как минимум 3 месяца.

## Наблюдение и лечение из расчета 12 месяцев

Нозологическая форма (шифр по МКБ-10)	Объем оказания медицинской помощи					Исход заболевания, цель мероприятий (результат мероприятий)
	Диагностика		Лечение		средняя длительность	
	обязательная	кратность	дополнительная (по показаниям)	необходимое		
1	2	3	4	5	6	7
<b>Стенокардия</b> Код МКБ-10: <b>I20.8</b>	1. Опрос, осмотр, контроль терапии 2. ЭКГ 3. Общий анализ крови 4. Общий анализ мочи 5. Биохимическое исследование крови: определение глюкозы крови, креатинина, АСТ, АЛТ, СКФ, липидный спектр, КФК. 6. Консультация кардиолога (Кардиологический диспансер) с решением вопроса о необходимости проведения коронароангиографии и реваскуляризации миокарда	Исходно, через 1 месяц, через 6 месяцев, через 12 месяцев, далее по показаниям Через 1 месяц, через 6 месяцев, далее по показаниям	1. Натрий, калий, хлор, кальций плазмы, билирубин 2. Тест толерантности к глюкозе, гликированный гемоглобин 3. ТТГ 4. Стресс-тесты (ВЭМ, тредмил-тест, ЭХОКГ) 5. ХМ ЭКГ 6. ЭХОКС 7. Рентген органов грудной клетки 8. УЗИ доплерография брахиоцефальных артерий 9. ФГДС 10. Консультация	<b>1. Антигормональные средства:</b> Ацетилсалициловая кислота внутрь в дозе 75-150 мг 1 р/сут, Клопидогрел внутрь в дозе 75 мг 1 р/сут. <b>2. Статины</b> аторвастатин 20-80 мг/сут (предпочтителен), симвастатин 10-40 мг/сут. <b>3. ИАПФ:</b> периндоприл 2,5-10 мг/сут, лизиноприл 2,5-20 мг/сут. (предпочтителен) эналаприл 2,5-40 мг/сут,	В течение 12 месяцев, далее 1 препарат (АСК или клопидогрел). В случае приема антикоагулянта необходима коррекция (см. таблицу 3) Постоянно	1. Улучшение прогноза 2. Устранение симптомов/улучшение качества жизни
				<b>4. Антагонисты рецепторов</b>	По показаниям: при наличии ХСН, артериальной гипертонии, сахарного диабета постоянно	Назначаются при

Нозологическая форма (шифр по МКБ-10)	Объем оказания медицинской помощи					Исход заболевания, цель меропрятий (результат мероприятий)
	Диагностика		Лечение			
	обязательная	кратность	дополнительная (по показаниям)	необходимое	средняя длительность	
1	2	3	4	5	6	7
			<p>ции: эндокринолог, кардиохирург, сосудистый хирург</p>	<p><b>АГ II</b> лозартан 50-100 мг/сут</p> <p><b>5. Бета-блокаторы:</b> Метопролол внутрь 50-200 мг/сут (предпочтительнее при ХСН); Карведилол внутрь 12,5-50 мг/сут (предпочтительнее при систолической дисфункции, ФВ &lt;40%); Бисопролол внутрь 2,5-10 мг/сут; Атенолол внутрь начиная с 25-100 мг/сут.</p> <p><b>6. Антагонисты кальция:</b> Амлодипин внутрь 2,5-10 мг/сут (предпочтителен); Верапамил пролонгированного действия 120—480 мг 2 р/сут; Нифедипин пролонгированного действия внутрь 20-60 мг/сут;</p>	<p>непереносимости и АПФ (сухой кашель), постоянно</p> <p>По показаниям.</p> <p>Обязательны при наличии перенесенного инфаркта миокарда.</p> <p>Препараты выбора для лечения стенокардии (антиангинальные препараты I линии).</p> <p>По показаниям.</p> <p>Антиангинальные препараты I линии при противопоказаниях к приему бета-блокаторов, налицо вазоспастической стенокардии.</p> <p>Дополнительные препараты при не-</p>	

Нозологическая форма (шифр по МКБ-10)	Объем оказания медицинской помощи					Исход заболевания, цель мероприятий (результат мероприятий)
	Диагностика		Лечение		средняя длительность	
	обязательная	кратность	необходимое	дополнительная (по показаниям)		
1	2	3	4	5	6	7
				<p><b>7. Нитраты для купирования приступа стенокардии:</b>            Нитроглицерин 0,5 мг под язык или ингаляционно 0,4 мг;</p> <p><b>8. Нитраты и нитратоподобные препараты для профилактики приступов стенокардии:</b>            Изосорбида динитрат длительного действия            внутрь 20 - 120 мг 2-3 р/сут            Изосорбида мононитрат длительного действия            внутрь 40-240 мг 1 р/сут</p> <p><b>9. Антагонист альдостерона:</b>            Спиринолактон 25-150 мг 1-2 р/сутки</p>	<p>эффективности бета-блокаторов.</p> <p>По потребности. Купирование приступа стенокардии при отсутствии противопоказаний (не более 3 доз за 15 минут)</p> <p>По показаниям. Антиангинальные препараты 2 линии, дополнительно к бета-блокаторам, блокаторам кальциевых каналов.</p> <p>По показаниям. При наличии ХСН, ФВ менее 40%</p>	



Таблица 2

Нозологическая форма (шифр по МКБ-10)	Объем оказания медицинской помощи					Исход заболевания, цель мероприятий (результат мероприятий)
	Диагностика		Лечение			
	обязательная	кратность	дополнительная (по показаниям)	необходимое	средняя длительность	
1	2	3	4	5	6	7
<p><b>Перенесенный инфаркт миокарда без стенокардии</b>  <b>Код МКБ-10: I25.8</b></p>	<p>1. Опрос, осмотр, контроль терапии  2. ЭКГ</p> <p>3. Общий анализ крови  4. Общий анализ мочи  5. Биохимическое исследование крови: определение глюкозы крови, креатинина, АСТ, АЛТ, липидный спектр, КФК.</p> <p>6. Эхо-КГ</p> <p>7. Консультация кардиолога (КОКД) с решением вопроса о необходимости проведения коронарографии и реваскуляризации</p>	<p>Исходно, через 1 месяц, через 6 месяцев, через 12 месяцев, далее по показаниям</p> <p>Через 1 месяц, через 6 месяцев, далее по показаниям</p>	<p>1. Натрий, калий, хлор плазмы, билирубин  2. Тест толерантности к глюкозе, гликированный гемоглобин.  3. ТТГ  4. Стресс-тесты (ВЭМ, тредмил-тест, ЭХОКГ)  5. ХМ-ЭКГ  6. Рентген органов грудной клетки  7. УЗИ доплерография брахиоцефальных артерий  8. ФГДС  9. Консультации: эндокринолог, кардиохими-</p>	<p><b>1. Антигиперлипидемические средства:</b>  Ацетилсалициловая кислота внутрь в дозе 75-150 мг 1 р/сут, Клопидогрел внутрь в дозе 75 мг 1 р/сут.</p> <p><b>2. Статины</b>  аторвастатин 20-80 мг/сут (предпочтителен), симвастатин 10-40 мг/сут.</p> <p><b>3. ИАПФ:</b>  периндоприл 2,5-10 мг/сут, лизиноприл 2,5-20 мг/сут. (предпочтителен)  эналаприл 2,5-40 мг/сут,</p> <p><b>4. Антагонисты рецепторов АТ II</b>  лозартан 50-100 мг/сут</p>	<p>В течение 12 месяцев, далее 1 препарат (АСК или клопидогрел).  В случае приема антикоагулянта необходима коррекция (см. таблицу 3)</p> <p>Постоянно</p> <p>Постоянно</p>	<p>1. Улучшение прогноза,  2. Устранение симптомов/улучшение качества жизни</p>

Нозологическая форма (шифр по МКБ-10)	Объем оказания медицинской помощи				Исход заболевания, цель мероприятий (результат мероприятий)
	Диагностика		Лечение		
	обязательная	кратность	дополнительная (по показаниям)	необходимое	
1	2	3	4	5	6
миокарда			рург, сосудистый хирург	<p><b>5. Бета-блокаторы:</b>            Метопролол внутрь 50-200 мг/сут (предпочтительнее при ХСН);            Карведилол внутрь 12,5-50 мг/сут (предпочтительнее при систолической дисфункции, ФВ &lt;40%);            Бисопролол внутрь 2,5-10 мг/сут;            Атенолол внутрь начиная с 25-100 мг/сут.</p> <p><b>6. Антагонисты кальция:</b>            Амлодипин внутрь 2,5-10 мг/сут (предпочтителен);            Верапамил пролонгированного действия 120—480 мг 2 р/сут;            Нифедипин пролонгированного действия внутрь 20-60 мг/сут;</p> <p><b>9. Антагонист альдостерона:</b>            Спиринолактон 25-150 мг 1-2 р/сутки</p>	Постоянно
					7

По показаниям.  
 При противопоказаниях к приему бета-блокаторов.

По показаниям.  
 При наличии ХСН, ФВ менее 40%

**Особенности проведения терапии имеются в следующих группах пациентов:**

**1. Пациенты со стенокардией напряжения (в том числе при перенесенном инфаркте миокарда).** Требуется постоянный прием препаратов, влияющих на прогноз (антиагреганты, статины). По показаниям пациенты должны принимать иАПФ/БРА (ХСН, гипертензия, сахарный диабет). При наличии перенесенного инфаркта миокарда при отсутствии противопоказаний обязателен прием бета-блокаторов (метопролол сукцинат предпочтителен при ХСН, карведилол при ХСН со сниженной ФВ < 40%). При отсутствии перенесенного инфаркта бета-блокаторы не влияют на прогноз, но являются препаратами выбора (I линии) для устранения симптомов стенокардии. При наличии противопоказаний к приему бета-блокаторов и недостаточной эффективности возможно добавление к терапии блокаторов кальциевых каналов. Предпочтительны дигидропиридиновые БКК (амлодипин). Дигидропиридиновые БКК – препараты выбора при вазоспастической стенокардии. Антиангинальные препараты 2 линии – пролонгированные нитраты, могут быть назначены дополнительно к препаратам I линии.

**2. Пациенты с перенесенным инфарктом миокарда без стенокардии.** Рекомендован постоянный прием при отсутствии противопоказаний антиагрегантов, статинов, бета-блокаторов, иАПФ/БРА. В данном случае все указанные препараты будут улучшать прогноз пациентов.

**3. Пациенты с перенесенным инфарктом миокарда и ХСН.** Рекомендован постоянный прием при отсутствии противопоказаний антиагрегантов, статинов, бета-блокаторов, иАПФ/БРА. Дополнительно показан прием современных петлевых диуретиков (предпочтителен торасемид), антагонистов альдостерона (особенно у пациентов с ФВ < 40%, сахарным диабетом). В данном случае все указанные препараты будут улучшать прогноз пациентов. Назначение нитратов при отсутствии клинической стенокардии необязательно.

Ресинхронизирующая терапия, имплантация кардиовертера-дефибриллятора (в зависимости от продолжительности QRS) рекомендована пациентам с сердечной недостаточностью и ФВ  $\leq 35\%$  при неэффективности медикаментозной терапии > 40 дней после острого события и невозможности реваскуляризации. Реваскуляризация должна предшествовать имплантации данных устройств. После реваскуляризации оценка показаний (величина ФВ) должна проводиться через 6 месяцев.

**4. Пациенты с перенесенным инфарктом миокарда и нарушениями ритма сердца (частая желудочковая экстрасистолия, фибрилляция предсердий).** Показана консультация кардиолога с решением вопроса о назначении антиаритмической терапии.

Дополнения по терапии антиагрегантами, антикоагулянтами у пациентов с сопутствующей фибрилляцией предсердий, неклапанного происхождения:

1. При необходимости комбинированной терапии антикоагулянтами и антиагрегантами у пациентов с сопутствующей фибрилляцией предсердий необходимо учитывать:
  - лечебную стратегию;
  - риск кровотечения (см. таблицу 3).
2. В соответствии со списком ЖНВЛС утверждены для льготного назначения Варфарин, Ривароксабан. При выборе антикоагулянтов необходимо отдавать предпочтение варфарину. Недопустимо первичное назначение ривароксабана без данных о непереносимости/недостаточной эффективности варфарина.
3. Назначение ривароксабана должно проводиться по решению врачебной комиссии медицинской организации.

Таблица 3

### Комбинированная терапия у пациентов с ОКС и фибрилляцией предсердий

Лечебная стратегия предшествующего ОКС	ЧКВ		Консервативная стратегия/АКШ
	Низкий-средний (HAS-BLED = 0-2)	Высокий (HAS-BLED >2)	
Риск кровотечения	4 недели	Тройная терапия: антикоагулянт; АСК 75-100 мг; клопидогрел 75 мг	Тройная терапия: антикоагулянт; АСК 75-100 мг; клопидогрел 75 мг
	6 месяцев	Двойная терапия: антикоагулянт; клопидогрел 75 мг или АСК	Двойная терапия: антикоагулянт; клопидогрел 75 мг или АСК
	12 месяцев	Двойная терапия: антикоагулянт; клопидогрел 75 мг или АСК	Двойная терапия: антикоагулянт; клопидогрел 75 мг или АСК
	> 12 месяцев	Монотерапия - антикоагулянт	

Таким образом, тройная терапия показана пациентам с низким-средним риском геморрагических осложнений (HAS-BLED = 0-2 (таблица 5)) в течение 6 месяцев. У пациентов с высоким риском кровотечений показана тройная терапия только в течение 1 месяца. Соответственно у пациентов с высоким геморрагическим риском и наличием показаний для антикоагулянтов предпочтительна установка стента без лекарственного покрытия, не требующего длительного приема двух дезагрегантов.

В остальных случаях при приеме антикоагулянтов, в том числе при консервативной стратегии, показана терапия антикоагулянтом и одним дезагрегантом до 12 месяцев. Далее длительная монотерапия антикоагулянтом.

Таблица 4

### Шкала оценки риска тромбозмболии CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc

Фактор риска	Баллы
C – (Congestive heart failure) Сердечная недостаточность/систолическая дисфункция левого желудочка	1
H – (Hypertension) Артериальная гипертония	1
A – (Age>75) Возраст ≥ 75 лет	2
D – (Diabetes) Сахарный диабет	1
S – (Stroke or TIA) Инсульт/транзиторная ишемическая атака/системная тромбоэмболия	2
V – (Vascular disease) Заболевания сосудов (инфаркт миокарда в анамнезе, заболевание периферических артерий, атеросклеротическая бляшка в аорте)	1
A – (Age 65-74) Возраст 65-74 года	1
Sc – (Female Sex category) Женский пол	1
Итого от 0-9 баллов	1

### Рекомендации по выбору антитромботической терапии с использованием шкалы CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc:

1. Пациентам с количеством баллов по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc: = 0 (включая женщин моложе 65 лет с изолированной ФП), что соответствует низкому риску, и отсутствием других факторов риска антитромботической терапия не рекомендуется.
2. Пациентам с количеством баллов по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc: ≥ 2 рекомендуется терапия пероральными антикоагулянтами при отсутствии противопоказаний:  
антагонист витамина К (варфарин) в подобранной дозе (МНО 2-3) или

прямой ингибитор тромбина (дабигатран) или пероральный ингибитор фактора Ха (например, ривароксабан или аписксабан).

3. Пациентам с количеством баллов по шкале  $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc} = 1$  на основании оценки риска кровотечения и предпочтений пациента следует рассмотреть использование пероральных антикоагулянтов:

антагонист витамина К (варфарин) в подобранной дозе (МНО 2-3) или

прямой ингибитор тромбина (дабигатран) или

пероральный ингибитор фактора Ха (например, ривароксабан или аписксабан).

4. Если пациенты отказываются принимать любые антикоагулянты (как антагонисты витамина К, так и новые пероральные антикоагулянты), следует рассмотреть использование антиагрегантов: сочетание ацетилсалициловой кислоты в дозе 75-100 мг с клопидогрелом в дозе 75 мг ежедневно (при низком риске кровотечения) или – что менее эффективно – монотерапию ацетилсалициловой кислотой в дозе 75-325 мг ежедневно.

5. Назначения прямого ингибитора тромбина (дабигатран), перорального ингибитора фактора Ха (ривароксабан, аписксабан) возможно при неклапанной ФП. При отсутствии у больных искусственных клапанов сердца, ревматического поражения клапанного аппарата сердца (преимущественно митральный стеноз).

Таблица 5

#### HAS-BLED. Шкала оценки риска кровотечений

Факторы риска	Баллы
Артериальная гипертензия (систолическое АД > 160 мм.рт.ст.)	1
Нарушение функции печени (тяжелое хроническое заболевание или повышение билирубина > 2 раз от верхней границы нормы в сочетании с повышенным АСТ/АЛТ > 3 раз от верхней границы нормы).	1
Нарушение функции почек (диализ, трансплантация или креатинин $\geq 200$ мкмоль/л)	1
Инсульт	1
Кровотечение в анамнезе и/или предрасположенность к кровотечениям (в т.ч. анемия)	1
Лабильное МНО (нестабильное/высокое или в терапевтическом диапазоне < 60% времени)	1
Возраст > 65 лет	1
Злоупотребление алкоголем	1
Прием лекарств, повышающих риск кровотечения (антиагреганты, НПВС)	1

Риск высокий при сумме баллов  $\geq 3$

## Тест Фагерстрема

<b>1. Через сколько времени после пробуждения Вы закуриваете первую сигарету?</b>	
В течение первых 5 минут	3
От 6 до 30 минут	2
От 31 до 60 минут	1
Более часа	0
<b>2. Трудно ли Вам воздерживаться от курения в местах, где курение запрещено?</b>	
Да	1
Нет	0
<b>3. От какой сигареты в течение дня Вам труднее всего отказаться?</b>	
От первой	1
От второй	0
<b>4. Сколько сигарет Вы выкуриваете в течение дня?</b>	
10 или меньше	0
От 11 до 20	1
От 21 до 30	2
31 и более	3
<b>5. Курите ли Вы больше в первой половине дня, чем во второй?</b>	
Да	1
Нет	2
<b>6. Продолжаете ли Вы курить, когда Вы очень больны и вынуждены соблюдать постельный режим в течение всего дня?</b>	
Да	1
Нет	0

**0-3 балла:** Вам, вероятно, удастся бросить курить не прибегая к медикаментозным средствам. Не откладываяйте этот шаг на завтра.

**4-6 баллов:** зависимость от никотина средняя. Собрав всю свою силу воли, Вы вполне способны бросить курить.

**7-10 баллов:** зависимость от никотина высокая. Вы и Ваш врач должны подумать об использовании медицинских средств для того, чтобы помочь Вам бросить курить.

Опросник по оценке привычек питания (краткий перечень вопросов для сбора диетанамнеза) Таблица 7

Вопрос	Ответ	Оптимально
1. Сколько раз в день Вы принимаете пищу?		3-5
2. За сколько часов до сна принимаете пищу?		2 и более
3. Сколько кусков (чайных ложек) сахара, варенья, джема и др. Вы обычно потребляете за день с чаем и кофе?		6 и менее
4. Как часто Вы пьете компоты и сладкие газированные напитки (фанта, кола и др.)		Не пью
5. Добавляете ли Вы соль в уже приготовленную в общепите пищу?		Нет
6. На каком жире у Вас дома обычно жарят пищу?		Не жарят
7. Как часто Вы едите овощи?		Ежедневно и чаще
8. Как часто Вы едите фрукты?		Ежедневно и чаще
9. Чем Вы дома преимущественно заправляете салаты?		Растительным маслом
10. Сколько яиц Вы обычно съедаете в неделю, включая яйца, используемые для приготовления пищи?		3 и менее