

**Клинические рекомендации
как критерий оценки качества
оказания медицинской
помощи пациентам
терапевтического профиля**

**Главный терапевт
департамента здравоохранения
Воронежской области
Шарапова Юлия Анатольевна**

- 25 декабря 2018 года опубликован подписанный президентом РФ В.Путиным **Федеральный закон от 25.12.2018 № 489-ФЗ**

«О внесении изменений в статью 40 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" и Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

по вопросам клинических рекомендаций»

С 01 января 2019 года клинические рекомендации, ранее утвержденные во всех областях медицины **ОБЯЗАТЕЛЬНЫ** к применению.

- В пункте 4 статьи 3 Закона №489-ФЗ сказано, что **КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ, УТВЕРЖДЕННЫЕ ДО ДНЯ ВСТУПЛЕНИЯ В СИЛУ НАСТОЯЩЕГО ФЗ, ПРИМЕНЯЮТСЯ ДО ИХ ПЕРЕСМОТРА И УТВЕРЖДЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ СООБЩЕСТВАМИ И НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИМ СОВЕТОМ МЗ РФ**

Клинические рекомендации

**В соответствии с международной практикой
и разработками ВОЗ, являются
документами, которые устанавливают алгоритм ведения
больного,
диагностики и лечения**

**Это систематически разработанные утверждения,
помогающие врачу принимать правильные решения
в определенных клинических обстоятельствах**

**Однако, окончательное решение в отношении каждого
пациента должны приниматься врачом в согласовании с
пациентом или, при необходимости с опекуном**

**Акцент делается на вовлечение пациента в процесс
принятия решения**



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ
от 28 февраля 2019 г. N 103Н

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА И СРОКОВ
РАЗРАБОТКИ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ, ИХ ПЕРЕСМОТРА, ТИПОВОЙ
ФОРМЫ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ И ТРЕБОВАНИЙ К ИХ СТРУКТУРЕ,
СОСТАВУ И НАУЧНОЙ ОБОСНОВАННОСТИ ВКЛЮЧАЕМОЙ В КЛИНИЧЕСКИЕ
РЕКОМЕНДАЦИИ ИНФОРМАЦИИ

В соответствии с частью 9 статьи 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2015, № 10, ст. 1425; 2017, № 31, ст. 4791; 2018, № 53, ст. 8415) приказываю:

Клинические рекомендации
(протоколы лечения)



мotra согласно



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(Минздрав России)



ПРИКАЗ

28 февраля 2019г.

Москва

Об утверждении
порядка и сроков разработки клинических рекомендаций,
их пересмотра, типовой формы клинических
рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной
обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации

В соответствии с частью 9 статьи 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2015, № 10, ст. 1425; 2017, № 31, ст. 4791; 2018, № 53, ст. 8415) приказываю:

Утвердить:

порядок и сроки разработки клинических рекомендаций, их пересм согласно приложению № 1;

типовую форму клинических рекомендаций согласно приложению № 2;

требования к структуре клинических рекомендаций, составу и науч обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации согл приложению № 3.

Министр

В.И. Скворцов

Опубликован приказ Минздрава [от 28.02.2019 № 103н](#) «Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации».

- Клинические рекомендации [разрабатываются](#) медицинскими профессиональными некоммерческими организациями по отдельным заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний) с указанием медицинских услуг, предусмотренных Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Минздрава от 13 октября 2017 г. № 804н.
- В КР включаются рекомендации по применению конкретных медицинских вмешательств, позволяющие оценить эффективность и безопасность проводимого лечения. Они должны быть изложены в формате кратких тезисов-рекомендаций.
- Информация по вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации включается в КР на основе принципов доказательной медицины.
- Установлено, в частности, что в КР применяются международное непатентованное (МНН) или группировочное, или химическое наименование лекарственного препарата (за исключением случаев отсутствия данных наименований). Допускается указание информации о валидизированных на территории Российской Федерации шкалах, вопросниках и иных методах оценки состояния пациента, прогноза рисков возникновения осложнений и прогноза развития заболевания.
- Клинические рекомендации пересматриваются не реже 1 раза в 3 года и не чаще 1 раза в 6 месяцев.
-

Типовая структура клинических рекомендаций

МЗ РФ

- **Титульный лист** – обязательный раздел;
- **Оглавление** – обязательный раздел;
- **Ключевые слова** – обязательный раздел;
- **Список сокращений** – обязательный раздел;
- **Термины и определения** – обязательный раздел;
- **1. Краткая информация** - обязательный раздел;
 - 1.1. Определение;
 - 1.2. Этиология и патогенез;
 - 1.3. Эпидемиология;
 - 1.4. Кодирование по МКБ 10;
 - 1.5. Классификация;
 - 1.6. Клиническая картина.
- **2. Диагностика** – обязательный раздел; Критерии установления диагноза;
 - 2.1. Жалобы и анамнез;
 - 2.2. Физикальное обследование;
 - 2.3. Лабораторная диагностика;
 - 2.4. Инструментальная диагностика;
 - 2.5. иная диагностика;
- **3. Лечение** – обязательная диагностика;
 - 3.1. Консервативное лечение;
 - 3.2. Хирургическое лечение;
 - 3.3. Иное лечение.
- **4. Реабилитация** – обязательный раздел;
- **5. Профилактика и диспансерное наблюдение** – рекомендуемый раздел;
- **6. Дополнительная информация, влияющая на исход заболевания/синдрома** – рекомендуемый раздел
- **7. Организация медицинской помощи**

Критерии оценки качества медицинской помощи – обязательный раздел

- Особый раздел в структуре клинических рекомендаций составляют критерии качества оказания медицинской помощи при данном заболевании.
- Критерии качества оказанной медицинской помощи - это свод обязательных требований, исполнение которых прямо и высоко достоверно влияет на исход заболевания.

Критерии качества утверждаются отдельно Приказами Минздрава России и являются обязательными для исполнения.

**Приказ Минздрава России от 10.05.2017 № 203н
«Об утверждении критериев оценки качества
медицинской помощи»**

(Зарегистрировано в Минюсте России 17.05.2017 N 46740)

Стандарты оказания медицинской помощи

- это технологические карты, разработанные на основе клинических рекомендаций, представляющие собой перечень услуг, лекарств, медицинских изделий и других компонентов лечения, которые могут использоваться при конкретном заболевании, с усреднёнными частотой и кратностью их представления в группе больных с данным заболеванием.
- Стандарты это документы, используемые организаторами здравоохранения для планирования и экономических расчетов, в частности при подготовке программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи.

План мероприятий региональной программы «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Воронежской области»

№ п/п	Наименование мероприятия, контрольной точки	Сроки реализации проекта		Ответственный исполнитель	Характеристика результата
		Начало	Окончание		
1. Мероприятия по внедрению и соблюдению клинических рекомендаций и протоколов ведения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями					
1.1	Разработка и внедрение плана мероприятий по обеспечению достижения указанных показателей в клинических рекомендациях по профилю	01.09.2019	31.12.2024	Департамент здравоохранения Воронежской области (далее – ДЗ ВО); главные врачи МО Воронежской области (далее – главные врачи МО ВО)	Утвержден план мероприятий по обеспечению достижения указанных показателей
1.2	Предоставление информационных материалов для изучения клинических рекомендаций	01.08.2019	31.12.2019	Главные внештатные специалисты	Предоставлены информационно-методические письма в каждую МО
1.3	Проведение образовательных семинаров по изучению клинических рекомендаций по лечению больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в медицинских организациях (стационарах и поликлиниках) Воронежской области, оказывающих помощь пациентам с ССЗ	01.09.2019	31.12.2024	ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России; ДЗ ВО; главные врачи МО ВО	Проведено не менее 10 семинаров ежегодно для кардиологов, неврологов, реаниматологов, врачей ЛФК, физиотерапевтов, инструкторов-методистов ЛФК, инструкторов ЛФК, логопедов, среднего медицинского персонала отделения для больных с ОНМК
1.4	Разработка модуля дистанционного обучения клинических рекомендаций по ведению пациентов с артериальной гипертензией	01.09.2019	31.12.2019	ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России; ДЗ ВО	Разработан модуль дистанционного обучения клинических рекомендаций по ведению пациентов с

1.6	Проведение образовательных мероприятий в каждой МО	01.09.2019	31.12.2019	ДЗ ВО; Азарин О.Г.; Чуприна С.Е.; главные врачи МО ВО	Проведено не менее 2 лекций; 2 семинаров; 3 практических занятий с фельдшерами
1.7	Предоставление отчета в ДЗ ВО о проведении образовательных мероприятий по изучению клинических рекомендаций в каждой МО	01.08.2019	31.12.2019	Главные врачи МО ВО	Отчет об организации обязательного изучения клинических рекомендаций в МО
1.8	Проведение проверки соблюдения клинических рекомендаций в МО Воронежской области	01.09.2019	31.12.2024	ДЗ ВО; Главные врачи МО ВО	Проводятся ежеквартально проверки соблюдения клинических рекомендаций в МО Воронежской области
1.9	Осуществление контроля за оказанием медицинской помощи в соответствии с порядками и стандартами в том числе в рамках экспертных мероприятий СМО и ТФОМС, Территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения Воронежской области	01.09.2019	31.12.2024	ДЗ ВО; ТФОМС; главные врачи МО ВО; Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения Воронежской области	Проведены экспертные мероприятия не менее 30 % случаев оказания медицинской помощи
1.10.	Введение в рабочие обучающие программы клинических рекомендаций по профилю «Сердечно-сосудистые заболевания» с внедрением системы оценки результатов освоения и мониторинга выживаемости знаний на всех этапах додипломного и последипломного медицинского образования в Воронежской области	01.09.2019	31.12.2024	ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России	Внедрена система оценки результатов освоения и мониторинга выживаемости знаний на всех этапах додипломного и последипломного медицинского образования
1.11.	Организация выездов мобильных мультидисциплинарных бригад с участием Кардиодесанта и волонтерской организации «Млечный путь», врачей областного кардиодиспансера БУЗ ВО «ВОКБ № 1», профессорско-преподавательского состава и ординаторов по профилю кардиология, эндокринология, неврология ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко для оказания консультативной, профилактической помощи в районах Воронежской области	01.09.2019	31.12.2024	ДЗ ВО; проектный офис ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России	Организована консультативная помощь пациентам 12 районов области

Задачи эксперта качества СМО

**(приказ Минздрава России от 28.02.2019 № 108н
«Об утверждении Правил обязательного
медицинского страхования»)**

- оценить соблюдение прав застрахованного лица на доступность и качество медицинской помощи;
- - оценить исполнение порядков оказания медицинской помощи по соответствующему профилю оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи, клинических рекомендаций по соответствующему заболеванию;
- - оценить влияние нарушений при оказании медицинской помощи/дефектов медицинской помощи на формирование/риск формирования неблагоприятного исхода;
- - оценить исполнение критериев оценки качества медицинской помощи

Актуальные клинические
рекомендации Минздрава РФ
опубликованы на сайте
cr.rosminzdrav.ru

Соотношение класса рекомендаций Европейского общества кардиологов (ЕОК) и уровня убедительности рекомендаций (УУР)

	Класс рекомендаций ЕОК, 2018	Предлагаемая формулировка		УУР, «Методические рекомендации по оценке достоверности доказательств и убедительности рекомендаций» ФГБУ «ЦЭКМП» Минздрава России, 2017
I	Доказательства и/или единое мнение, что диагностическая процедура или вид лечения являются эффективными и полезными	Рекомендуется/показан	A	Однозначная рекомендация (все представленные исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
II	Противоречивые данные и мнения об эффективности/пользе лечения		B	Неоднозначная рекомендация (не все представленные исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы не являются согласованными)
IIa	Большинство данных/мнений говорит о пользе/ эффективности	Целесообразно применять		
IIb	Данные/мнения не столь убедительно говорят о пользе/эффективности	Можно применять	C	Низкая рекомендация – отсутствие доказательств надлежащего качества
III	Данные или единогласное мнение, что лечение/процедура не является полезным, эффективным, а в ряде случаев может быть опасным и приносить вред	Не рекомендуется		???

Данные рейтинга ВОЗ

- Россия по показателю медианного возраста занимает 49 место в мире из 192 стран ;
- По ожидаемой продолжительности жизни – 103 место из 183 стран;
- С 2014 по 2017 гг. ВОЗ фиксирует в России улучшение позиций в смертности от инсульта (с 3-го на 8-е место),
- от СПИДа (с 41-го на 49-е место),
ухудшение позиций в смертности , связанной с употреблением алкоголя (с 4-го на 2-е место), и от онкологических заболеваний (с 15-го на 14-е место),
- **Неизменной остается смертность от КБС (9-е место)**

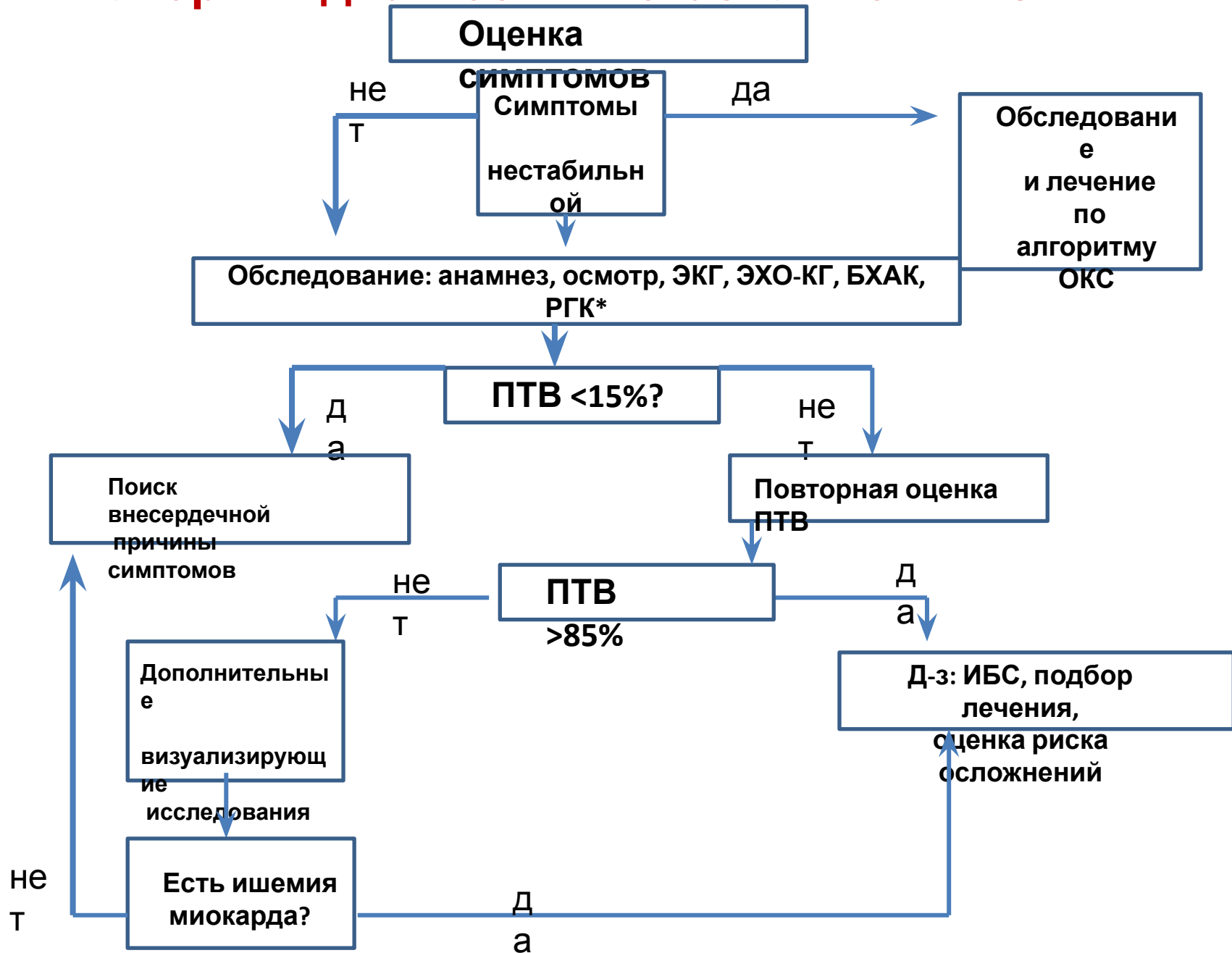
Классификация ИБС

Острая	Код по МКБ X
Внезапная коронарная смерть	I 46
Острый инфаркт миокарда	I 21
Повторный инфаркт миокарда	I 22
Нестабильная стенокардия	I 20.0
Стенокардия Принцметала (вариантная, вазоспастическая)	I 20.1
Хроническая	
Стенокардия напряжения (I–IV функционального класса) и покоя	I20.8
Перенесенный в прошлом инфаркт миокарда	I25.2
Нарушения ритма и проводимости, сердечной недостаточности	I48, I50
Атеросклеротическая болезнь сердца	I25.1
Аневризма сердца	I25.3
Аневризма коронарной артерии	I25.4
Ишемическая кардиомиопатия	I25.5
Бессимптомная (безболевая) ишемия миокарда	I25.6
Другие формы ишемической болезни сердца	I25.8
Хроническая ишемическая болезнь сердца, неуточненная	I25.9

Классификация стенокардии напряжения по функциональным классам (Канадская сердечно-сосудистая ассоциация)

Функциональный класс	Характеристика
I	Обычная физическая нагрузка не вызывает приступов стенокардии, боль провоцирует необычно тяжелая для больного, напряженная или быстрая, или длительная работа
II	Ограничение физической активности незначительное. Боли возникают при ходьбе по ровному месту более 500 м, подъеме вверх более чем на 1 этаж, после еды, при выходе на холодный воздух, при ветре, при эмоциональном напряжении (просмотр телевизионных передач, чтение книг), после еды и курения, при повышении АД, тахикардии
III	Значительное ограничение обычной физической активности. При ходьбе в обычном темпе менее 500 м, при подъеме на 1 пролет лестницы, приступы могут быть и в покое
IV	Любая физическая активность вызывает дискомфорт и приступы обычно бывают и в покое

Алгоритм диагностики стабильной ИБС



Стратегия лечения стабильной стенокардии

Улучшение прогноза

Предупреждение осложнений (ИМ и внезапной смерти)

Улучшение качества жизни

Полное купирование/ уменьшение частоты приступов стенокардии и/или безболевого ишемии миокарда



7. Lifestyle and pharmacological management

7.1 Risk factors and ischaemia management

7.1.1 General management of stable coronary artery disease patients

The aim of the management of SCAD is to reduce symptoms, improve prognosis. The management of CAD patients encompasses lifestyle modification, control of CAD risk factors, evidence-based pharmacological therapy and patient education. Lifestyle recommendations are described in recent ESC guidelines.^{37,62}

Цели лечения стабильной ИБС:¹

- Устранение симптомов
- Продление жизни

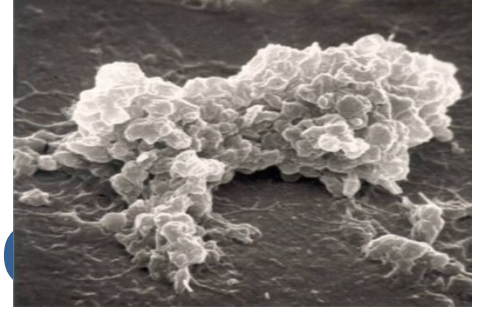
Ключевые аспекты лечения больных Стабильной Стенокардии

- **Образование пациентов**
- **Приверженность пациента к рекомендациям врача**
- **Адекватное диспансерное наблюдение и кардиореабилитация**
- **Своевременные рентген-эндоваскулярное обследование и вмешательства на коронарных артериях**

Лечение пациентов со стабильной ИБС



Патогенетическое обоснование долговременной антиагрегантной терапии



- Вторичная профилактика ССЗ
- Тесная взаимосвязь процесса атерогенеза и тромбообразования
- Тромбоциты первыми реагируют на разрыв атеросклеротической бляшки:
- Запускают коагуляционный каскад и составляют основу формирования тромба

СТАТИНЫ

- Показаны ВСЕМ больным ИБС, а не только при неэффективной гиполипидемической диете
- До достижения целевого уровня ХС-ЛНП
($< 1,8$ ммоль/л)

2016 ACC EXPERT CONSENSUS DECISION PATHWAY ON THE ROLE OF NON-STATIN THERAPIES FOR LDL-CHOLESTEROL LOWERING IN THE MANAGEMENT OF ATHEROSCLEROTIC CARDIOVASCULAR DISEASE RISK¹



**ПРИ
НЕДОСТИЖЕНИИ
ЦЕЛЕВОГО
УРОВНЯ
ХС ЛПНП**

ПРОВЕРИТЬ приверженность к терапии статином

АКТИВИЗИРОВАТЬ УСИЛИЯ по изменению образа жизни

ПЕРЕЙТИ К ВЫСОКОИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ статином (если больной ее уже получает)

ПРОКОНТРОЛИРОВАТЬ ДРУГИЕ ФР

**1
шаг**

**РАССМОТРЕТЬ
ТЕРАПИЮ ЭЗЕТИМИБОМ**

**2
шаг**

**РАССМОТРЕТЬ
ТЕРАПИЮ РССК9**

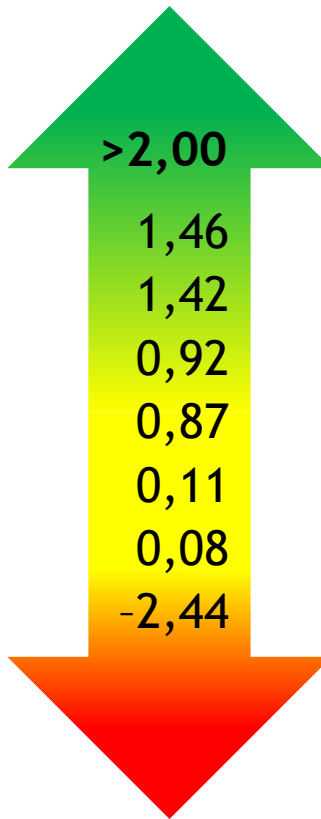
1. Lloyd-Jones et al. / JACC. 2016; 68: 92-125.

• ОБЕСПЕЧИВАЕТ ВЫСОКУЮ ОРГАНОПРОТЕКЦИЮ

Индекс липофильности активных форм ингибиторов АПФ

Фозинап

- Трандолаприлат
- Квинаприлат
- Рамиприлат
- Периндоприлат
- Эналаприлат
- Каптоприл
- Лизиноприл



макс. липофильность –
высокая органопротекция



макс. гидрофильность

–

низкая
органопротекция

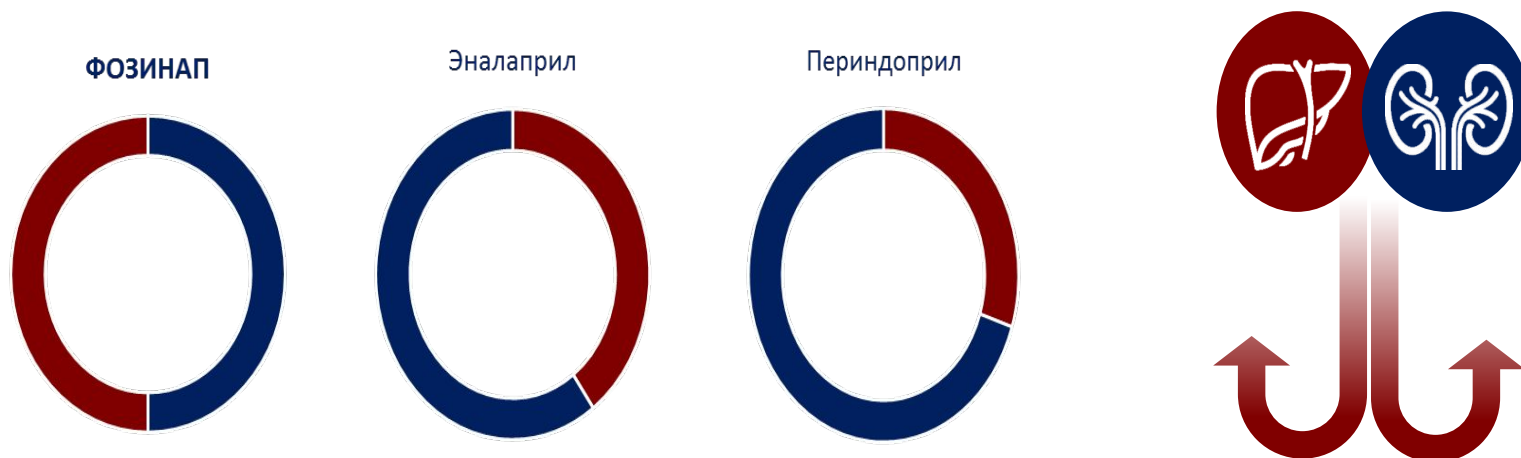
Повышение гидрофильности



Повышение липофильности

ФОЗИНАП® • СБАЛАНСИРОВАННЫЙ ДВОЙНОЙ ПУТЬ ВЫВЕДЕНИЯ*

Фармакодинамика выведения и-АПФ



Двойной путь выведения препарата Фозинап обеспечивает возможность назначить препарат у пациентов, как с почечной недостаточностью, так и с высокой лекарственной нагрузкой на печень*

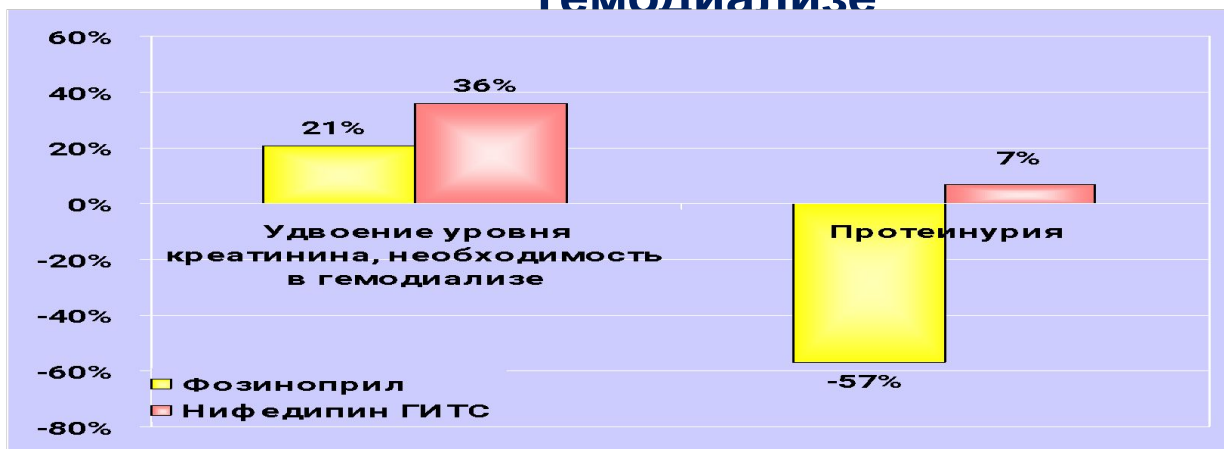
* Инструкции по применению препарата

ФОЗИНАП • ОБЕСПЕЧИВАЕТ РЕГРЕССИЮ ГМЛЖ, ВЫСОКИЙ НЕФРОПРОТЕКТИВНЫЙ ЭФФЕКТ

НЕ ТОЛЬКО ПРЕДУПРЕЖДАЕТ ДАЛЬНЕЙШЕЕ РАЗВИТИЕ ГИПЕРТРОФИИ
МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, НО И СПОСОБСТВУЕТ ЕЕ РЕГРЕССИИ*



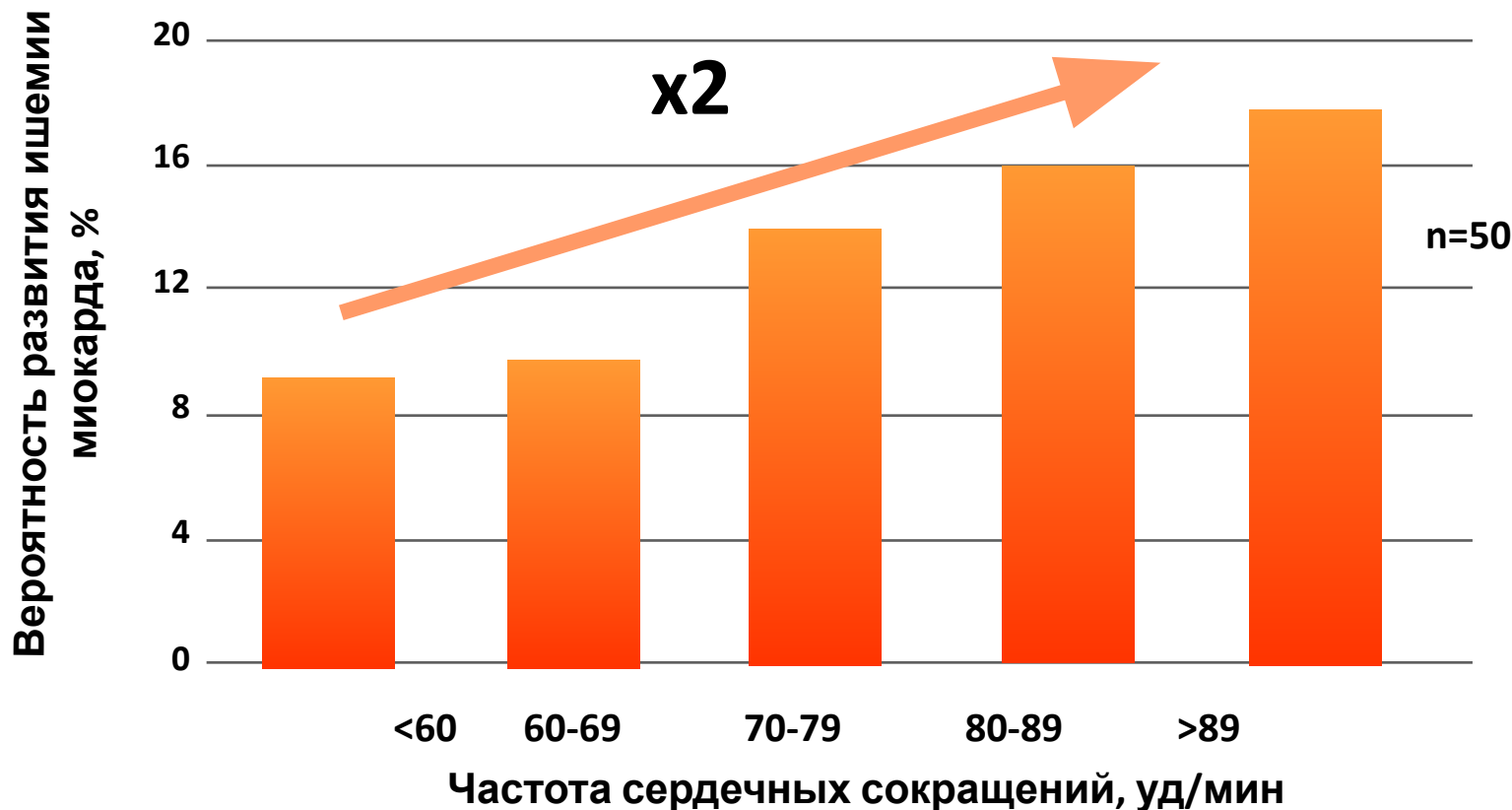
Изменение уровня креатинина, протеинурии и потребности в гемодиализе



*Cheung B.M., Lau C.P. Fosinopril reduces left ventricular mass in untreated hypertensive patients: a controlled trial // Br J Clin Pharmacol. 1999 Feb. Vol. 47 (2). P. 179–187

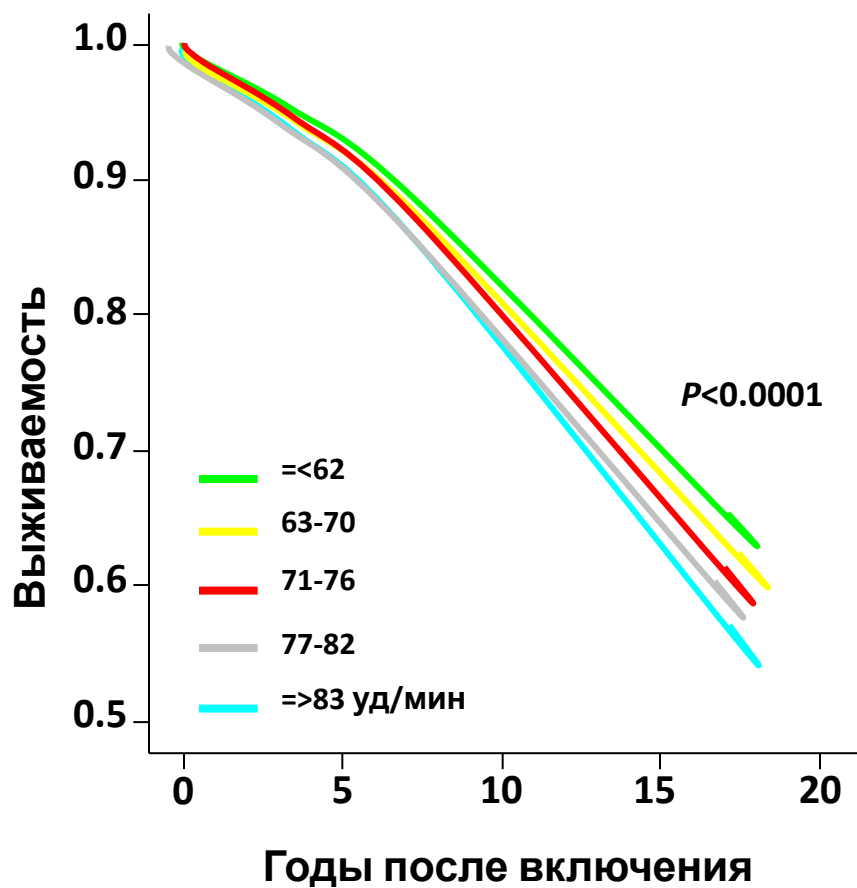
•Marin R, Ruilope LM, Aljama P, Armanda P, Segura J, Diez J; Investigators of the **ESPIRAL** Study. Efecto del tratamiento antihipertensivo Sobre la Progresion de la Insuficiencia RenAL en pacientes no diabeticos. A random comparison of fosinopril and nifedipine GITS in patients with primary renal disease.// J Hypertens. 2001 Oct;19(10):1871-6.

Значение ЧСС в развитии ишемии у пациентов со стабильной стенокардией

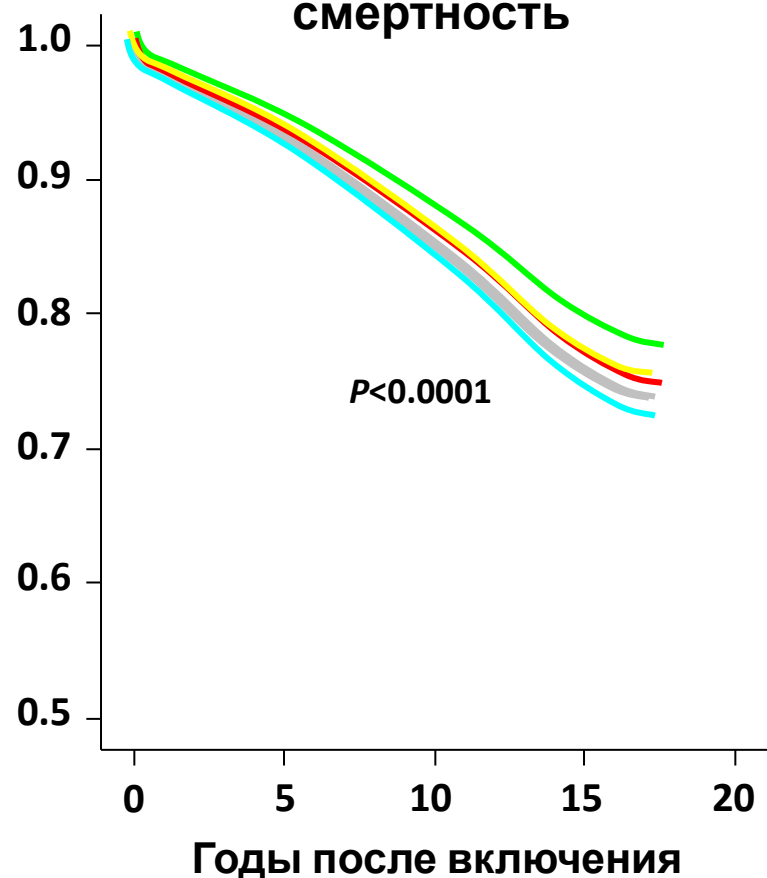


ЧСС: независимый предиктор смертности

Общая смертность



Сердечно-сосудистая смертность



24913 пациентов

Бета-адреноблокаторы могут оказывать действие на многие аспекты сердечно-сосудистой системы¹

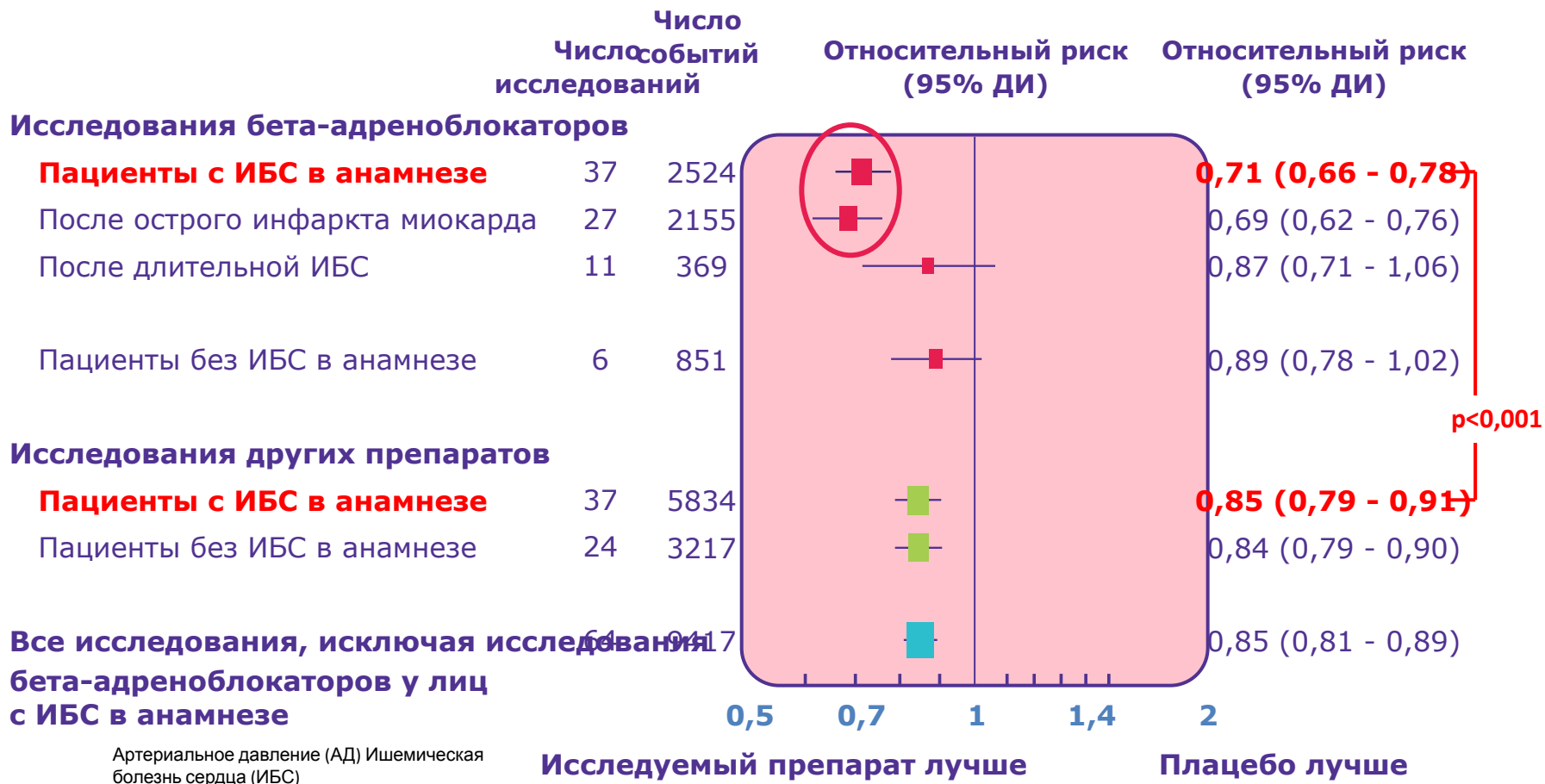


График адаптирован из

1

1. Willenheimer R, Erdmann E. Chairmen's foreword: beta-blockade across the cardiovascular continuum – when and where to use? *Eur Heart J Suppl.* 2009;11(Suppl A):A1–2.

Бета-адреноблокаторы обеспечивают дополнительную защиту, помимо снижения АД, при профилактике повторных событий у пациентов с ИБС в анамнезе¹



Артериальное давление (АД) Ишемическая болезнь сердца (ИБС)

График адаптирован из

1

1. Law MR, Morris JK, Wald NJ. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. *BMJ*. 2009;338:b1665. doi:10.1136/bmj.b1665.

Почему селективность в отношении бета1-адренорецепторов важна?

Преобладающее распределение бета1-адренорецепторов и эффекты их стимуляции

	Бетта1-рц	Бетта2- рц
Миокард	 Сократимости и ЧСС	
Гладкая мускулатура сосудов		 вазодилатация
Гладкая мускулатура бронхов		 бронходилатация
• Почки	Секреции ренина	

симпатическую активность в сердце и почках, поддерживают опосредованную бета2-адренорецепторами вазодилатацию и снижают риск побочных эффектов, связанных с блокадой бета2-рецепторов в легких и периферических тканях²

- 1. Cruickshank JM. The Modern Role of Beta

Бисопролол: Отношение селективности β_2/β_1 для бета-адренорецепторов человека *in vitro*^{1,2}

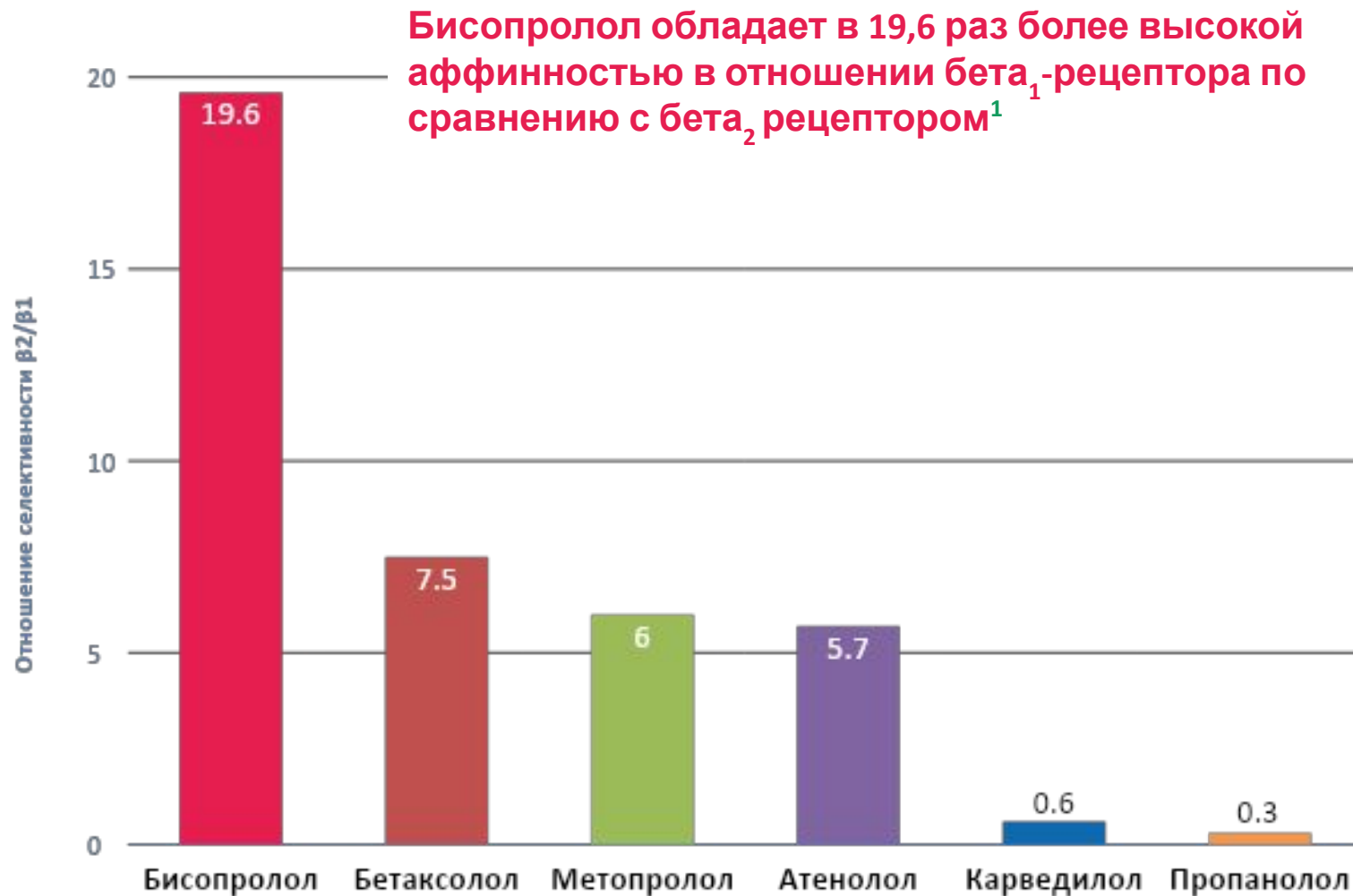
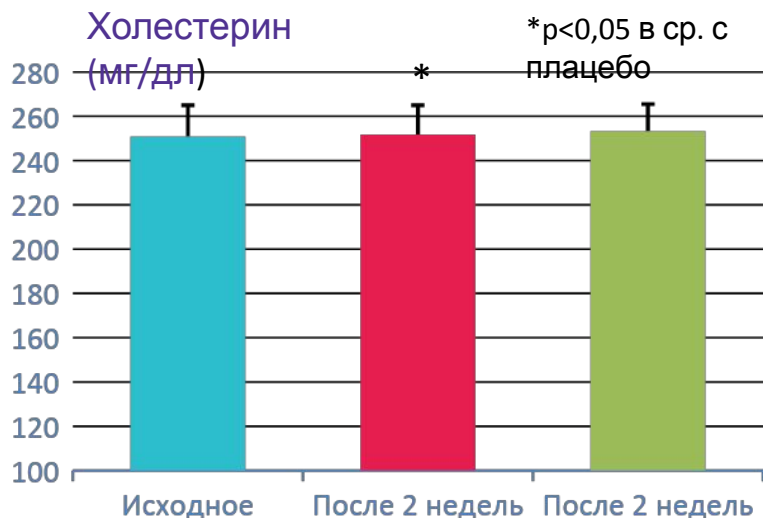


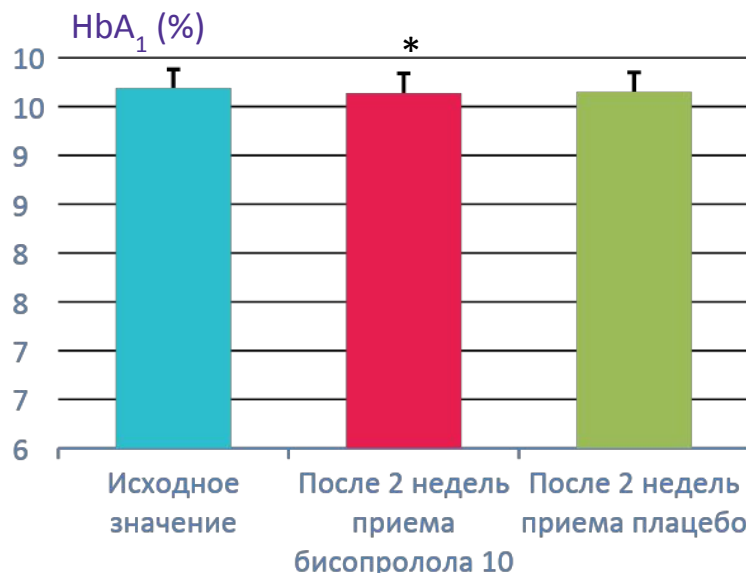
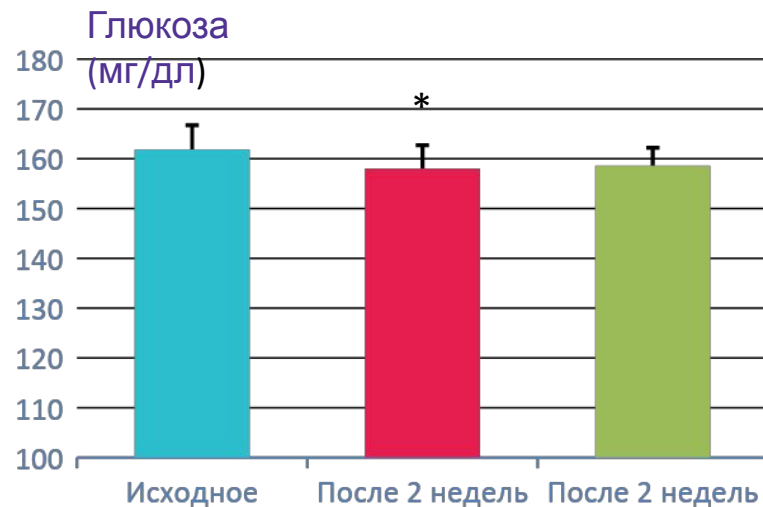
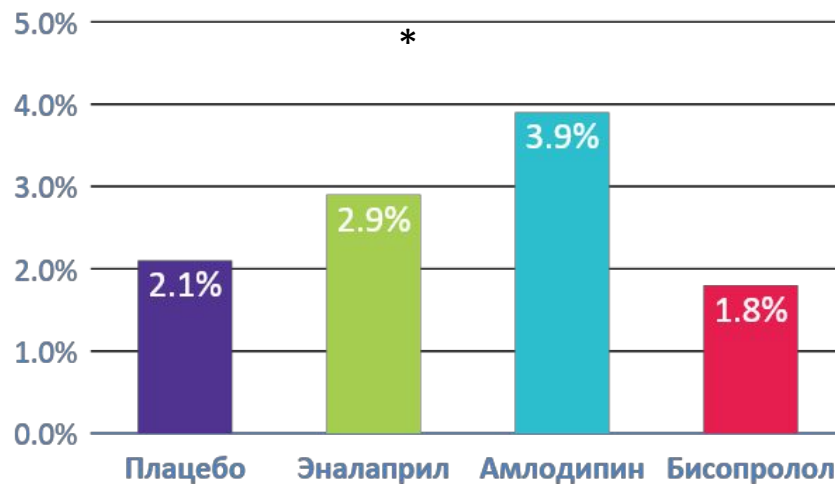
График адаптирован из
ссылки 2

1. Smith C, Teitler M. Beta-blocker selectivity at cloned human beta1- and beta2-adrenergic receptors. Cardiovasc Drugs Ther. 1999;13:123–6.
2. Cruickshank JM. Essential Hypertension. Shelton, CT: People's Medical Publishing House-USA;2013, Fig. 8-28.

Бисопролол оказывает минимальное влияние на уровни липидов и глюкозы, сексуальной дисфункции^{1,2}



Распространенность общей сексуальной дисфункции



1. Cruickshank JM. The Modern Role of Beta-blockers in Cardiovascular Medicine. Shelton, CT: People's Medical Publishing House-USA;2011, Fig. 6-13

2. Janka HU, Ziegler AG, Disselhoff G et al. Influence of bisoprolol on blood glucose, glucosuria, and haemoglobin A1 in noninsulin-dependent diabetics. J Cardiovasc Pharmacol. 1986;8(Suppl 11):S96-S99.

АМЛОДИПИН +БИСОПРОЛОЛ: РАЦИОНАЛЬНЫЙ ВЫБОР

КонкорАМ

- **Бисопролол: оптимальная долгосрочная эффективность и хорошо изученные характеристики безопасности**
- **Амлодипин: эффективность в течение 24 часов и безопасность при длительном применении**

Критерии оценки качества медицинской помощи

Критерии качества	Уровень убедительности рекомендаций	Уровень достоверности доказательств
Выполнено электрокардиографическое исследование	I	C
Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	I	C
Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, глюкоза, креатинкиназа)	I	C
Выполнен анализ крови биохимический по оценке нарушений липидного обмена	I	C
Выполнена эхокардиография	I	C
Выполнено дуплексное сканирование экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий (при отсутствии проведения на догоспитальном этапе в последние 12 месяцев)	I	C
Выполнена коронароангиография (при неэффективности медикаментозной терапии)	I	C
Проведена терапия бета-адреноблокаторами и/или антагонистами кальция и/или нитратами и/или выполнено хирургическое вмешательство (при неэффективности медикаментозной терапии)	I	C
Проведена терапия бета-адреноблокаторами и/или антагонистами кальция и/или нитратами и/или выполнено хирургическое вмешательство (при неэффективности медикаментозной терапии)	I	C

- Диспансерное наблюдение и ведение больных с не осложненными хроническими формами **ИБС** может проводиться **врачами-терапевтами**.
- Наблюдение **осложненных форм ИБС**, коррекция лечения при изменении состояния, появлении новых или обострении уже имевшихся симптомов, решение вопроса о проведении углубленного исследований (коронарографии, стресс-тестов) должно проводиться с участием кардиолога.
- Частота посещений ЛПУ должна быть **не реже 4–6 раз** в течение первого года с момента установки диагноза. Далее при стабильном состоянии – **не менее 2 раз в год**.
- Всем больным рекомендуется проведение стандартного ЭКГ исследования в 12 отведениях в покое, ЭХО-кардиографии и уровня липидов не реже 1–2 раз в год. Более частое наблюдение необходимо в период подбора оптимальной медикаментозной терапии.
- **Ухудшение состояния**, появление симптомов нестабильности, выявление признаков сердечной недостаточности или снижение фракции выброса требует и **более частого наблюдения** или решения вопроса о срочной госпитализации.
- Больные при постановке на диспансерный учет должны пройти обучение в **ШКОЛЕ** для коронарных больных.
Приложение В (Информация для пациента)

2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes

- ESC опубликовало первые рекомендации с новым термином – **хронический коронарный синдром (ХКС)** вместо используемого ранее стабильное течение болезни коронарных артерий (БКА)
- ХКС «динамический процесс, который определяется атеросклерозом и измененной функцией артерий и может быть изменен (стабилизация заболевания или регрессия) с помощью образа жизни, фармакотерапии, реваскуляризации»
- Предполагается разделить БКА на ОКС и ХКБ

Благодарю за внимание!

Действие даже самого крохотного существа
приводит
к изменениям во всей Вселенной

Рvми





ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ (ПРИКАЗ МЗ № 124Н ОТ 13.03.19)

ВОЗРАСТ С 18 ЛЕТ

ИМЕЮТСЯ ХНИЗ (ХОБЛ, ЗНО, СД2) ИЛИ ПОДОЗРЕНИЕ НА НИХ

НЕТ ХНИЗ, ДРУГИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ ПОДОЗРЕНИЙ НА НИХ

НЕТ ХНИЗ, ИМЕЮТСЯ ДРУГИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной медицинской помощи) ИЛИ ПОДОЗРЕНИЕ НА НИХ

I А ГРУППА ЗДОРОВЬЯ

III Б ГРУППА ЗДОРОВЬЯ

ДО 40 ЛЕТ

С 40 ДО 65 ЛЕТ

С 65 ЛЕТ

НЕТ ОДНОГО И БОЛЕЕ СОСТОЯНИЙ из перечисленных:
ожирение (индекс массы тела ≥ 30 кг/м²)
повышенный холестерин ≥ 8 ммоль/л
курение > 20 сигарет в день
опасного потребления алкоголя
потребления наркотических и психотропных средств

ВЫСОКИЙ РИСК БСК (ПО КРИТЕРИЮ ВОЗРАСТА)

НЕТ ВЫСОКОГО И ОЧЕНЬ ВЫСОКОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА по шкале SCORE $\geq 5\%$ для лиц в возрасте с 40 до 65 лет)

NET I А ГРУППА ЗДОРОВЬЯ

ЕСТЬ II ГРУППА ЗДОРОВЬЯ

Перечень кодов МКБ-10, соответствующих заболеваниям (состояниям), относимым к III А группе здоровья

Заболевание/состояние	Код
Сахарный диабет 1-го и 2-го типа.....	
Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением (гипертонии).....	
Стенокардия.....	
Атеросклеротический кардиосклероз.....	
Постинфарктный кардиосклероз.....	
Церебральный атеросклероз.....	
Стеноз сонной артерии.....	
Последствия ОНМК и хроническая ишемия мозга.....	
Нарушения ритма сердца и ХСН.....	
Ревматические заболевания сердца.....	
Врожденные пороки сердца.....	
Кардиомиопатии.....	
Заболевания периферических сосудов.....	
Хронический бронхит, эмфизема легких.....	
Хроническая обструктивная болезнь легких.....	
Бронхиальная астма.....	
Бронхоэктатическая болезнь.....	
Злокачественные новообразования.....	
<i>в том числе, но не ограничиваясь:</i>	
In situ новообразования.....	
Пищевода.....	
Желудка.....	
Ободочной кишки.....	
Ректосигмоидного соединения, прямой кишки, заднего прохода и анального канала.....	
Поджелудочной железы.....	
Трахеи, бронхов и легкого.....	
Молочной железы.....	
Шейки матки.....	
Тела матки.....	
Яичника.....	
Предстательной железы.....	
Почки, кроме почечной лоханки.....	

II группа здоровья

Ожирение..... E66, E66.0, E66.1, E66.2, E66.9
 Гиперхолестеринемия с уровнем общего холестерина ≥ 8 ммоль/л и более.....
 Лица, курящие более 20 сигарет в день.....
 Лица с выявленным риском пагубного потребления алкоголя и/или с риском потребления наркотических и психотропных веществ.....