



**Министерство
здравоохранения Нижегородской области**

П Р И К А З

28.07.2023 315-646/23П/од

№ _____

г. Нижний Новгород

**Г О проведении организационно-методической
и консультативной помощи медицинским
организациям в 2023 году**

В целях реализации мероприятий, направленных на улучшение качества и совершенствование оказания специализированной консультативно-диагностической помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями с использованием современных медицинских технологий диагностики и лечения,
п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить:

1.1. план-график посещений главным внештатным специалистом кардиологом министерства здравоохранения Нижегородской области (далее – главный кардиолог) Тимощенко Е.С. медицинских организаций (далее – План-график) (Приложение № 1);

1.2. чек-лист оценки качества диспансерного наблюдения пациентов после перенесённых инфаркта миокарда/АКШ/ангиопластики со стентированием (Приложение № 2);

1.3. чек-лист ОКС бпST (ПСО) (Приложение № 3);

1.4. чек-лист ОКС бпST (ЧКВ центр) (Приложение № 4);

1.5. чек-лист ОКС пST (Приложение № 5).

2. Главному кардиологу (Тимощенко Е.С.) обеспечить:

2.1. выезды в медицинские организации Нижегородской области с целью оказания организационно-методической помощи медицинским организациям в соответствии с утвержденным Планом-графиком;

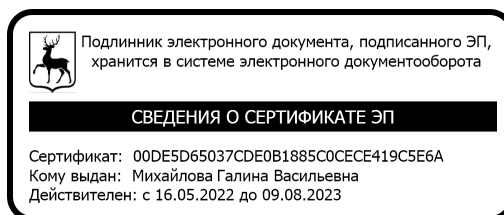
2.2. предоставление справки по результатам выездов в министерство здравоохранения Нижегородской области в течение 3 рабочих дней после каждого выезда.

3. Главным врачам медицинских организаций Нижегородской области обеспечить работу специалиста и предоставление первичной медицинской документации для проведения анализа оказываемой специализированной медицинской помощи, диспансерного наблюдения, соблюдения преемственности при оказании стационарной и амбулаторной медицинской помощи главному кардиологу Тимощенко Е.С.:

4. Директору ГБУЗ НО «Медицинский информационно-аналитический центр» (Шафера Д.А) разместить на официальном сайте министерства здравоохранения Нижегородской области настоящий приказ.

5. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя министра Т.Н.Коваленко.

И.о.министра



Г.В.Михайлова

Приложение № 1
Утвержден приказом
министерства здравоохранения
Нижегородской области

от №
28.07.2023 315-646/23П/од

План-график посещений главным внештатным специалистом кардиологом
министерства здравоохранения Нижегородской области медицинских организаций в 2023 году

№	Наименование медицинской организации
Июль	
1	ГБУЗ НО «Городская больница № 37 Автозаводского района г.Н.Новгорода»
2	ГБУЗ НО «Городская поликлиника № 30 Советского района г.Н.Новгорода»
3	ГБУЗ НО «Городская больница № 28 Московского района г.Нижнего Новгорода»
4	ГБУЗ НО «Балахнинская центральная районная больница»
5	ГБУЗ НО «Навашиная центральная районная больница»
6	ГБУЗ НО «Городская поликлиника № 35 Советского района г.Н.Новгорода»
7	ГБУЗ НО «Городская больница № 24 Автозаводского района г.Н.Новгорода»
Август	
1	ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 12 Сормовского района г.Н.Новгорода»
2	ГБУЗ НО «Городская поликлиника № 51 Канавинского района г.Н.Новгорода»
3	ГБУЗ НО «Лысковская центральная районная больница»
4	ГБУЗ НО «Сергачская центральная районная больница»
5	ГБУЗ НО «Городская поликлиника № 1 Приокского района г. Н.Новгород»
6	ГБУЗ НО «Краснооктябрьская центральная районная больница»
Сентябрь	
1	ГБУЗ НО «Богородская центральная районная больница»
2	ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 38 Нижегородского района г.Н.Новгорода»
3	ГБУЗ НО «Шахунская центральная районная больница»
4	ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 10 Канавинского района г.Н.Новгорода»
5	ГБУЗ НО «Большеболдинская центральная районная больница»
6	ГБУЗ НО «Чкаловская центральная районная больница»
7	ГБУЗ НО «Краснобаковская центральная районная больница»

Приложение № 2
Утвержден приказом
министерства здравоохранения
Нижегородской области

от _____ № _____
28.07.2023 315-646/23П/од

Чек- лист оценки качества диспансерного наблюдения пациентов
после инфаркта миокарда/АКШ/ ангиопластики со стентированием

Номер	Показатель	Значение
1.	Пол	Мужчин/женщина
2.	Возраст	_____ лет
3*.	ДН установлено своевременно	Да/Нет
4**.	Соблюдение минимальной периодичности приемов (осмотров, консультаций) в рамках ДН	Да/Нет
5.1***	Достижение целевого уровня АД	Да/Нет
5.1.1	Назначены гипотензивные препараты из перечня ЛЛЮ: эналаприл, периндоприл, лозартан, амлодипин, индапамид, гидрохлортиазид, моксонидин	Да/Нет
5.2****	Достижение целевого уровня ЧСС	Да/Нет
5.2.1	Бисопролол, метопролола сукцинат при отсутствии противопоказаний	
5.3*****	Достижение целевого уровня ХС ЛПНП	Да/Нет
5.3.1	Аторвастатин 40/80 мг	Да/Нет
6.1	Правильно сформулирован диагноз ХСН при наличии ХСН, указана фракция выброса ЛЖ	Да/Нет
6.2	Ингибиторы АПФ/сартаны (эналаприл, периндоприл, лозартан) назначены пациенту с дисфункцией левого желудочка при отсутствии противопоказаний	Да/Нет
6.3	Сакубитрил-валсартан вместо ингибиторов АПФ пациенту с ХСН с низкой фракцией выброса (40% и менее) при отсутствии противопоказаний	Да/Нет
6.4	Ингибиторы НГЛТ2 (дапаглифлозин, эмпаглифлозин) всем пациентам с ХСНнФВ при отсутствии противопоказаний	Да/Нет
6.5	АМКР (спиронолактон) всем пациентам с ХСНнФВ II-IV ФК при отсутствии противопоказаний	Да/Нет
7.1	Назначена антитромботическая терапия	Да/Нет
7.1.1	двойная антитромбоцитарная терапия (ДАТ) (ацетилсалициловая кислота 100 мг в сутки+ клопидогрель 75 мг 1 р в сутки/тикагрелор 90 мг 2 раза в сутки) всем пациентам при отсутствии противопоказаний на срок до 12 месяцев (до 6 месяцев при повышенном риске кровотечения)	Да/Нет
7.1.2	ПОАК (ривароксабан 20 или 15 мг 1 раз в сутки, апиксабан 5 или 2,5 мг 2 раза в сутки, дабигатран 150 или 110 мг 2 раза в сутки) либо варфарин- всем больным, имеющим фибрилляцию предсердий (ФП) при отсутствии противопоказаний неопределённо долго	Да/Нет
7.1.3	ривароксабан 2,5мг 1т х2р в сутки в сочетании с АСК пациентам без ФП неопределенно долго после периода ДАТ при высоком риске ишемических событий (многососудистая ИБС в сочетании с анамнезом ИМ, ЗПА, СД, ХБП) и отсутствии высокого геморрагического риска, либо тикагрелор 60 мг 1т х2р в сутки в сочетании с АСК пациентам без ФП, перенесшим инфаркт миокарда, после периода ДАТ при высоком риске ишемических событий (многососудистая ИБС в сочетании с анамнезом ИМ, ЗПА, СД, ХБП) и отсутствии высокого геморрагического риска	Да/Нет

3. Своевременность постановки на ДН. Постановка на ДН считается своевременной при условии, если ДН было установлено в течение 3 рабочих дней:

— после установления диагноза при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях;

— после получения выписного эпикриза из медицинской карты по результатам оказания медицинской помощи в стационарных условиях.

4. Соблюдение минимальной периодичности приемов (осмотров, консультаций) в рамках ДН считается достигнутым при условии посещения пациентом врача-терапевта участкового не реже 2 раз в год.

5. Достижение контролируемых показателей состояния здоровья, к которым, согласно клиническим рекомендациям, относятся: уровень АД, ЧСС и ХС ЛПНП.

5.1. Целевой уровень АД у пациентов после инфаркта миокарда/АКШ/ ангио пластики со стентированием считали достигнутым при следующих показателях:

— АД<140/90 мм рт.ст. (первичная цель);

— при условии хорошей переносимости и в возрасте до 65 лет — АД<130/80 мм рт.ст. (вторичная цель), но не ниже 120/70 мм рт.ст.

5.2. Целевой уровень ХС ЛПНП у пациентов после инфаркта миокарда/АКШ/ ангиопластики со стентированием считали достигнутым при следующих условиях:

— для всех пациентов ХС ЛПНП <1,4 ммоль/л, а также его снижение на 50% от исходного уровня;

5.3. Целевой уровень ЧСС у пациентов считали достигнутым при значениях этого показателя 55—60 уд/мин.

Приложение № 3
Утвержден приказом
министерства здравоохранения
Нижегородской области

от _____ № _____
28.07.2023 315-646/23П/од

Чек-лист ОКС бпST (псо)*

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения (балл)		
		да (1)	нет, причина указана (0,5)	нет, без указания причины (0)
I. Диагностика				
1	Снята ЭКГ на догоспитальном этапе			
2	Правильная интерпретация ЭКГ на догоспитальном этапе			
3	Адекватное обезболивание на догоспитальном этапе			
4	Проведена терапия АСК в нагрузочной дозе на догоспитальном этапе			
5	Проведена терапия ингибитором P2Y12-рецепторов в соответствующих дозировках на догоспитальном этапе			
6	Проведена терапия парентеральным антикоагулянтом на догоспитальном этапе			
7	Выполнен осмотр врачом приемного отделения не позднее 5 минут от момента поступления в стационар			
8	Выполнена ЭКГ не позднее 10 минут от момента поступления в стационар			
9	Выполнено определение уровня биохимических маркеров повреждения кардиомиоцитов в крови, предпочтительно исследование уровня сердечного тропонина I или T			
10	Выполнена стратификация риска ранней смерти			
11	У пациента с подозрением на ОКСбпСТ выполнена ЭхоКГ с обязательной оценкой ФВ ЛЖ.			
11	Осуществлен перевод в ЧКВ центр согласно маршрутизации			
12	Своевременность перевода (на основании оценки риска неблагоприятного исхода выбрана и реализована одна из стратегий лечения в стационаре (СКГ с намерением выполнить реваскуляризацию миокарда в первые 2–72 часа после госпитализации или первоначальное неинвазивное лечение)			
Итого:				
II. Лечение				
1	Проведена терапия АСК в соответствующих дозировках в стационаре			
2	Проведена терапия ингибитором P2Y12-рецепторов в соответствующих дозировках в стационаре			
3	Проведена терапия парентеральным			

	антикоагулянт в стационаре			
4	Проведена терапия бета-адреноблокатором при ФВ ЛЖ $\leq 40\%$			
5	Проведена терапия ингибитором АПФ или БРА у больных с ФВ $\leq 40\%$ или с клиническими проявлениями СН, АГ, СД			
6	Проведена терапия блокатором минералокортикоидных рецепторов при ФВ ЛЖ $\leq 40\%$ в сочетании с СН или СД, а также при наличии СН II-IV функциональных классов по NYHA при ФВ ЛЖ $\leq 35\%$			
7	Проведена терапия высокими дозами ингибиторов ГМГ-КоА-редуктазы вне зависимости от исходного уровня холестерина в крови, если к ним нет противопоказаний и высокая доза ингибиторов ГМГ-КоА-редуктазы хорошо переносится			
Итого:				
III. Рекомендации				
1	Рекомендовано при выписке АСК в соответствующих дозировках, ингибитор P2Y12-рецепторов в соответствующих дозировках с определением предпочтительной длительности применения (12 или 6 месяцев при высокой степени геморрагического риска, или рассчитанная по шкале Precise DAPT), бета-адреноблокатор при ФВ ЛЖ $\leq 40\%$, ингибитор АПФ или БРА у больных с ФВ ЛЖ $\leq 40\%$ или с клиническими проявлениями СН, АГ или СД, статины в высоких дозировках, блокатор минералокортикоидных рецепторов при ФВ ЛЖ $\leq 40\%$ в сочетании в сочетании с СН или СД, а также при наличии СН II-IV функциональных классов по NYHA при ФВ ЛЖ $\leq 35\%$			
2	Определена дальнейшая тактика лечения (инвазивная или консервативная) при помощи телемедицинской консультации с ЧКВ-центром в соответствии с маршрутизацией			
3	Пациент включен в программы кардиореабилитации, нацеленные на изменение образа жизни, коррекцию факторов риска ИБС, улучшение качества жизни и повышение приверженности к лечению.			
4	Пациент, перенесший ОКСбпСТ (ИМбпСТ или НС), после выписки из стационара взят на диспансерное наблюдение.			
	Осуществлена «бесшовно» выдача лекарственных препаратов в стационаре на 1,3 или 6 месяцев при отсутствии группы инвалидности			
Итого:				
24 балла - 100% Всего:				

*Рекомендации МЗ РФ по ведению пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST, 2020 год.

Приложение № 4
Утвержден приказом
министерства здравоохранения
Нижегородской области

от _____ № _____
28.07.2023 315-646/23П/од

Чек-лист ОКС бпST (чкв центр)*

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения (балл)		
		да (1)	нет, причина указана (0,5)	нет, без указания причины (0)
I. Диагностика				
1	Снята ЭКГ на догоспитальном этапе			
2	Правильная интерпретация ЭКГ на догоспитальном этапе			
3	Адекватное обезболивание на догоспитальном этапе			
4	Проведена терапия АСК в нагрузочной дозе на догоспитальном этапе			
5	Проведена терапия ингибитором P2Y12-рецепторов в соответствующих дозировках на догоспитальном этапе			
6	Проведена терапия парентеральным антикоагулянтом на догоспитальном этапе			
7	Выполнен осмотр врачом приемного отделения не позднее 5 минут от момента поступления в стационар			
8	Выполнена ЭКГ не позднее 10 минут от момента поступления в стационар			
9	Выполнено определение уровня биохимических маркеров повреждения кардиомиоцитов в крови, предпочтительно исследование уровня сердечного тропонина I или T			
10	Выполнена стратификация риска ранней смерти			
11	У пациента с подозрением на ОКСбпST выполнена ЭхоКГ с обязательной оценкой ФВ ЛЖ.			
11	Выполнен ранний инвазивный подход у пациентов высокого в течение 24 часов и промежуточного рисков в течение 72 часов			
12	Соответствие сроков выполнения инвазивного вмешательства степени риска			
Итого:				
II. Лечение				
1	Проведена терапия АСК в соответствующих дозировках в стационаре			
2	Проведена терапия ингибитором P2Y12-рецепторов в соответствующих дозировках в стационаре			
3	Проведена терапия парентеральным антикоагулянтом в стационаре			
4	Проведена терапия бета-адреноблокатором при ФВ ЛЖ <= 40%			
5	Проведена терапия ингибитором АПФ или БРА у			

	больных с ФВ $\leq 40\%$ или с клиническими проявлениями СН, АГ, СД			
6	Проведена терапия блокатором минералокортикоидных рецепторов при ФВ ЛЖ $\leq 40\%$ в сочетании с СН или СД, а также при наличии СН II-IV функциональных классов по NYHA при ФВ ЛЖ $\leq 35\%$			
7	Проведена терапия высокими дозами ингибиторов ГМГ-КоА-редуктазы вне зависимости от исходного уровня холестерина в крови, если к ним нет противопоказаний и высокая доза ингибиторов ГМГ-КоА-редуктазы хорошо переносится			
Итого:				
III. Рекомендации				
1	Рекомендовано при выписке АСК в соответствующих дозировках, ингибитор P2Y12-рецепторов в соответствующих дозировках с определением предпочтительной длительности применения (12 или 6 месяцев при высокой степени геморрагического риска, или рассчитанная по шкале Precise DAPT), бета-адреноблокатор при ФВ ЛЖ $\leq 40\%$, ингибитор АПФ или БРА у больных с ФВ ЛЖ $\leq 40\%$ или с клиническими проявлениями СН, АГ или СД, статины в высоких дозировках, блокатор минералокортикоидных рецепторов при ФВ ЛЖ $\leq 40\%$ в сочетании в сочетании с СН или СД, а также при наличии СН II-IV функциональных классов по NYHA при ФВ ЛЖ $\leq 35\%$			
2	Определена дальнейшая тактика лечения (инвазивная или консервативная)			
3	Пациент включен в программы кардиореабилитации, нацеленные на изменение образа жизни, коррекцию факторов риска ИБС, улучшение качества жизни и повышение приверженности к лечению.			
4	Пациент, перенесший ОКСбпСТ (ИМбпСТ или НС), после выписки из стационара взят на диспансерное наблюдение.			
5	Осуществлена «бесшовно» выдача лекарственных препаратов в стационаре на 1,3 или 6 месяцев при отсутствии группы инвалидности			
Итого:				
24 балла - 100% Всего:				

* Рекомендации МЗ РФ по ведению пациентов с острым коронарным синдромом без стойкого подъема сегмента ST, 2020 год

Приложение № 5
Утвержден приказом
министерства здравоохранения
Нижегородской области

от №
28.07.2023 315-646/23П/од

Чек-лист ОКС пST*

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения (балл)		
		да (1)	нет, причина указана (0,5)	нет, без указания причины (0)
I. Диагностика				
1	Выполнен осмотр врачом-кардиологом не позднее 5 минут от момента поступления в стационар			
2	Выполнена ЭКГ не позднее 10 минут от момента поступления в стационар			
3	Выполнено определение уровня тропонина I или T			
4	Начало ТЛТ в пределах 10 минут после постановки диагноза (при невозможности выполнения первичной ЧКВ в течение 120 мин от постановки диагноза до введения проводника в инфаркт-связанную артерию)			
5	Выполнена ЭКГ через 60 - 90 мин. после окончания ТЛТ (в случае ее проведения)			
6	Проведение коронарной ангиографии и, при необходимости, ЧКВ в пределах 2–24 ч после успешной ТЛТ			
7	Время от постановки/подтверждения диагноза в ЧКВ-центре до введения проводника в инфаркт-связанную артерию при проведении первичного ЧКВ менее 60 мин			
8	Время от постановки диагноза до введения проводника в инфаркт-связанную артерию при проведении первичного ЧКВ менее 90 мин			
9	При КГ/ЧКВ использован доступ через лучевую артерию При КГ/ЧКВ использован доступ через лучевую артерию			
10	Выполнена ЭКГ через 30 минут после окончания ЧКВ (в случае его проведения)			
11	Выполнена ЭХОКГ в первые сутки (оценка ФВ ЛЖ)			
Итого:				
II. Лечение				
1	Проведена терапия АСК в соответствующих дозировках			
2	Проведена терапия ингибитором P2Y12-рецепторов			
3	Проведена терапия антикоагулянтом парентеральным			
4	Проведена терапия бета-адреноблокатором при ФВ ЛЖ <= 40%			
5	Проведена терапия ингибитором АПФ или БРА у больных с ФВ <= 40% или с клиническими проявлениями СН, АГ, СД			
6	Проведена терапия блокатором минералокортикоидных рецепторов при ФВ ЛЖ			

	<= 40% в сочетании с СН или СД, а также при наличии СН II-IV функциональных классов по NYHA при ФВ ЛЖ <= 35%			
7	Проведена терапия статинами в высоких дозировках			
Итого:				
III. Рекомендации				
1	У пациентов, не имеющих показаний к длительному применению антикоагулянтов, рекомендована двойная антитромбоцитарная терапия (сочетание АСК с ингибитором P2Y12-рецепторов тромбоцитов); при неназначении любого из двух компонентов указана причина			
2	У пациентов с показаниями к длительному применению антикоагулянтов использовалось сочетание перорального антикоагулянта с одним или двумя антиагрегантами; при неназначении антикоагулянта указана причина			
3	Рекомендован при выписке прием бета-адреноблокатора при ФВ ЛЖ <= 40%			
4	Рекомендован при выписке прием ингибитора АПФ или БРА у больных с ФВ ЛЖ <= 40% или с клиническими проявлениями СН, АГ или СД			
5	Рекомендован при выписке прием блокатора минералокортикоидных рецепторов при ФВ ЛЖ <= 40% в сочетании с СН или СД, а также при наличии СН II-IV функциональных классов по NYHA при ФВ ЛЖ <= 35%			
6	Рекомендован при выписке прием статинов в высоких дозировках			
7	Определена дальнейшая тактика лечения (консервативная или инвазивная)			
8	Выполнена оценка ФВ ЛЖ перед выпиской			
9	Осуществлена «бесшовно» выдача лекарственных препаратов в стационаре на 1,3 или 6 месяцев при отсутствии группы инвалидности			
Итого:				
27 баллов - 100% Всего:				

* Рекомендации МЗ РФ по ведению пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST, 2020 год