

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
28 апреля 2026 г. № 47

Об утверждении клинического протокола

На основании абзаца девятого части первой статьи 1 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХІІ «О здравоохранении», подпункта 8.3 пункта 8 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) со стабильной стенокардией» (прилагается).
2. Настоящее постановление вступает в силу после его официального опубликования.

Министр

А.В.Ходжаев

СОГЛАСОВАНО

Брестский областной
исполнительный комитет

Витебский областной
исполнительный комитет

Гомельский областной
исполнительный комитет

Гродненский областной
исполнительный комитет

Минский городской
исполнительный комитет

Минский областной
исполнительный комитет

Могилевский областной
исполнительный комитет

Управление делами
Президента Республики Беларусь

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
28.04.2026 № 47

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

**«Диагностика и лечение пациентов (взрослое население)
со стабильной стенокардией»**

**ГЛАВА 1
ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

1. Настоящий клинический протокол определяет требования к объему оказания медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях пациентам (взрослое население) со стабильной стенокардией (шифр по Международной статистической

классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – I20.8 Другие формы стенокардии; I20.1 Стенокардия с документально подтвержденным спазмом; I25.6 Бессимптомная ишемия миокарда).

2. Для целей настоящего клинического протокола используются термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующие термины и их определения:

безболевая ишемия миокарда – особая форма стенокардии, которая выявляется при проведении инструментальных методов исследования при отсутствии симптомов стенокардии или их эквивалентов;

вазоспастическая стенокардия – возникновение типичного болевого синдрома и (или) ишемии миокарда в покое, при этом толерантность к физической нагрузке (далее – ТФН) сохранена, приступы имеют циркадный характер с преобладанием эпизодов в ночное время и в ранние утренние часы, могут сопровождаться нарушениями сердечного ритма;

коронарное шунтирование (далее – КШ) – хирургическое вмешательство, позволяющее восстановить кровоток в коронарных артериях дистальнее зоны сосудистой обструкции путем обхода участка стенозирования и (или) окклюзирования с помощью артериальных и (или) венозных шунтов;

критическое поражение коронарной артерии – стенозирование просвета коронарной артерии 70 % и выше по данным коронароангиографии (далее – КАГ); для ствола левой коронарной артерии критическим считается степень стенозирования 50 % и выше;

микроваскулярная стенокардия – наличие у пациентов с типичной болью в грудной клетке изменений на электрокардиограмме (далее – ЭКГ) и ишемии миокарда при нагрузочных тестах при условии отсутствия фиксированной или динамической обструкции эпикардиальных коронарных артерий при КАГ;

некритическое поражение коронарной артерии – стенозирование просвета коронарной артерии менее 50 % на основании оценки данных КАГ;

рестеноз – развитие повторного сужения артерии в зоне ранее выполненного чрескожного коронарного вмешательства (далее – ЧКВ) более 50 % по данным КАГ;

реваскуляризация миокарда – восстановление кровотока в пораженных коронарных артериях методом ЧКВ или КШ, приводящее к улучшению кровоснабжения миокарда и последующему уменьшению или полному устранению миокардиальной ишемии;

стенокардия напряжения – заболевание, которое проявляется симптомом боли в грудной клетке, индуцируемым физической нагрузкой (далее – ФН), который развивается при наличии обструкции коронарной артерии или без нее;

субкритическое поражение коронарных артерий – стенозирование просвета коронарной артерии выше 50 %, но ниже 70 % по данным КАГ;

ЧКВ – лечебное рентгено-эндоваскулярное вмешательство, направленное на восстановление адекватной проходимости коронарной артерии в зоне сужения (стенозирования) или полной закупорки (окклюзии).

3. Пациенты со стабильной стенокардией при отсутствии медицинских показаний для хирургического вмешательства и (или) ЧКВ проходят лечение в амбулаторно-поликлинических организациях у врача общей практики, врача-терапевта и по медицинским показаниям у врача-кардиолога.

4. В настоящем клиническом протоколе приведены базовые схемы фармакотерапии стабильной стенокардии, включающие основные фармакотерапевтические группы лекарственных препаратов (далее – ЛП).

ЛП представлены по международным непатентованным наименованиям, а при их отсутствии – по химическим наименованиям, систематической или заместительной номенклатуре, с указанием пути введения, лекарственных форм и дозировок, режима дозирования и разовой (при необходимости суточной, максимальной разовой) дозы.

Применение ЛП осуществляется по медицинским показаниям и в режиме дозирования в соответствии с общей характеристикой ЛП и инструкцией по медицинскому применению (листком-вкладышем). Допускается включение в схему

лечения ЛП по медицинским показаниям, не предусмотренным в инструкции по медицинскому применению (листке-вкладыше) и общей характеристикой ЛП (off-label). Дополнительно указываются особые условия назначения, способ применения, доза, длительность и кратность приема.

5. В каждой конкретной ситуации в интересах пациента при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости и (или) чувствительности) решением врачебного консилиума объем диагностики и лечения может быть расширен с использованием иных, утвержденных Министерством здравоохранения, методов оказания медицинской помощи, не включенных в настоящий клинический протокол.

6. Примеры формулировки диагноза:

«Ишемическая болезнь сердца (далее – ИБС): стенокардия напряжения функциональный класс (далее – ФК) III и вазоспастическая. Атеросклероз аорты, коронарных артерий. Артериальная гипертензия II ст., риск 4. Стадия I (соответствует НПА). Хроническая сердечная недостаточность (далее – ХСН) со сниженной фракцией выброса (далее – ФВ) левого желудочка (далее – ЛЖ) (ФВ ЛЖ 35 %, дата эхокардиографии). ФК I NYHA. Хроническая гастродуоденопатия»;

«ИБС: безболевого ишемия миокарда физического напряжения. Атеросклероз аорты, коронарных артерий. Артериальная гипертензия II ст., риск 4. Предстадия сердечной недостаточности (соответствует НИ)»;

«ИБС: нестабильная (прогрессирующая) стенокардия (дата) с исходом в стенокардию напряжения ФК II и вазоспастическую. Постинфарктный (дата) кардиосклероз. Ишемическая кардиомиопатия. Полная блокада левой ножки пучка Гиса. Атеросклероз аорты, коронарных артерий. Артериальная гипертензия II ст., риск 4. Стадия I (соответствует НПА). ХСН с умеренно сниженной ФВ ЛЖ (ФВ ЛЖ 41 %, дата эхокардиографии). ФК II NYHA.

Сахарный диабет II типа, состояние клинико-метаболической субкомпенсации. Хроническая болезнь почек смешанного генеза (нефроангиосклероз, диабетическая нефропатия) С IIIa»;

«ИБС: микроваскулярная стенокардия. Атеросклероз аорты. Частая желудочковая экстрасистолия. Артериальная гипертензия II ст., риск 4. Предстадия сердечной недостаточности (соответствует НИ).

Дислипидемия. Атеросклероз прецеребральных артерий. Хронический калькулезный холецистит»;

«ИБС: стенокардия напряжения ФК III. Постинфарктный (дата) и атеросклеротический кардиосклероз. Атеросклероз аорты. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий: критический стеноз (перечисляются сосуды, имеющие степень поражения $\geq 75\%$), окклюзия (указывается окклюзированный сосуд при наличии такового). Состояние после ЧКВ (указание артерии и даты проведения вмешательства). Артериальная гипертензия III ст., риск 4. Предстадия сердечной недостаточности (соответствует НИ)».

ГЛАВА 2

ДИАГНОСТИКА И КЛАССИФИКАЦИЯ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

7. Клиническая классификация стабильной стенокардии:

стенокардия напряжения, ФК по классификации, предложенной Канадским сердечно-сосудистым обществом, для оценки уровня физической активности, при котором возникают симптомы стенокардии, согласно приложению 1;

вазоспастическая стенокардия;

микроваскулярная стенокардия;

безболевого ишемия миокарда.

8. Симптомы и условия возникновения стабильной стенокардии должны быть стабильны не менее одного месяца. Появление симптомов в течение первого месяца может свидетельствовать о впервые возникшей стенокардии, которая является клинической формой нестабильной стенокардии, лечение которой проводится согласно профильному клиническому протоколу.

9. Болевой синдром, как при стабильной стенокардии, может возникать при других заболеваниях сердечно-сосудистой системы (гипертрофическая кардиомиопатия, аортальный стеноз). В этом случае стенокардия определяется, как вторичный стенокардиальный синдром, диагностику и лечение которого проводят в соответствии с профильным клиническим протоколом по основному заболеванию.

10. Изменение интенсивности и (или) условий возникновения болей в сердце и (или) снижение ТФН может свидетельствовать о нестабильной стенокардии. Диагноз или обоснованное предположение о наличии нестабильной стенокардии являются медицинским показанием для экстренной госпитализации пациента в больничные организации здравоохранения и оказания помощи в соответствии с профильным клиническим протоколом.

11. Для объективизации ФК стенокардии напряжения с помощью инструментальных методов используется функциональная классификация стенокардии напряжения по данным тестов с ФН согласно приложению 2.

12. Характеристика боли (стенокардиального синдрома) в грудной клетке:

12.1. типичная – имеет 3 характерных признака:

сжимающая боль за грудиной или в области шеи, нижней челюсти, плече, левой руке;

провоцируется ФН;

проходит в покое и (или) через несколько минут после приема глицерил тринитрат (таблетки подъязычные 0,5 мг) 0,5 мг сублингвально или в виде спрея подъязычного дозированного (0,4–0,8 мг сублингвально);

12.2. атипичная – имеет 2 признака из указанных в подпункте 12.1 настоящего пункта;

12.3. неангинальная – имеет 1 признак или отсутствие признаков, указанных в подпункте 12.1 настоящего пункта.

13. Характеристика боли при микроваскулярной стенокардии:

может возникать до, во время и после ФН, не купируется после прекращения нагрузки или приема ЛП, появляются эквиваленты боли (тяжесть в груди, затылке, голове, одышка, тахикардия).

14. Обязательными диагностическими исследованиями, выполняемыми организациями здравоохранения при оказании медицинской помощи пациентам со стабильной стенокардией на первом–четвертом технологических уровнях оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, являются:

14.1. клинические методы исследования:

медицинский осмотр с оценкой факторов сердечно-сосудистого риска;

антропометрия (рост, вес, определение индекса массы тела);

подсчет частоты сердечных сокращений (далее – ЧСС);

измерение артериального давления (далее – АД);

14.2. лабораторные методы исследования:

общий анализ крови (далее – ОАК);

биохимический анализ крови (далее – БАК) с определением липидного спектра (общего холестерина, липопротеидов низкой плотности (далее – ЛПНП), липопротеидов высокой плотности (далее – ЛПВП), триглицеридов), общего белка, альбумина, мочевины, креатинина, аланинаминотрансферазы (далее – АЛТ), глюкозы;

определение расчетной скорости клубочковой фильтрации (далее – СКФ) по креатинину по формуле Кокрофта–Голта;

общий анализ мочи (далее – ОАМ);

14.3. инструментальные методы исследования:

ЭКГ в покое – пациентам при каждом обращении в организацию здравоохранения;

эхокардиограмма (далее – ЭхоКГ) в покое – пациентам для исключения других причин боли в грудной клетке, выявления зон нарушений локальной сократимости, оценки ФВ ЛЖ для стратификации риска, оценки диастолической функции.

15. Дополнительными диагностическими исследованиями (по медицинским показаниям), выполняемыми организациями здравоохранения при оказании медицинской помощи пациентам со стабильной стенокардией на первом–четвертом технологических уровнях оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, являются:

рентгенография органов грудной клетки пациентам с признаками и симптомами ХСН, подозрением на заболевание легких, при наличии одышки;

определение гликированного гемоглобина (далее – HbA1c);

определение гормонов щитовидной железы (тироксин (Т4), трийодтиронин (Т3));

определение тиреотропного гормона;

определение креатинфосфокиназы;

определение натрийуретического пептида или N-концевого фрагмента натрийуретического пептида;

определение высокочувствительного тропонина количественным методом;

определение (у лиц 65 лет и старше) цистатина С, микроальбуминурии, расчетной СКФ;

суточное мониторирование ЭКГ у пациентов с болью в грудной клетке и подозрением на наличие нарушений ритма и (или) вазоспастической стенокардии (стенокардии, провоцируемой психоэмоциональным стрессом);

ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий;

тест с ФН (велоэргометрическая проба (далее – ВЭП) или тредмил-тест) – для оценки ТФН, наличия индуцируемых симптомов стенокардии и (или) ишемии миокарда, аритмии, оценки реакции АД, оценки эффективности медикаментозного лечения и в целях определения высокого риска неблагоприятных сердечно-сосудистых событий.

Определение высокого риска неблагоприятных сердечно-сосудистых событий у пациентов со стабильной стенокардией осуществляется по методам согласно приложению 3.

16. Дополнительные диагностические исследования (по медицинским показаниям) и консультации врачей-специалистов, выполняемые организациями здравоохранения при оказании медицинской помощи пациентам со стабильной стенокардией на втором–третьем технологических уровнях оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях:

агрегатограмма;

однофотонная эмиссионная компьютерная томография (далее – ОФЭКТ) в покое и с фармакологической нагрузкой

или

компьютерная томография (далее – КТ) коронарных артерий в покое,

или

магнитно-резонансная томография (далее – МРТ) в покое;

консультация врача-кардиохирурга;

консультация врача – рентгено-эндоваскулярного хирурга.

17. Дополнительные диагностические исследования (по медицинским показаниям) и консультации врачей-специалистов, выполняемые организациями здравоохранения при оказании медицинской помощи пациентам со стабильной стенокардией на четвертом технологическом уровне оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях:

КТ коронарных артерий в покое

или

МРТ в покое и (или) с фармакологической нагрузкой

или

позитронно-эмиссионная томография (далее – ПЭТ);

консультация врача-кардиохирурга;

консультация врача – рентгено-эндоваскулярного хирурга.

18. Обязательные диагностические исследования, выполняемые организациями здравоохранения при оказании медицинской помощи пациентам со стабильной

стенокардией на первом–четвертом технологических уровнях оказания медицинской помощи в стационарных условиях:

18.1. клинические методы исследования:

медицинский осмотр с оценкой факторов сердечно-сосудистого риска;

антропометрия (рост, вес, определение индекса массы тела);

подсчет ЧСС;

измерение АД;

18.2. лабораторные методы исследования:

ОАК;

БАК с определением липидного спектра (общего холестерина, ЛПНП, ЛПВП, триглицеридов), общего белка, альбумина, мочевины, креатинина, АЛТ, глюкозы;

определение расчетной СКФ по креатинину;

ОАМ;

18.3. инструментальные методы исследования:

ЭКГ в покое;

ЭхоКГ в покое.

19. Дополнительные диагностические исследования (по медицинским показаниям) и консультации врачей-специалистов, выполняемые организациями здравоохранения при оказании медицинской помощи пациентам со стабильной стенокардией на втором–четвертом технологических уровнях оказания медицинской помощи в стационарных условиях:

инвазивная КАГ;

консультация врача-кардиохирурга;

консультация врача – рентгено-эндоваскулярного хирурга.

20. Дополнительные диагностические исследования (по медицинским показаниям), выполняемые организациями здравоохранения при оказании медицинской помощи пациентам со стабильной стенокардией на третьем–четвертом технологических уровнях оказания медицинской помощи в стационарных условиях:

инвазивная КАГ с определением фракционного резерва коронарного кровотока или моментального резерва коронарного кровотока для оценки функциональной значимости стенозов коронарной артерии у пациентов с неинформативным результатом неинвазивного обследования и (или) при решении вопроса о хирургической или интервенционной реваскуляризации миокарда;

внутрисосудистое ультразвуковое исследование коронарной артерии или оптическая когерентная томография у пациентов с промежуточным стенозом ствола левой коронарной артерии;

внутрикоронарное введение ацетилхолина с мониторингом ЭКГ во время КАГ для оценки микрососудистого вазоспазма, если коронарные артерии ангиографически не изменены или имеют умеренные стенозы с сохраненным фракционным резервом коронарного кровотока.

21. Медицинские показания к проведению КАГ пациентам с установленным диагнозом стабильной стенокардии:

наличие стенокардии III или IV ФК на фоне медикаментозной терапии;

наличие высокого риска неблагоприятных сердечно-сосудистых событий при неинвазивном тестировании, определяемого по методам согласно приложению 3, независимо от тяжести стенокардии;

наличие в анамнезе проведенных реанимационных мероприятий по поводу внезапной сердечной смерти или эпизодов продолжительной (> 30 с) пароксизмальной мономорфной желудочковой тахикардии или неустойчивой (< 30 с) пароксизмальной полиморфной желудочковой тахикардии;

особенности профессиональной деятельности пациентов, связанной с обеспечением безопасности других лиц (пилоты самолетов, водители и иные лица, у которых результаты нагрузочных тестов свидетельствуют о патологии, но отсутствуют критерии высокого риска неблагоприятных сердечно-сосудистых событий), или множественные клинические

проявления, позволяющие предположить наличие высокого риска неблагоприятных сердечно-сосудистых событий;

стабильная стенокардия ФК III–IV, которая уменьшилась до ФК I–II на фоне проводимой медикаментозной терапии; неудовлетворительное качество жизни пациентов на фоне антиангинальной терапии;

доказанная или предполагаемая ИБС при невозможности провести диагностические тесты для определения высокого риска неблагоприятных сердечно-сосудистых событий у пациентов со стабильной стенокардией согласно приложению 3 из-за физической неготовности или по причине наличия сопутствующих заболеваний.

22. Медицинские показания к проведению КАГ лицам с нетипичными болями за грудиной:

наличие высокого риска неблагоприятных сердечно-сосудистых событий при неинвазивном тестировании, определяемого по методам согласно приложению 3;

при повторной госпитализации пациентов по поводу болей за грудиной, у которых имеются изменения при проведении неинвазивных исследований, при отсутствии критериев высокого риска неблагоприятных сердечно-сосудистых событий по данным этих исследований;

при недостаточности данных неинвазивных исследований для дифференциальной диагностики у пациентов с нетипичным болевым синдромом и наличием факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (сахарный диабет, артериальная гипертензия, курение и иное).

23. Медицинские показания к проведению КАГ пациентам после ранее выполненной реваскуляризации миокарда:

подозрение на развитие тромбоза (острого, подострого, позднего, очень позднего) в зоне медицинского вмешательства;

подозрение на развитие рестеноза после ЧКВ;

рецидив или утяжеление течения стенокардии;

выявление высокого риска неблагоприятных сердечно-сосудистых событий у пациентов со стабильной стенокардией при неинвазивных исследованиях, определяемого по методам согласно приложению 3.

ГЛАВА 3 ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

24. Медицинскими показаниями для госпитализации пациентов со стабильной стенокардией на первом–четвертом технологических уровнях оказания медицинской помощи являются:

сохранение ФК III–IV стабильной стенокардии, несмотря на проводимое медикаментозное лечение;

проведение инвазивных диагностических исследований и (или) реваскуляризации миокарда.

25. Пошаговая стратегия медикаментозного лечения пациентов со стабильной стенокардией с учетом клинических характеристик изложена в приложении 4.

26. Для постоянного медикаментозного лечения стабильной стенокардии используется один из следующих ЛП:

26.1. один из периферических вазодилататоров:

изосорбида моонитрат (капсулы 20 мг, 40 мг) внутрь 20–40 мг 1–2 раза в сутки (безнитратный период 8–10 часов);

молсидомин (таблетки 2 мг, 4 мг) внутрь 2–4 мг 2–3 раза в сутки;

нитаргал (таблетки 40 мг) внутрь 20–40 мг 2 раза в сутки;

26.2. один из бета-адреноблокаторов (далее – ББ):

атенолол (таблетки 50 мг, 100 мг) внутрь 50–100 мг 1 раз в сутки;

бисопролол (таблетки, покрытые оболочкой 2,5 мг, 5 мг, 10 мг) внутрь 2,5–10 мг 1 раз в сутки;

метопролола сулцинат (капсулы и таблетки с пролонгированным действием 50 мг, 100 мг) внутрь 50–100 мг 1 раз в сутки;

метопролола тартрат (таблетки 25 мг, 50 мг, 100 мг) внутрь 25–100 мг 2 раза в сутки;

небиволол* (таблетки 5 мг) внутрь 2,5–5 мг 1 раз в сутки;

карведилол (таблетки 6,25 мг, 12,5 мг, 25 мг, капсулы 6,25 мг, 12,5 мг, 25 мг) внутрь 6,25–25 мг 2 раза в сутки;

26.3. один из недигидропиридиновых блокаторов кальциевых каналов (далее – НДП БКК):

верапамила гидрохлорид (таблетки 80 мг) внутрь 80 мг 3–4 раза в сутки;

дилтиазем (таблетки или капсулы пролонгированного действия 90 мг) внутрь 90–180 мг таблетки 1–2 раза в сутки;

26.4. один из дигидропиридиновых блокаторов кальциевых каналов (далее – ДП БКК):

амлодипин (таблетки 5 мг, 10 мг) внутрь 5–10 мг 1 раз в сутки;

лерканидипин* (таблетки, покрытые оболочкой, 10 мг) внутрь 10–20 мг 1 раз в сутки;

* Применение off-label. По решению врачебного консилиума.

26.5. один из других антиишемических ЛП:

ивабрадин (таблетки 5 мг, 7,5 мг) внутрь 5–7,5 мг 2 раза в сутки;

никорандил (таблетки 10 мг, 20 мг) внутрь 10–20 мг 2–3 раза в сутки;

триметазидина гидрохлорид (таблетки 20 мг, таблетки с замедленным высвобождением 35 мг, капсулы 80 мг) внутрь 20 мг 3 раза в сутки или 35 мг 2 раза в сутки или 80 мг 1 раз в сутки;

ранолазин (таблетки с замедленным высвобождением 500 мг) внутрь 500–1000 мг 2 раза в сутки.

27. Для купирования приступов стабильной стенокардии назначается глицерил тринитрат (таблетки подъязычные 0,5 мг) 0,5 мг сублингвально или в виде спрея подъязычного дозированного (0,4–0,8 мг сублингвально); при отсутствии эффекта повторить дважды через 5–7 минут под контролем АД и ЧСС (на первом–четвертом технологических уровнях оказания медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях).

28. Анти тромботические ЛП, применяемые организациями здравоохранения при оказании медицинской помощи пациентам со стабильной стенокардией на первом–четвертом технологических уровнях оказания медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях:

28.1. ацетилсалициловая кислота (далее – АСК) (таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой, 75 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 75 мг; таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой, 100 мг), 1 таблетка 1 раз в сутки;

28.2. при непереносимости АСК и при наличии коморбидных заболеваний (атеросклероз периферических артерий, инфаркт миокарда, инсульт или транзиторная ишемическая атака в анамнезе) назначается клопидогрел (таблетки, покрытые оболочкой, 75 мг; капсулы 75 мг) внутрь 75 мг 1 раз в сутки;

28.3. пациентам с высоким риском сердечно-сосудистых событий в течение 12 месяцев после инфаркта миокарда, ЧКВ и без высокого риска кровотечений к АСК добавляется второй анти тромботический ЛП для долгосрочной медицинской профилактики – двойная анти тромботическая терапия.

Используется один из следующих ЛП:

тикагрелор (таблетки, покрытые пленочной оболочкой 90 мг) внутрь 90 мг 2 раза в сутки;

prasugrel (таблетки, покрытые оболочкой 5 мг, 10 мг) внутрь 10 мг 1 раз в сутки (5 мг в сутки при массе тела < 60 кг или в возрасте > 75 лет);

клопидогрел (таблетки, покрытые оболочкой, 75 мг; капсулы 75 мг) внутрь 75 мг 1 раз в сутки в течение 12 месяцев;

28.4. ривароксабан (таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 2,5 мг), 2,5 мг 2 раза в сутки в сочетании с АСК 75–100 мг назначается у пациентов, перенесших инфаркт миокарда > 1 года или при наличии многососудистого поражения добавляется в качестве второго антитромботического ЛП;

28.5. после выполненного ЧКВ при наличии низкого риска развития кровотечений при оценке по шкале PRECISE-DAPT < 25 баллов согласно приложению 5 двойная антитромбоцитарная терапия назначается по одной из следующих схем:

АСК (таблетки, покрытые оболочкой, 75 мг, 150 мг; таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой, 50 мг, 100 мг; таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой (таблетки кишечнорастворимые, покрытые оболочкой), 75 мг, 150 мг) 75–100 мг 1 раз в сутки + прасугрел (таблетки, покрытые оболочкой пленочной, 10 мг) 10 мг 1 раз в сутки (5 мг в сутки для пациентов в возрасте $\geq$ 75 лет или с массой тела < 60 кг) в течение 12 месяцев, после чего прасугрел отменяется;

АСК (таблетки, покрытые оболочкой, 75 мг, 150 мг; таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой, 50 мг, 100 мг; таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой (таблетки кишечнорастворимые, покрытые оболочкой), 75 мг, 150 мг) 75–100 мг 1 раз в сутки + тикагрелор (таблетки, покрытые оболочкой, 60 мг, 90 мг) 90 мг 2 раза в сутки в течение 12 месяцев, после чего тикагрелор отменяется;

АСК (таблетки, покрытые оболочкой, 75 мг, 150 мг; таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой, 50 мг, 100 мг; таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой (таблетки кишечнорастворимые, покрытые оболочкой), 75 мг, 150 мг) 75–100 мг 1 раз в сутки + клопидогрел (таблетки, покрытые оболочкой, 75 мг; капсулы 75 мг) 75 мг 1 раз в сутки в течение 12 месяцев, после чего клопидогрел отменяется;

28.6. после выполненного ЧКВ при наличии высокого риска развития кровотечений (наличие 1 большого или 2 малых критериев по шкале ARC-HBR согласно приложению 6), применяется следующая схема:

28.6.1. прекращение терапии ингибитором P2Y₁₂ рецепторов тромбоцитов через 3 месяца;

28.6.2. перевод пациента с прасугрела или тикагрелора на клопидогрел (деэскалация).

Схемы деэскалации:

при приеме тикагрелора: клопидогрел 600 мг (таблетки, покрытые оболочкой, 75 мг; капсулы 75 мг) через 24 часа после последнего приема тикагрелора, далее – 75 мг 1 раз в сутки;

при приеме прасугрела: клопидогрел (таблетки, покрытые оболочкой, 75 мг; капсулы 75 мг) 75 мг через 24 часа после последнего приема тикагрелора, далее – 75 мг 1 раз в сутки;

после выполненной деэскалации, при отсутствии клинических проявлений кровотечений, клопидогрел в комбинации с АСК принимается 12 месяцев, после чего осуществляется его отмена;

28.6.3. при возникновении потребности в отмене АСК данная терапия может быть прекращена через 3–6 месяцев после выписки из больницы организации;

28.7. при наличии высокого риска развития ишемических событий после выполненного ЧКВ, двойная антитромбоцитарная терапия может быть пролонгирована > 12 месяцев;

28.8. пациентам со стенокардией и фибрилляцией предсердий антитромботическая терапия проводится согласно профильному клиническому протоколу;

28.9. лицам, имеющим высокий риск желудочно-кишечных кровотечений (желудочно-кишечное кровотечение в анамнезе, прием антикоагулянтов, нестероидных противовоспалительных ЛП и (или) кортикостероидов, наличие не менее двух следующих факторов: возраст $\geq$ 65 лет, диспепсия, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, инфицирование *Helicobacter pylori*, хроническое употребление алкоголя), на время

комбинированной антитромботической терапии назначается один из ингибиторов протонной помпы:

пантопразол (таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой (таблетки кишечнорастворимые 40 мг) внутрь 40 мг 1 раз в сутки;

рабепразол (таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой, 10 мг, 20 мг) внутрь 20 мг 1 раз в сутки.

29. Реваскуляризация миокарда у пациентов с хронической ИБС проводится в больничных организациях, которые оказывают медицинскую помощь пациентам со стабильной стенокардией на втором–четвертом технологических уровнях оказания медицинской помощи в стационарных условиях.

Улучшение прогноза после выполненной реваскуляризации достигается при наличии следующих исходных изменений в коронарном русле:

стеноза ствола левой коронарной артерии > 50 %;

стеноза передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии > 50 %;

двух- или трехсосудистого поражения со степенью стенозирования > 50 % в сочетании с нарушением сократительной функции ЛЖ (ФВ ЛЖ $\leq$ 35 %);

большой площади ишемии, определяемой нагрузочным тестом с визуализацией миокарда (> 10 %) или аномальных данных в ходе измерения фракционного резерва кровотока;

единственной функционирующей коронарной артерии со степенью стенозирования > 50 %.

30. Перед планируемой процедурой реваскуляризации показана оценка сложности поражения коронарных артерий:

30.1. проведение ЧКВ показано при суммарном балльном счете по шкале SYNTAX менее 23 баллов;

30.2. при наличии балльного счета по шкале SYNTAX 23 балла и более рекомендовано проведение реваскуляризации методом КШ;

30.3. при наличии высокого хирургического риска по шкале EuroSCORE II и 23 балла и более по шкале SYNTAX решение о выполнении ЧКВ принимается врачебным консилиумом;

30.4. при наличии критического поражения коронарной артерии малого диаметра ($\leq$ 2,5 мм) приоритетным вариантом ЧКВ является безстентовая стратегия – проведение эндоваскулярной баллонной дилатации с использованием баллонов с лекарственным покрытием. В случае развития после процедуры эндоваскулярной баллонной дилатации диссекций интимы, препятствующих кровотоку, показана имплантация биодеградируемых сосудистых скаффолдов или стентов с лекарственным покрытием в данной зоне;

30.5. при наличии субкритического или некритического поражения одной или нескольких коронарных артерий и верифицированной (по данным неинвазивных тестов) ишемии миокарда в зоне кровоснабжения этих артерий, показано дополнительное измерение фракционного резерва кровотока или проведение внутрисосудистой визуализации (методом внутрисосудистого ультразвукового исследования и (или) оптической когерентной томографии). При наличии значения показателя фракционного резерва кровотока ниже 0,80 или площади просвета менее 4 мм² показано проведение реваскуляризации данной артерии.

31. Критериями эффективности лечения пациентов со стабильной стенокардией организациями здравоохранения, которые оказывают медицинскую помощь на первом–четвертом технологических уровнях оказания медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях являются:

уменьшение числа приступов стенокардии

и (или)

уменьшение потребности в дополнительном сублингвальном приеме нитроглицерина или изосорбида динитрата,

и (или)

отсутствие нестабильной стенокардии, инфаркта миокарда, сердечной недостаточности и (или) систолической дисфункции ЛЖ,
и (или)
отсутствие ишемии миокарда по данным тестов с ФН или их выявления при меньшей мощности ФН,
и (или)
отсутствие увеличения или уменьшения ФК стенокардии,
и (или)
отсутствие потребности в лечении стенокардии и ее осложнений в стационарных условиях,
и (или)
отсутствие ухудшения или улучшение качества жизни.

ГЛАВА 4

МЕДИЦИНСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

32. У пациентов со стабильной стенокардией напряжения и (или) вазоспастической стенокардией, и (или) микроваскулярной стенокардией, и (или) безболевой ишемией миокарда постоянно проводится комплексное воздействие на устранение факторов сердечно-сосудистого риска в организациях здравоохранения, которые оказывают медицинскую помощь на первом–четвертом технологических уровнях оказания медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях:

отказ от курения в любой форме, в том числе пассивного;
регулярная физическая активность в соответствии с принципами рациональной регулярной физической активности у пациентов со стабильной стенокардией согласно приложению 7 и классификации ФН по интенсивности согласно приложению 8;
здоровое питание в соответствии с принципами здорового питания у пациентов со стабильной стенокардией согласно приложению 9;
оптимизация веса – достижение и поддержание индекса массы тела: в возрасте < 65 лет – 18,5–24,9 кг/м², 65–74 года – 22,0–26,9 кг/м², ≥ 75 лет – 23,0–27,9 кг/м².

33. Лечение дислипидемии – достижение уровня ЛПНП < 1,4 ммоль/л и (или) снижение ≥ 50 % от исходного уровня:

33.1. для пациентов со стенокардией, у которых в течение 2 лет развивается второе сердечно-сосудистое событие (не обязательно аналогичное первому сердечно-сосудистому событию), используются максимально переносимые дозы одного из ЛП из группы статинов и достижение целевого уровня ЛПНП < 1,0 ммоль/л:

аторвастатин (таблетки, покрытые оболочкой, 10 мг, 20 мг, 40 мг) внутрь 40–80 мг 1 раз в сутки;

розувастатин (таблетки, покрытые оболочкой, 10 мг, 20 мг) внутрь 10–40 мг 1 раз в сутки;

33.2. при невозможности достижения целевого уровня ЛПНП при приеме статинов в максимально переносимой дозе и (или) непереносимости статинов добавляется ингибитор абсорбции холестерина – эзетимиб (таблетки 10 мг) внутрь 10 мг 1 раз в сутки.

34. Лечение артериальной гипертензии, сахарного диабета, тревоги и депрессии осуществляется в соответствии с профильными клиническими протоколами.

35. Вакцинация против острых респираторно-вирусных инфекций проводится в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок.

36. Для постоянного приема пациентам со стенокардией и сопутствующими ХСН и (или) артериальной гипертензией и (или) сахарным диабетом назначается медикаментозное лечение ЛП следующих групп:

36.1. один из ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (далее – иАПФ):
рамиприл (таблетки 1,25 мг; таблетки (капсулы) 2,5 мг, 5 мг, 10 мг) – начальная доза внутрь 1,25–2,5 мг 1 раз в сутки, рекомендуемая целевая доза 10 мг 1 раз в сутки;

периндоприл (таблетки 2 мг (таблетки, покрытые оболочкой, 2,5 мг), таблетки 4 мг (таблетки, покрытые оболочкой, 5 мг), таблетки 8 мг (таблетки, покрытые оболочкой, 10 мг); капсулы 2 мг, 4 мг, 8 мг) – начальная доза внутрь 2–2,5 мг 1 раз в сутки, рекомендуемая целевая доза 8–10 мг 1 раз в сутки;

лизиноприл (таблетки 5 мг, 10 мг, 20 мг) – начальная доза внутрь 2,5–5 мг в сутки, рекомендуемая целевая доза 10–20 мг в сутки;

фозиноприл (таблетки 5 мг, 10 мг, 20 мг) внутрь 5–20 мг 1 раз в сутки;

эналаприл (таблетки 2,5 мг, 5 мг, 10 мг, 20 мг) – начальная доза внутрь 2,5 мг 2 раза в сутки, рекомендуемая целевая доза 10 мг 2 раза в сутки;

каптоприл (таблетки 12,5 мг, 25 мг, 50 мг) – начальная доза внутрь 6,25–12,5 мг; рекомендуемая целевая (максимальная) доза 50 мг 3 раза в сутки;

36.2. при непереносимости иАПФ – один из блокаторов рецепторов ангиотензина II: валсартан (таблетки, покрытые оболочкой, 80 мг, 160 мг) – начальная доза внутрь 20–40 мг 1 раз в сутки, рекомендуемая доза – 80–320 мг 1 раз в сутки;

лозартан (таблетки, покрытые оболочкой, 12,5 мг, 25 мг, 50 мг, 100 мг): начальная доза внутрь 25–50 мг 1 раз в сутки, рекомендуемая доза 100 мг 1 раз в сутки;

телмисартан (таблетки 40 мг, 80 мг) – начальная доза 20 мг 1 раз в сутки, рекомендуемая доза 40–80 мг 1 раз в сутки;

кандесартан (таблетки 8 мг, 16 мг, 32 мг) – начальная доза внутрь 4 мг 1 раз в сутки, рекомендуемая доза 16 мг 1 раз в сутки;

ирбесартан (таблетки, покрытые оболочкой, 75 мг, 150 мг, 300 мг) – начальная доза внутрь 75 мг 1 раз в сутки, рекомендуемая доза 150 мг 1 раз в сутки;

36.3. при наличии медицинских показаний (ФВ ЛЖ $\leq 40\%$, наличие сердечной недостаточности или сахарного диабета) назначается один из антагонистов минералокортикоидных рецепторов:

спиронолактон (таблетки 25 мг, 50 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 25 мг, 100 мг; капсулы 25 мг, 50 мг, 100 мг) 12,5–50 мг 1 раз в сутки;

эплеренон (таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 25 мг, 50 мг) 25–50 мг 1 раз в сутки.

37. Для медицинской профилактики пациентам с рефрактерной стенокардией назначается один из ЛПП:

колхицин* (таблетки, покрытые оболочкой, 0,5 мг) внутрь 0,5 мг 1 раз в сутки.

* Применение off-label. По решению врачебного консилиума.

ГЛАВА 5

МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

38. Медицинское наблюдение пациентов со стабильной стенокардией напряжения и (или) вазоспастической стенокардией, и (или) микроваскулярной стенокардией, и (или) безболевой ишемией миокарда осуществляется постоянно врачом общей практики (на первом–четвертом технологических уровнях оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях).

39. Частота и кратность диагностических исследований, консультаций врачей-специалистов пациентов со стабильной стенокардией напряжения и (или) микроваскулярной стенокардией, и (или) вазоспастической стенокардией и (или) безболевой ишемией миокарда в организациях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь на первом–четвертом технологических уровнях оказания медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях:

39.1. 1 раз в 6 месяцев:

медицинский осмотр;

ОАК;

ОАМ;

ЭКГ;

БАК с определением уровня глюкозы, ЛПНП, АЛТ;

расчет СКФ;

39.2. 1 раз в 2 года:

тредмил-тест или ВЭП с ЭКГ контролем, и (или) суточное мониторирование ЭКГ;

ЭхоКГ (ФВ ЛЖ, зоны нарушения локальной сократимости миокарда);

39.3. по медицинским показаниям:

НbA1c, креатинин, цистатин С

ОФЭКТ в покое и с фармакологической нагрузкой;

МРТ в покое;

КАГ;

консультации врачей-специалистов:

врача-кардиолога;

врача-кардиохирурга;

врача – рентгено-эндоваскулярного хирурга.

40. Частота и кратность диагностических исследований, консультаций врачей-специалистов после проведения реваскуляризации миокарда методом КШ, ЧКВ у пациентов со стабильной стенокардией напряжения в организациях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь на первом–четвертом технологических уровнях оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях:

40.1. 1 раз в 6 месяцев:

медицинский осмотр;

ОАК;

ОАМ;

ЭКГ;

БАК с определением уровня глюкозы, ЛПНП, АЛТ;

расчет СКФ;

40.2. 1 раз в 2 года:

медицинский осмотр;

ЭКГ;

БАК с определением уровня глюкозы, ЛПНП, АЛТ;

расчет СКФ;

тредмил-тест или ВЭП с ЭКГ контролем, и (или) суточное мониторирование ЭКГ;

ЭхоКГ (ФВ ЛЖ, зоны нарушения локальной сократимости миокарда);

40.3. по медицинским показаниям:

агрегатограмма (на втором–четвертом технологических уровнях оказания медицинской помощи);

НbA1c, креатинин, цистатин С (на первом–четвертом технологических уровнях оказания медицинской помощи);

ОФЭКТ в покое и с фармакологической нагрузкой (на третьем–четвертом технологических уровнях оказания медицинской помощи)

или

МРТ в покое (на третьем–четвертом технологических уровнях оказания медицинской помощи);

ПЭТ (на третьем–четвертом технологических уровнях оказания медицинской помощи);

КТ коронарных артерий (на третьем–четвертом технологических уровнях оказания медицинской помощи);

КАГ (на втором–четвертом технологических уровнях оказания медицинской помощи);

консультации врачей-специалистов в организациях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь пациентам со стабильной стенокардией на втором–четвертом технологических уровнях оказания медицинской помощи:

врача-кардиолога;

врача-кардиохирурга;

врача – рентгено-эндоваскулярного хирурга.

Приложение 1
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
со стабильной стенокардией»

**Классификация стенокардии, предложенная Канадским
сердечно-сосудистым обществом, для оценки уровня физической активности,
при котором возникают симптомы стенокардии**

№ п/п	ФК	Описание выраженности нагрузки	
1	I	Стенокардия при выраженной нагрузке	Стенокардия при выраженной нагрузке, обычной нагрузке, выполняемой в быстром темпе или длительно (ходьба, подъем по лестнице)
2	II	Стенокардия при умеренной нагрузке	Легкое ограничение обычной физической активности, выполняемой в медленном темпе, после еды, при холоде, ветре, психоэмоциональном стрессе, в течение первых нескольких часов после пробуждения
3	III	Стенокардия при слабой нагрузке	Симптомы возникают при подъеме на 1–2 пролета лестницы в (при) нормальном темпе и хороших условиях
4	IV	Стенокардия в покое	Вызывается без усилий и раздражителей

Приложение 2
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
со стабильной стенокардией»

**Функциональная классификация
стабильной стенокардии напряжения по данным тестов с ФН**

№ п/п	Тест и показатель	ФК стенокардии			
		I	II	III	IV
1	Тредмил-тест, максимально достигнутая мощность ФН, МЕТ	> 7,0	4,9–6,9	2,0–4,8	< 2,0
2	ВЭП, максимально достигнутая мощность ФН, Вт	≥ 125	75–100	50	≤ 25

Приложение 3
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
со стабильной стенокардией»

**Методы определения высокого риска
неблагоприятных сердечно-сосудистых событий
у пациентов со стабильной стенокардией**

№ п/п	Метод	Высокий риск
1	Тест с ФН (ВЭП) с контролем ЭКГ	Сердечно-сосудистая смертность > 3 %
2	ПЭТ или ОФЭКТ оценка перфузии миокарда	Площадь ишемии > 10 % миокарда ЛЖ
3	Тест с ФН или фармакологической (добутамин) нагрузкой с контролем ЭхоКГ	≥ 3 из 16 сегментов стресс-индуцированного гипо- или акинеза
4	Тест с фармакологической (добутамин, аденозин, дипиридамолом) нагрузкой с контролем МРТ*	≥ 2 из 16 сегментов стресс-индуцированных дефектов перфузии или ≥ 3 добутиамин-индуцированных сегментов с дисфункцией

5	КТ коронарных артерий или инвазивная КАГ	Трехсосудистые проксимальные стенозы, стеноз ствола левой коронарной артерии, проксимальный стеноз передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии
---	--	--

* Тесты с фармакологической нагрузкой с контролем ЭКГ, ЭхоКГ, МРТ выполняются в соответствии с инструкциями по применению.

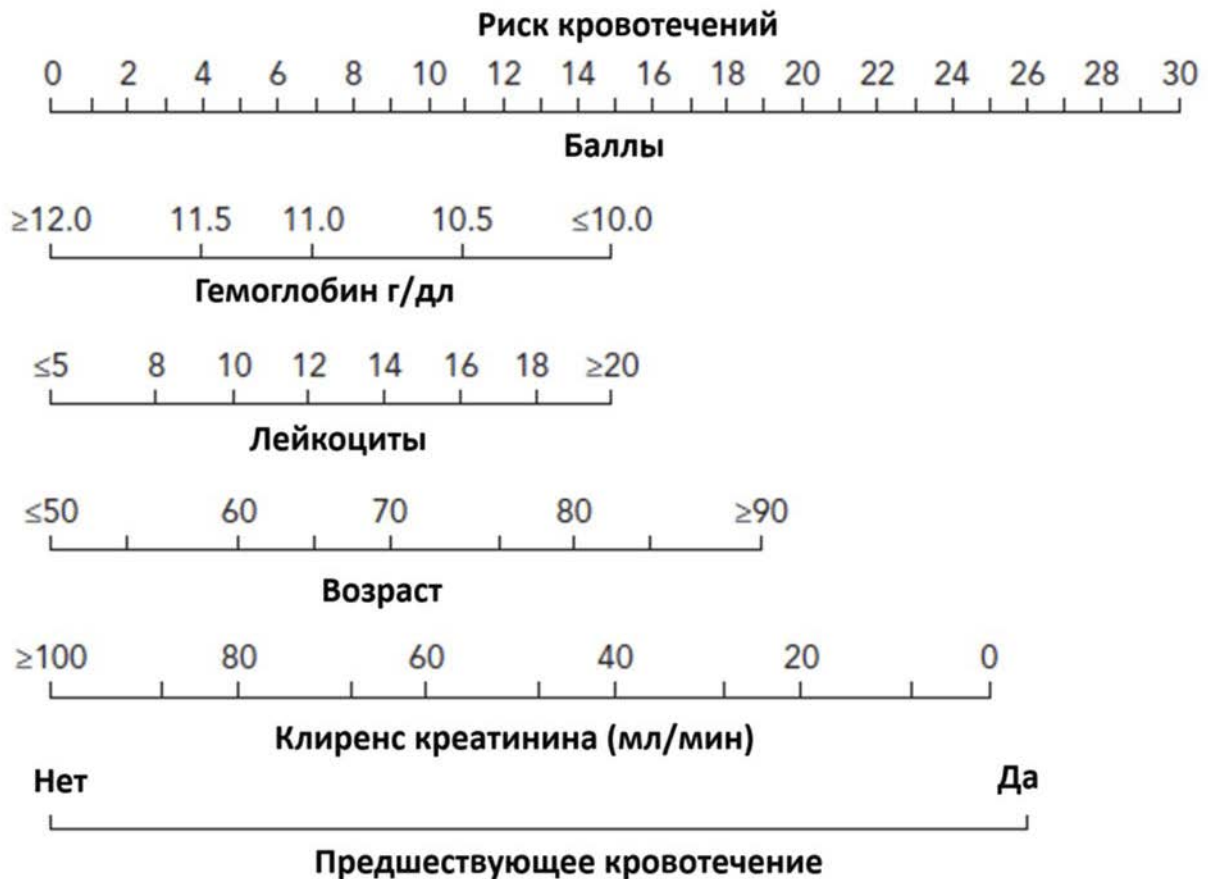
Приложение 4
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
со стабильной стенокардией»

Пошаговая стратегия медикаментозного лечения пациентов со стабильной стенокардией с учетом клинических характеристик

Шаги	Стандартная терапия	Высокая ЧСС (> 80 уд/мин)	Низкая ЧСС (< 50 уд/мин)	Дисфункция ЛЖ или ХСН	Низкое АД
1 шаг	ББ или НДП БКК	ББ или НДП БКК	ДП БКК	ББ	Низкие дозы ББ или низкие дозы НДП БКК
	↓	↓	↓	↓	↓
2 шаг	ББ + ДП БКК	Добавить ивабрадин	Нитраты пролонгированного действия	Добавить нитраты пролонгированного действия или ивабрадин	Добавить ивабрадин или ранолазин, или триметазидин, или никорандил, или нитаргал
	↓	↓	↓	↓	↓
3 шаг	Добавить один из ЛП: ивабрадин; ранолазин; триметазидин; никорандил; нитраты пролонгированного действия; нитаргал	Добавить один из ЛП: ранолазин; триметазидин; никорандил; нитраты пролонгированного действия; нитаргал	ДП БКК + нитраты пролонгированного действия	Добавить один из ЛП: ивабрадин (если ранее не назначен); ранолазин; триметазидин; никорандил; нитраты пролонгированного действия; нитаргал	Комбинировать 2 из следующих ЛП: ивабрадин; ранолазин; триметазидин; никорандил; нитаргал (если ранее не назначались)
			↓		
4 шаг			Добавить один из ЛП: никорандил; ранолазин; триметазидин; нитаргал		

Приложение 5
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
со стабильной стенокардией»

Шкала PRECISE-DAPT*



* Без калькулятора оценка по шкале PRECISE-DAPT производится по номограмме. Для каждого из пяти клинических показателей проводится вертикальная линия до оси «Риск кровотечений», чтобы определить количество баллов, соответствующее каждому клиническому показателю. Баллы суммируются для определения общего количества.

Приложение 6
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
со стабильной стенокардией»

Критерии высокого риска кровотечений по шкале ARC-HBR

Большие критерии	Малые критерии
Ожидаемый длительный прием оральных антикоагулянтов	Возраст ≥ 75 лет
Тяжелая либо терминальная стадии хронической болезни почек (расчетная СКФ < 30 мл/минуту)	Умеренная стадия хронической болезни почек (расчетная СКФ 30–59 мл/минуту)
Гемоглобин < 11 г/дл	Гемоглобин 11–12,9 г/дл у мужчин, либо 11–11,9 г/дл у женщин

Спонтанное кровотечение, потребовавшее госпитализации и (или) переливание крови в течение последних 6 месяцев, либо в любое время, если оно повторяется	Спонтанное кровотечение, потребовавшее госпитализации и (или) переливание крови в течение последних 12 месяцев, не отвечающее большому критерию
Умеренная, либо тяжелая тромбоцитопения до проведения ЧКВ (количество тромбоцитов $< 100 \times 10^9/\text{л}$)	Хроническое применение пероральных нестероидных противовоспалительных ЛП или кортикостероидов
Хронический геморрагический диатез	Любой ишемический инсульт, случившийся в любое время, не соответствующий большому критерию
Цирроз печени с портальной гипертензией	
Активное злокачественное заболевание в течение последних 12 месяцев (за исключением рака кожи, кроме меланомы)	
Предшествующее спонтанное внутричерепное кровоизлияние (в любое время)	
Предшествующее травматическое внутричерепное кровоизлияние в течение последних 12 месяцев	
Наличие артериовенозной мальформации головного мозга	
Умеренный или тяжелый ишемический инсульт в течение последних 6 месяцев	
Недавняя большая операция или серьезная травма в течение 30 дней до процедуры ЧКВ	
Не терпящая отлагательств предстоящая большая операция у пациента, принимающего двойную анти тромботическую терапию	

Приложение 7
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
со стабильной стенокардией»

Принципы рациональной регулярной физической активности у пациентов со стабильной стенокардией

1. Перед назначением регулярных физических тренировок (далее – ФТ) у пациентов со стабильной стенокардией проводится медицинский осмотр врачом общей практики, врачом-терапевтом, врачом-кардиологом, врачом-реабилитологом, обязательные диагностические исследования согласно настоящему клиническому протоколу для исключения медицинских противопоказаний для проведения физических тренировок на тренажерах.

Обязательно проводятся тесты с ФН (с контролем ЭКГ или ЭхоКГ) для выявления индивидуальной ТФН, реакции ЧСС и АД на ФН.

2. Пациентам со стенокардией рекомендуется:

не менее 150–300 минут в неделю (30–60 минут в день) аэробных ФТ средней интенсивности или 75 минут в неделю (15 минут в день) аэробных физических тренировок высокой интенсивности или их эквивалентной комбинации;

оставаться такими активными, как позволяют их способности и состояние здоровья, при невозможности выполнять 150 минут в неделю физических тренировок средней интенсивности;

сократить время малоподвижного образа жизни и заниматься, как минимум, легкой ФН на протяжении всего дня;

выполнять физические тренировки с отягощением в дополнение к аэробной активности ≥ 2 дней в неделю;

изменение образа жизни, контроль физической активности, ЧСС и (или) АД.

Приложение 8
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
со стабильной стенокардией»

Классификация ФН по интенсивности

Абсолютная интенсивность			Относительная интенсивность		
Интенсивность ФН	МЕТ (по данным тредмил- теста)	Примеры	% от максимальной ЧСС с учетом возраста и пола	Шкала Борг	
				Баллы	Уровень дыхания
Легкая	1,1–2,9	Ходьба < 4,7 км/час, легкая домашняя работа	57–63	10–11	
Средняя	3–5,9	Ходьба в умеренном или быстром темпе (4,1–6,5 км/ч), медленная езда на велосипеде (15 км/час), рисование/декорирование, уборка пылесосом, садоводство (стрижка газона), гольф, теннис (парный), бальные танцы, водная аэробика	64–76	12–13	Дыхание быстрее, но есть возможность говорить полные предложения
Высокая	≥ 6	Спортивная ходьба, бег трусцой или бег, езда на велосипеде со скоростью > 15 км/час Тяжелая работа по саду (непрерывное копание или рыхление почвы), плавание, теннис (одиночный)	77–95	14–17	Дыхание очень тяжелое, несовместимое с удобным ведением разговора

Приложение 9
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
со стабильной стенокардией»

Принципы здорового питания у пациентов со стабильной стенокардией

1. Употребление преимущественно растительной, а не животной пищи.
2. Замена насыщенных жирных кислот (составляют < 10 % общей энергии) на употребление поли- и мононенасыщенных жирных кислот и углеводов из цельнозерновых продуктов.
3. Употребление трансненасыщенных жирных кислот из обработанных продуктов минимизируется, насколько это возможно.
4. Употребление < 5 г соли в день.
5. Употребление 30–45 г клетчатки в день, предпочтительно цельнозерновой.
6. Употребление ≥ 200 г фруктов в день.
7. Употребление ≥ 200 г овощей в день.
8. Употребление красного мяса до 350–500 г в неделю, в том числе минимизируется употребление обработанного мяса.
9. Употребление рыбы 1–2 раза в неделю.
10. Употребление 30 г несоленых орехов в день.
11. Употребление алкоголя ограничивается – не более 100 г чистого алкоголя в неделю.
12. Употребление напитков с сахаром, таких как безалкогольные напитки и фруктовые соки, не допускается.