



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

№ 467

02.04.2021

О внедрении в работу терапевтических и кардиологических отделений чек-листов для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями

В соответствии с Распоряжением Правительства Рязанской области от 27.06.2019 №301-р и Приказом Минздрава России от 07.06.2019 №381н «Об утверждении требований к организации и внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»

П Р И К А З Ы В А Ю:

1. Главным врачам медицинских организаций, имеющих в своем составе терапевтические и/или кардиологические койки в рамках внутреннего контроля качества внедрить для всех госпитализированных пациентов чек-листы оценки качества медицинской помощи (Приложения к настоящему приказу)
2. Чек-листы заполнять перед выпиской пациента из стационара и хранить в медицинской стационарной карте больного. Заведующим профильными отделениями в рамках внутреннего контроля качества проверять не менее 80% всех чек-листов в месяц.
3. Территориальному фонду обязательного медицинского страхования рекомендовать учитывать чек-листы (Приложения к настоящему приказу) при проведении экспертизы качества медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями
4. Территориальному органу Росздравнадзора по Рязанской области рекомендовать учитывать чек-листы (Приложения к настоящему приказу) при проведении экспертизы качества медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями
5. Главным врачам медицинских организаций, имеющих в своем составе терапевтические и/или кардиологические койки, привести в соответствии с данным Приказом внутренние Приказы по контролю качества вверенных организаций.
6. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра В.В. Хоминца.

Министр

А.А. Прилуцкий

Артериальная гипертензия (гипертоническая болезнь)

№	Критерий качества	ЕОК Класс и уровень	Да/ нет
1	Установлен диагноз АГ согласно рекомендациям. Зафиксировано повышение офисного (клинического) АД выше 140 и/или 90 мм рт. ст. на повторных визитах, либо на основании СМАД (среднее за 24 часа ≥ 130 мм и/или ≥ 80 мм рт. ст.)	IA	Да/нет
2	Выполнен общий анализ крови	-	Да/нет
3	Выполнен биохимический анализ крови (креатинин, расчетная скорость клубочковой фильтрации, глюкоза, калий, натрий, мочевая кислота, ОХ, ЛПНП, ТГ, ЛПВП)	IB	Да/нет
4	Выполнен общий анализ мочи	IB	Да/нет
5	Выполнена качественная оценка протеинурии тест-полоской или количественное определение альбуминурии	IB	Да/нет
6	Выполнена ЭКГ в 12 отведениях	IB	Да/нет
7	Даны рекомендации по модификации образа жизни (ограничение потребления натрия, увеличение физической активности, снижение избыточной массы тела, отказ от курения, ограничение потребления алкоголя)	IA	Да/нет
8	Поставлен клинический диагноз с указанием стадии заболевания, степени повышения АД (при отсутствии терапии), категории риска, наличия ПОМ и АКС	-	Да/нет
9	У пациентов с АГ I-й степени, относящихся к категориям низкого/среднего риска, начата антигипертензивная лекарственная терапия одним из препаратов рекомендованных классов после 3-го месяца модификации образа жизни	IA	Да/нет
10	Лицам с АГ второй степени и выше назначена комбинированная двухкомпонентная антигипертензивная терапия сразу после постановки диагноза и проведена ее интенсификация для достижения целевого АД.	IA	Да/нет
11	Достигнут целевой уровень САД < 140 мм рт. ст. и ДАД < 90 мм рт. ст. через 3 месяца от начала лечения. При недостижении целевого АД приведено объяснение необходимости индивидуального уровня АД и скорости его снижения (плохая переносимость, побочные эффекты лекарственной терапии, низкая приверженность пациента к лечению, включая невыполнения рекомендаций врача, необходимость ревизии поставленного диагноза для исключения симптоматической АГ, наличие сопутствующей патологии или лекарственной терапии, затрудняющей контроль АД)	IA	Да/нет
12	Пациент взят под диспансерное наблюдение	-	Да/нет

Стабильная ишемическая болезнь сердца (хронические коронарные синдромы)

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	ЕОК класс и уровень	УУР	УДД	Да/Нет
1.	Выполнено электрокардиографическое исследование.	IC	C	1	
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый.	IB	B	1	
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический	IB	B	1	
4.	Выполнен анализ крови биохимический по оценке липидного спектра (общий холестерин, холестерин липопротеидов низкой плотности, триглицериды).	IC	C	1	
5.	Выполнена эхокардиография.	IB	B	1	
6.	Выполнено дуплексное сканирование экстракраниальных отделов сонных артерий	II C	C	2	
7.	Выполнен один из неинвазивных нагрузочных тестов для верификации ишемии при условии отсутствия противопоказаний.	IIb B	B	3	
8.	Проведена терапия ацетилсалициловой кислотой** и гиполипидемическими средствами, ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента и/или антагонистами рецепторов к ангиотензину II.	IA	A	1	
9.	Назначена терапия бета-адреноблокаторами и/или блокаторами медленных кальциевых каналов и/или органическими нитратами.	IA	A	1	
10.	Достигнуты рекомендованные целевые уровни Хс-ЛПНП <1,4 ммоль/л на фоне назначенной терапии HMG CoA редуктазы ингибиторами, если не были достигнуты, то проведена интенсификация терапии (максимально переносимая доза HMG CoA редуктазы ингибиторов, при недостаточном эффекте — добавлен эзетимиб). При непереносимости статинов назначен эзетимиб.	IB	B	1	
11.	Своевременно выполнены коронарография и хирургическое лечение (реваскуляризация миокарда при неэффективности оптимальной медикаментозной терапии).	IC	C	1	
12.	Проведен повторный осмотр пациента и оценка эффективности терапии не более чем через 6 мес. от момента постановки диагноза ИБС.	III C	C	5	

Хроническая сердечная недостаточность

№	Критерии качества	ЕОК	Уровень убедительности и рекомендаций доказательств	Уровень достоверности доказательств	Да/нет
1	Выполнена ЭКГ в 12 отведениях	IA	B	3	
2	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки	IA	B	3	
3	Выполнена эхокардиография	IA	B	3	
4	Выполнен биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, расчетная скорость клубочковой фильтрации, калий, натрий, глюкоза, билирубин, АЛТ, АСТ)	IA	B	3	
5	Выполнен общий анализ крови	IA	B	3	
6	Выполнен общий анализ мочи	IA	B	3	
7	Выполнено определение уровня натрийуретических пептидов (мозгового натрийуретического пептида/N-концевого фрагмента прогормона мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP))	IA	A	1	
8	У пациентов с острой декомпенсацией СН проведена терапия петлевыми диуретиками, при необходимости - вазодилататорами и/или инотропными препаратами и/или вазопрессорами	IC	B	3	
9	Начат подбор терапии иАПФ/АРА/валсартан+сакубитрил**, бета-адреноблокаторов и альдостерона антагонистами или проведена коррекция их дозы согласно существующим рекомендациям	IA	A	1	

Фибрилляция и трепетание предсердий

№	Критерии качества	ЕОК Класс и уровень	Уровень убедительности рекомендаций	Уровень достоверности доказательств	Да/нет	АЛТ, билирубина и креатинина с расчетом клиренса креатинина (КК) по формуле Кокрофта — Голта;				
1.	Выполнен осмотр врачом-кардиологом, выставлен диагноз с указанием формы ФП/ТП (первичная выявленная, пароксизмальная, переносимая, длительно переносимая, постоянная), варианта ФП — в зависимости от частоты сердечных сокращений (ЧСС) и тяжести клинических проявлений согласно модифицированной классификации EHRA	IB	A	2						
2.	Проведены электрокардиографические методы исследования (ЭКГ, холтеровское мониторирование ЭКГ)	IB	A	3						
3.	Выполнено трансторакальное эхокардиографическое исследование	IC	B	3						
4.	Выполнена оценка риска тромбоэмболических осложнений согласно шкале CHA ₂ DS ₂ -VASc у пациентов с неклапанной ФП/ТП	IA	A	1						
5.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	-	A	2						
6.	Выполнено биохимическое исследование с определением уровня калия и натрия, АСТ,	IA	A	2						
7.	У пациентов с неклапанной ФП и высоким риском тромбоэмболических осложнений по шкале CHA ₂ DS ₂ -VASc (≥3 баллов у женщин и ≥2 балла у мужчин) назначена антикоагулянтная терапия: ПОАК с обоснованием выбранной дозы или АВК с указанием необходимости подбора дозы под контролем МНО						IA	A	I	
8.	Пациентам с клапанной ФП (митральным стенозом средней или тяжелой степени или при наличии механических протезов клапанов сердца) назначена антикоагулянтная терапия АВК и даны рекомендации по контролю МНО в заданном диапазоне						III B	A	II	
9.	Выбрана и обсуждена с пациентом стратегия лечения ФП/ТП (контроль ритма или частоты)						-	A	2	
10.	В случае выбора стратегии контроля ритма сделан выбор между медикаментозными и интервенционными методами лечения						IB	A	2	

11.	При выборе стратегии медикаментозного контроля ритма назначена антиаритмическая терапия в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата для медицинского применения и фармакотерапевтической группой, а также с учетом способа введения и безопасности лекарственного средства						IB	A	2	
12.	В случае выбора стратегии контроля частоты сердечных сокращений назначена ритм-урежающая терапия в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата для медицинского применения и фармакотерапевтической группой, а также с учетом способа введения и безопасности лекарственного средства						IB	A	2	
13.	При интервенционном лечении ФП интраоперационно достигнута электрическая изоляция устьев легочных вен						IB	A	2	
14.	При интервенционном лечении ТП интраоперационно достигнут двунаправленный блок проведения импульса в области перешейка сердца						IB	A	1	

Наджелудочковые тахикардии

№	Критерии качества	ЕОКУУРУУД			Оценка выполнения
		Е	О	У	
1.	При отсутствии противопоказаний пациент направлен в специализированный кардиологический центр для решения вопроса о необходимости КА при рецидивирующих симптомных эпизодах катетриксидального иетмус-зависимого ТП	IA	A	1	Да/нет
2.	При отсутствии противопоказаний пациент направлен в специализированный кардиологический центр для решения вопроса о необходимости КА при постоянной или рецидивирующей ИЖТ, даже при отсутствии симптомов, для контроля ритма в случаях подозрения на вызванную тахикардией кардиомиопатию	IA	A	1	Да/нет
3.	Выполнена синхронизирующая ЭИТ при ИЖТ у гемодинамически нестабильного пациента	IB	A	2	Да/нет
4.	Выполнены вагусные приемы пациенту с пароксизмальной ИЖТ по механизму ри-ентри (документированной или предполагаемой)	IB	A	2	Да/нет
5.	При неэффективности вагусных приемов выполнено внутривенное введение трифосаденина пациенту с пароксизмальной ИЖТ по механизму ри-ентри (документированной или предполагаемой)	IB	A	2	Да/нет
6.	При неэффективности вагусных приемов и трифосаденина пациенту с пароксизмальной ИЖТ выполнено внутривенное введение ААП для контроля ритма или ЧСС	IB	A	2	Да/нет
7.	При неэффективности ААП для контроля ритма или ЧСС пациенту с пароксизмальной ИЖТ выполнена синхронизирующая ЭИТ	IB	A	2	Да/нет
8.	При отсутствии противопоказаний пациент направлен в специализированный кардиологический центр для решения вопроса о необходимости КА при повторяющихся эпизодах фокусной ИТ, особенно если они носят постоянно-рецидивирующий характер или ведут к формированию тахикардиомиопатии	IB	A	2	Да/нет
9.	При отсутствии противопоказаний пациент направлен в опытный специализированный кардиологический центр для решения вопроса о необходимости выполнения КА при рецидивирующих симптомных эпизодах некатетриксидального иетмус-зависимого ТП	IB	A	2	Да/нет
10.	При отсутствии противопоказаний пациент направлен в специализированный кардиологический центр для решения вопроса о необходимости КА при персистирующем ТП или при наличии снижения функции ЛЖ вследствие тахикардиомиопатии	IB		2	Да/нет
11.	Пациенту с ТП и сопутствующей ФП рекомендована такая же антикоагуляция, как при ФП	IB	A	2	Да/нет
12.	При отсутствии противопоказаний пациент направлен в специализированный кардиологический центр для решения вопроса о необходимости КА при рецидивирующих симптомных АВУРТ или АВРТ	IB	A	2	Да/нет
13.	Выполнено неинвазивное или внутрисердечное ЭФИ для стратификации риска у пациента с бессимптомным предвозбуждением желудочков, работа/хобби/занятия спортом которого связаны с высоким риском	IB	A	2	Да/нет
14.	При отсутствии противопоказаний пациент направлен в специализированный кардиологический центр для решения вопроса о необходимости КА в отсутствие симптомов, но с выявленными при неинвазивном или внутрисердечном ЭФИ ДАВС с высоким риском: антеградным рефрактерным периодом ДАВС ≤ 250 мс; с индуцируемой АВРТ, запускающей ФП с предвозбуждением желудочков; с множественными ДАВС; с интервалом RR ≤ 250 мс между двумя QRS-комплексами с предвозбуждением при индуцированной ФП	IB	A	2	Да/нет

Желудочковые нарушения ритма. Внезапная сердечная смерть

№	Критерий качества	ЕОК Класс и уровень	УУР	УДД	Оценка выполни ения
1.	Пациенту с остановкой кровообращения / синкопальным эпизодом выполнено ЭКГ и при диагностировании пароксизма ЖТ/ФЖ выполнены реанимационные мероприятия и экстренная кардиоверсия/дефибрилляция.	IB	A	2	Да/нет
2.	Пациенту с устойчивой желудочковой тахикардией выполнено купирование аритмии (медикаментозное, ЭИТ).	IB	A	2	Да/нет
3.	Выполнено ЭКГ-исследование покоя в 12-ти отведениях и/или холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ-ЭКГ) пациентам при прохождении обследования на предмет выявления желудочковых аритмий (ЖА).	IA	A	2	Да/нет
4.	Выполнено эхокардиографическое исследование и/или другие визуализирующие исследования для оценки функции ЛЖ и выявления структурной патологии сердца у пациента с ЖА.	IA	A	1	Да/нет
5.	Начата/продолжена терапия бета-адреноблокаторами в лечении всех категорий пациентов со структурным поражением миокарда/дисфункцией ЛЖ, имеющих повышенный риск ВСС и нуждающихся в её первичной или вторичной профилактике.	IA	A	1	Да/нет
6.	Проведена оптимальная медикаментозная терапия ингибиторами АПФ (или ангиотензина II антагонистами при непереносимости ингибиторов АПФ), бета-адреноблокаторами и антагонистами альдостерона пациентам с ХСН и систолической дисфункцией ЛЖ (ФВЛЖ \leq 35-40%) с целью снижения общей смертности и риска ВСС.	IA	B	2	Да/нет
7.	При повторных срабатываниях/шоках ИКД*** вследствие устойчивой ЖТ проведена антиаритмическая терапия, при неэффективности или невозможности которой пациент направлен на консультацию к врачу, специализирующемуся на диагностике и лечении нарушений ритма сердца (кардиологу, сердечно-сосудистому хирургу, врачу рентгенэндоваскулярной диагностики и лечения) для решения вопроса о необходимости выполнения катетерной аблации.	IB	A	2	Да/нет
8.	Пациент с сохраняющейся дисфункцией левого желудочка (ФВЛЖ – 35% и менее) и сердечной недостаточностью (II или III ФК по NYHA), через 40 дней после инфаркта миокарда, направлен на консультацию к врачу, специализирующемуся на диагностике и лечении нарушений ритма сердца (кардиологу, сердечно-сосудистому хирургу, врачу рентгенэндоваскулярной диагностики и лечения) или в специализированный кардиологический центр для решения вопроса о необходимости имплантации ИКД***.	IA	A	1	Да/нет
9.	При непрерывной некупирующейся ЖТ или электрическом шторме, приводящим к многократному повторному нанесению шоков ИКД***, с врачом, специализирующимся на диагностике и лечении нарушений ритма сердца (кардиологом, сердечно-сосудистом хирургом, врачом рентгенэндоваскулярной диагностики и лечения) обсуждена необходимость катетерной аблации в специализированных и опытных центрах.	IB	A	2	Да/нет
10.	При безуспешности медикаментозной терапии, сохранении приступов ЖТ, наличии дисфункции ЛЖ, ассоциированной с желудочковой экстрасистолией, пациент направлен на консультацию к врачу, специализирующемуся на диагностике и лечении нарушений ритма сердца (кардиологу, сердечно-сосудистому хирургу, врачу рентгенэндоваскулярной диагностики и лечения) или в специализированный кардиологический центр для решения вопроса о необходимости катетерной аблации для профилактики рецидивов аритмии и повторных срабатываний ИКД.	IB	A	2	Да/нет

Брадиаритмии и нарушения проводимости

№	Критерии качества	Уровень убедительности рекомендаций	Уровень достоверности доказательств	ЕОК	Да/нет
1.	Проведено физикальное обследование пациента для диагностики основного заболевания, вызвавшего БА, с особым вниманием к выявлению преходящих, обратимых причин БА, в том числе определяемых проводимым лечением	A	3	нет	
2.	Проведена электрокардиография в 12 отведениях для документации характера ритма, частоты сокращений, проводимости, а также для верификации структурных и системных заболеваний сердца у пациентов с подозрением на брадикардию или нарушения проводимости	A	3	нет	
3.	Для выявления брадикардии и нарушений проводимости, клиничко-электрокардиографической корреляции с симптомами рекомендуется проведение длительного мониторинга сердечного ритма	C	4	нет	
4.	Выполнен длительный мониторинг сердечного ритма у пациентов с документированной или подозреваемой брадикардией или нарушением проводимости для установления корреляции между частотой сердечных сокращений или нарушениями проводимости с симптомами с использованием кардиомонитора, выбранного на основе частоты, характера симптомов, а также предпочтения пациента	C	4	нет	
5.	Выполнена трансторакальная эхокардиография пациентам с брадикардией или нарушениями проводимости БЛНПГ и ПЖБ II степени Мобитц II, ПЖБ высокой степени или ПЖБ III степени при подозрении на структурное заболевание сердца	B	3	нет	
6.	Имплантирован постоянный ЭКС*** пациентам с симптомной брадикардией, обусловленной ДСУ для увеличения ЧСС и улучшения симптоматики	C	4	IB	
7.	Выполнена двухкамерная или однокамерная предсердная кардиостимуляция пациентам с симптомной ДСУ и нормальной атриовентрикулярной проводимостью	B	3	IB	
8.	Выполнена постоянная стимуляция пациентам с приобретенной ПЖБ II степени Мобитц II, ПЖБ высокой степени или ПЖБ III степени, не относящейся к обратимым или физиологическим причинам, независимо от наличия симптомов	A	3	IC	
9.	Выполнена постоянная стимуляция пациентам с постоянной ФП и симптомной брадикардией	C	4	IC	
10.	Взрослым пациентам с ЭКС*** после имплантации проведено тестирование работы ЭКС*** дважды в течение полугода, затем ежегодно, пациентам с двухкамерными ЭКС*** после имплантации — дважды в течение 6 месяцев, затем не менее одного раза в год	C	5	нет	

Легочная гипертензия и хроническая тромбэмболическая легочная гипертензия

№	Критерий качества	ЕОК Класс и уровень	УУР	УДД	Оценка выполнения
1.	Выполнено ЭКГ	IC	A	2	Да/нет
2.	Выполнена эхокардиография	IC	A	2	Да/нет
3.	Выполнено исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков, исследование диффузионной способности легких. При технической невозможности выполнения данного исследования в условиях медицинского учреждения, пациент направлен в экспертный центр.	IC	A	2	Да/нет
4.	Выполнена перфузионная сцинтиграфия легких в сочетании со сцинтиграфией легких вентиляционной. При технической невозможности выполнения данного исследования в условиях медицинского учреждения, пациент направлен в экспертный центр.	IC	A	2	Да/нет
5.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием.	IIaC	B	2	Да/нет
6.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	IC	A	2	Да/нет
7.	Пациент с подозрением на ЛАГ и ХТЭЛГ направлен в экспертный центр для верификации диагноза, стратификации риска и выбора оптимального метода лечения	IC	A	2	Да/нет
8.	Направлен в экспертный центр для выполнения чрезвенной катетризации сердца.	IC	A	2	Да/нет
9.	В экспертном центре выполнен вазореактивный тест пациентам с ИЛАГ, наследуемой ЛАГ и ЛАГ, индуцированной приемом лекарственных препаратов или токсинов	IC	A	2	Да/нет
10.	Пациентам ЛАГ с недостаточным ответом на начальную монотерапию назначена последовательная комбинированная терапия	IB	A	2	Да/нет
11.	Пациенту ЛАГ высокого риска летальности назначена комбинированная терапия	IIaC	A	2	Да/нет
12.	Достигнута цель медикаментозной терапии: низкий риск летальности	IC	A	2	Да/нет
13.	Пациент с ХТЭЛГ обсужден на предмет возможности выполнения тромбодартерэктомии из легочной артерии	IC	A	2	Да/нет
14.	Пациент взят на диспансерное наблюдение	IC	A	2	Да/нет

Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST

№	Критерий качества	УДД	Уровень убедительности рекомендаций	ЕОК	Да/нет
1	Указан временной интервал от момента обращения за медицинской помощью до начала реперфузионного лечения	2	A	IB	
2	Время от постановки диагноза до введения проводника в инфаркт-связанную артерию при проведении первичного ЧКВ менее 90 мин	2	A	IB	
3	Время от постановки/подтверждения диагноза в ЧКВ-центре до введения проводника в инфаркт-связанную артерию при проведении первичного ЧКВ менее 60 мин	2	A	IB	
4	Время от постановки диагноза в неинвазивном центре до начала транспортировки в ЧКВ-центр при планировании первичного ЧКВ менее 30 мин	2	A	IB	
5	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)	3	B	IB	
6	Проведение коронарной ангиографии и, при необходимости, ЧКВ в пределах 2-24 ч после успешной ТЛТ	2	A	IB	
7	При КГ/ЧКВ использован доступ через лучевую артерию	1	B	IA	
8	Исследование уровня тропонина I, T в крови	2	B	IB	
9	Оценена динамика уровня сердечного тропонина I или T в крови при недостаточной информативности первого определения	1	A	IA	
10	Выполнена ЭхоКГ в первые сутки госпитализации	2	B	IB	
11	Выполнена оценка ФВ ЛЖ перед выпиской	1	A	IA	
13	У пациентов, не имеющих показаний к длительному применению антикоагулянтов, использовалась двойная антитромбоцитарная терапия (сочетание АСК с ингибитором P2Y ₁₂ -рецепторов тромбоцитов); при неназначении любого из двух компонентов указана причина	1	A	IA	
14	У пациентов с показаниями к длительному применению антикоагулянтов использовалось сочетание перорального антикоагулянта с одним или двумя антиагрегантами; при неназначении антикоагулянта указана причина	1	A	IA	
15	Использован бета-адреноблокатор у пациентов ИМнСТ с ФВ ЛЖ $\leq 40\%$. При неназначении указана причина	1	A	IA	
16	Использован ингибитор АПФ или блокатор рецепторов ангиотензина у пациентов с ФВ ЛЖ $\leq 40\%$, сердечной недостаточностью, АГ, ХБП, при сахарном диабете; при неназначении указана причина	1	A	IA	

Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST

№	Критерий качества	ЕОК Класс и уровень	УДД	УУР	Далнет
1	Пациент с подозрением на ОКС срочно госпитализирован, предпочтительно в стационар, специализирующийся на лечении пациентов с ОКС, предпочтительно в лечебное учреждение, где возможно инвазивное лечение ОКС.	IC	C	5	
2	У пациента с подозрением на ОКСбпST определен уровень биохимических маркеров повреждения кардиомиоцитов в крови, предпочтительно исследование уровня сердечного тропонина I или T.	IA	A	1	
3	У пациента с подозрением на ОКСбпST выполнена ЭхоКГ с обязательной оценкой ФВ ЛЖ.	IC	B	3	
4	У пациента с ОКСбпST на основании оценки риска неблагоприятного исхода выбрана и реализована одна из стратегий лечения в стационаре (КГ с намерением выполнить реваскуляризацию миокарда в первые 2-72 часа после госпитализации или первоначальное неинвазивное лечение).	IA	A	1	
5	У пациента с ОКСбпST в начале лечения использовалась тройная антитромботическая терапия (сочетание АСК**, ингибитора P2Y ₁₂ -рецептора тромбоцитов и антикоагулянта) с последующим переходом на сочетание АСК** с ингибитором P2Y ₁₂ -рецептора	IA	A	1	

	тромбоцитов или, для пациентов с показаниями к длительному применению антикоагулянтов, на сочетание перорального антикоагулянта с одним или двумя антиагрегантами (АТХ-группа антиагреганты, кроме гепарина, В01AC).				
6	У пациента с ОКСбпST и ФВ ЛЖ ≤ 40% назначен пероральный бета-адреноблокатор, если к препаратам этой группы нет противопоказаний.	IA	B	2	
7	У пациента с ОКСбпST при ФВ ЛЖ ≤ 40%, АГ, сахарном диабете, хронической болезни почек (ХБП) назначен ингибитор АПФ, если к препаратам этой группы нет противопоказаний.	IA	A	1	
8	У пациента с ОКСбпST в период госпитализации начато или продолжено лечение 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.	IA	A	1	
9	Пациент, перенесший ОКСбпST, включен в программы КР, нацеленные на изменение образа жизни, коррекцию факторов риска ИБС, улучшение качества жизни и повышение приверженности к лечению.	IA	A	1	
10	Пациент, перенесший ОКСбпST (НМбпST или НС), после выписки из стационара взят на диспансерное наблюдение.	IC	C	5	