ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России
ФГБУ «Федеральный центр мозга и нейротехнологий» ФМБА России
РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Диспансерное наблюдение пациентов с последствиями субарахноидального кровоизлияния, внутричерепного кровоизлияния, другого нетравматического внутричерепного кровоизлияния, последствиями инфаркта мозга и инсульта, не уточненными как кровоизлияния или инфаркт мозга, а также другими уточненными поражениями сосудов мозга врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения

Методические рекомендации

УДК 616.8-005
ББК 54.102

Утверждено на заседании Ученого совета ФГБУ «НМИЦ ТПМ»
Минздрава России (протокол №1 от 27.01.2026)

КАК ЦИТИРОВАТЬ:
Драпкина О.М., Шамалов Н.А., Мартынов М.Ю., Шепель Р.Н., Шурупова Е.Г., Дроздова Л.Ю., Ипатов П.В., Марская Н.А., Савченко Е.Д. Диспансерное наблюдение пациентов с последствиями субарахноидального кровоизлияния, внутричерепного кровоизлияния, другого нетравматического внутричерепного кровоизлияния, последствиями инфаркта мозга и инсульта, не уточненными как кровоизлияния или инфаркт мозга, а также другими уточненными поражениями сосудов мозга врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации. *Профилактическая медицина*. 2026;29(1-2):84–116.
https://doi.org/10.17116/profmed20262901284

TO CITE THIS ARTICLE:
Drapkina OM, Shamalov NA, Martynov MYu, Shepel RN, Shurupova EG, Drozdova LYu, Ipatov PV, Marskaya NA, Savchenko ED. Follow-up care by a primary healthcare physician for patients with the sequelae of subarachnoid hemorrhage, intracranial hemorrhage, other non-traumatic intracranial hemorrhage, cerebral infarction and stroke, not specified as hemorrhages or cerebral infarction, as well as other specified lesions of cerebral vessels. Guidelines. *The Russian Journal of Preventive Medicine*. 2026;29(1-2):84–116. (In Russ.).
https://doi.org/10.17116/profmed20262901284

© Коллектив авторов, 2026
© ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России
© ООО «Издательство «Медиа Сфера», 2026

Авторский коллектив

Драпкина Оксана Михайловна — директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, заведующий кафедрой терапии и профилактической медицины ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, академик РАН, д.м.н., профессор.

Шамалов Николай Анатольевич — директор института цереброваскулярной патологии и инсульта ФГБУ «Федеральный центр мозга и нейротехнологий» ФМБА России, д.м.н., профессор.

Мартынов Михаил Юрьевич — первый заместитель генерального директора ФГБУ «Федеральный центр мозга и нейротехнологий» ФМБА России, и.о. заведующего кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики Института нейронаук и нейротехнологий ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор.

Шепель Руслан Николаевич — заместитель директора по перспективному развитию медицинской деятельности ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, доцент кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения Института профессионального образования и аккредитации ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, к.м.н.

Шурупова Елена Геннадьевна — врач-методист группы по организации медицинской помощи отдела организационно-методического управления и анализа оказания медицинской помощи ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России.

Дроздова Любовь Юрьевна — руководитель отдела стратегического планирования и внедрения профилактических технологий ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, главный внештатный специалист по медицинской профилактике Минздрава России, к.м.н.

Ипатов Петр Васильевич — главный научный сотрудник ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, д.м.н., профессор.

Марская Наталия Андреевна — научный сотрудник отдела сосудистых заболеваний нервной системы ФГБУ «Федеральный центр мозга и нейротехнологий» ФМБА России.

Савченко Екатерина Дмитриевна — ведущий научный сотрудник отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, доцент кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения Института профессионального образования и аккредитации ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, к.м.н.

Рецензенты

Боровкова Наталья Юрьевна — д.м.н., профессор, первый заместитель директора Института терапии, заведующая кафедрой терапии и общей врачебной практики ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России.

Цыганкова Оксана Васильевна — д.м.н., профессор кафедры неотложной терапии с эндокринологией и профпатологией факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки врачей ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России

Профилактическая медицина
2025, т. 29, №1-2, с. 84–116
https://doi.org/10.17116/profmed20262901284

Russian Journal of Preventive Medicine
2025, vol. 29, no. 1-2, pp. 84–116
https://doi.org/10.17116/profmed20262901284

Диспансерное наблюдение пациентов с последствиями субарахноидального кровоизлияния, внутричерепного кровоизлияния, другого нетравматического внутричерепного кровоизлияния, последствиями инфаркта мозга и инсульта, не уточненными как кровоизлияния или инфаркт мозга, а также другими уточненными поражениями сосудов мозга врачом-терапевтом[1] в первичном звене здравоохранения

Методические рекомендации

© Оксана Михайловна Драпкина, Николай Анатольевич Шамалов, Михаил Юрьевич Мартынов, Руслан Николаевич Шепель, Елена Геннадьевна Шурупова, Любовь Юрьевна Дроздова, Петр Васильевич Ипатов, Наталия Андреевна Марская, Екатерина Дмитриевна Савченко

РЕЗЮМЕ

Болезни системы кровообращения продолжают оставаться ведущей причиной в структуре смертности в Российской Федерации. Острые нарушения мозгового кровообращения являются преобладающей причиной инвалидизации населения в Российской Федерации. Учитывая высокую медико-социальную значимость последствий острых нарушений мозгового кровообращения, настоящие методические рекомендации содержат описание актуальных вопросов организации проведения диспансерного наблюдения пациентов с последствиями субарахноидального кровоизлияния, внутричерепного кровоизлияния, другого нетравматического внутричерепного кровоизлияния, последствиями инфаркта мозга и инсульта, не уточненными как кровоизлияния или инфаркт мозга, а также другими уточненными поражениями сосудов мозга, врачом-терапевтом, а также освещают вопросы вторичной профилактики риска повторных сосудистых событий. Диспансерное наблюдение в первичном звене оказания медицинской помощи — это один из ресурсов снижения смертности от болезней системы кровообращения и повышения продолжительности жизни. Настоящие методические рекомендации позволяют практикующему врачу принимать обоснованные клинические решения при проведении диспансерного наблюдения. Методические рекомендации предназначены для врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей), врачей-терапевтов участковых цехового врачебного участка, а также для среднего медицинского персонала, работающего с указанными врачами, для фельдшеров фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского здравпункта) в случае возложения на них руководителями медицинских организаций функций лечащего врача по организации и проведению диспансерного наблюдения. Не меньший интерес методические рекомендации могут представлять для врачей — организаторов здравоохранения, руководителей медицинских организаций первичной медико-санитарной помощи и их подразделений.

Список сокращений

АВМ — артериовенозная мальформация
АГ — артериальная гипертония
АГМ — аневризма головного мозга
АД — артериальное давление
АЛТ — аланинаминотрансфераза
АСК — ацетилсалициловая кислота
АСТ — аспартатаминотрансфераза
ВЖК — внутрижелудочковое кровоизлияние
ВМГ — внутримозговая гематома
ГИ — геморрагический инсульт
ДН — диспансерное наблюдение
ЖКК — желудочно-кишечное кровотечение
ЖКТ — желудочно-кишечный тракт
ИБС — ишемическая болезнь сердца
ИИ — ишемический инсульт
ИМ — инфаркт миокарда
ИМТ — индекс массы тела
ИПМР — индивидуальный план медицинской реабилитации
КТА — компьютерно-томографическая ангиография
КФК — креатинкиназа (креатинфосфокиназа)
ЛПИ — лопаточно-плечевой индекс

[1]Врач-терапевт — врач-терапевт участковый, врач общей практики (семейный врач), врач-терапевт участковый цехового врачебного участка, фельдшер фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского здравпункта) в случае возложения на него руководителем медицинской организации отдельных функций лечащего врача, в том числе по проведению диспансерного наблюдения, в порядке, установленном приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российского Федерации от 27.03.2025 №155н.

МНО — международное нормализованное отношение
МРА — магнитно-резонансная ангиография
МРТ — магнитно-резонансная томография
нВЧК — внутричерепное кровоизлияние нетравматического генеза
НМГ — низкомолекулярные гепарины
НФГ — нефракционированный гепарин
ОНМК — острое нарушение мозгового кровообращения
САК — субарахноидальное кровоизлияние
СД — сахарный диабет
СКФ — скорость клубочковой фильтрации
ССЗ — сердечно-сосудистое заболевание
ССР — сердечно-сосудистый риск
ССС — сердечно-сосудистое событие
ТГ — триглицериды
ТИА — транзиторная ишемическая атака
ФП — фибрилляция предсердий
ФР — фактор риска
ХС-ЛПВП — холестерин липопротеинов высокой плотности
ХС-ЛПНП — холестерин липопротеинов низкой плотности
ЧСС — частота сердечных сокращений
ШРМ — шкала реабилитационной маршрутизации
ЭКГ — электрокардиография

Введение

Геморрагический инсульт[1] (ГИ) — полиэтиологическое заболевание, характеризующееся внутричерепным кровоизлиянием нетравматического генеза (нВЧК).

В зависимости от типа распространения крови в полости черепа выделяют следующие формы нВЧК:
— субдуральное кровоизлияние (субдуральная гематома);
— субарахноидальное кровоизлияние (САК);
— внутримозговое кровоизлияние (паренхиматозное, внутримозговая гематома (ВМГ));
— внутрижелудочковое кровоизлияние (ВЖК).

В ряде случаев нВЧК может быть смешанным (субарахноидально-паренхиматозным, паренхиматозно-вентрикулярным и др.).

Субарахноидальное кровоизлияние — одна из форм ГИ, характеризующаяся скоплением крови под паутинной (арахноидальной) оболочкой головного мозга.

Аневризма головного мозга (АГМ) — локальное выпячивание стенки интракраниальной артерии. Следствием разрыва АГМ в подавляющем большинстве случаев является САК, которое может сопровождаться ВМГ и ВЖК.

Артериовенозная мальформация (АВМ) — врожденное патологическое образование головного мозга, состоящее из клубка сосудов, в котором приводящие артерии и отводящие вены соединены между собой, при отсутствии капиллярного русла (артериовенозные фистулы). Следствием разрыва АВМ являются ВМГ, САК или ВЖК.

Ведущей причиной первичного кровоизлияния является гематома, возникающая в результате артериальной гипертонии (АГ).

Причины вторичных внутримозговых кровоизлияний: разрыв АВМ, разрыв аневризмы с формированием ВМГ, тромбоз венозных синусов и корковых вен, разрыв дуральных артериовенозных фистул, васкулопатии, болезнь Мойя-Мойя, кровоизлияния в опухоль.

Ишемический инсульт[2] (ИИ) — клинический синдром, вызванный фокальным инфарктом головного мозга.

Инфаркт головного мозга — некроз клеток головного мозга, обусловленный ишемией.

ИИ развивается вследствие внезапного снижения перфузии определенной области головного мозга, что приводит к утрате соответствующей неврологической функции. Выделяют пять патогенетических подтипов ИИ:
— обусловленный атеросклеротическим поражением крупных артерий (атеротромботический);
— обусловленный кардиогенной тромбоэмболией (кардиоэмболический);
— обусловленный окклюзией мелких артерий (лакунарный);
— обусловленный другой установленной причиной (другой установленной этиологии);
— обусловленный неустановленной причиной (неустановленной этиологии).

Классификации временных периодов ИИ и САК представлены в **Приложении 1** к настоящим методическим рекомендациям.

Основными руководящими документами, описывающими этиологию, патогенез, клиническую картину, методы диагностики и лечения пациентов с ГИ или ИИ, являются клинические рекомендации «Геморрагический инсульт»[3] и клинические рекомендации «Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака»[4], одобренные Научно-практическим Советом Минздрава России соответственно в 2025 и в 2024 гг.

В Российской Федерации инсульты занимают первое место по первичной инвалидизации. Только 10—20% пациентов возвращаются к труду, из них около 8% сохраняют свою профессиональную пригодность, 25% нуждаются в посторонней помощи. К концу года после перенесенного инсульта у 25—30% больных развивается деменция, причем с возрастом она имеет тенденцию к увеличению. Инсульт накладывает особые обязательства на членов семьи больного [1].

Показатель распространенности повторного инсульта среди всех инсультов — 25,5%, что свидетельствует о недостаточной эффективности вторичной профилактики.

Пациентам с сосудистыми заболеваниями головного мозга (АГМ, АВМ, перенесенное гипертензивное кровоизлияние) и пациентам, перенесшим ИИ, после выписки из стационара рекомендовано диспансерное наблюдение

[1]Клинические рекомендации «Геморрагический инсульт» (дата обращения 13.01.2026).
https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/523_3

[2]Клинические рекомендации «Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака» (дата обращения 17.01.2025).
https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/814_1

[3]Клинические рекомендации «Геморрагический инсульт» (дата обращения 13.01.2026).
https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/523_3

[4]Клинические рекомендации «Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака» (дата обращения 17.01.2025).
https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/814_1

(ДН)[4]. Целью ДН являются: выявление прогрессирования, рецидива заболевания, коррекция эпилептического синдрома; у пациентов, оперированных по поводу АВМ, — профилактика развития повторного внутричерепного кровоизлияния. ДН осуществляется врачом-терапевтом для реализации комплекса мер по вторичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, своевременной коррекции терапии и повышения приверженности лечению. Продолжительность ДН: пациентов с АВМ независимо от проводимых лечебных мероприятий и их эффективности — длительно; после эрадикации АВМ и при отсутствии клинических проявлений — не менее 5 лет; во всех остальных случаях — пожизненно.

Основным нормативным правовым актом, регламентирующим проведение ДН пациентов с последствиями САК, внутричерепного кровоизлияния, другого нВЧК, последствиями инфаркта мозга и инсульта, не уточненными как кровоизлияния или инфаркт мозга, а также другими уточненными поражениями сосудов мозга врачом-терапевтом, является Порядок проведения ДН за взрослыми[1]. Ориентировочный алгоритм диспансерного приема (осмотра, консультации) представлен в **таблице 1**.

[1]Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 марта 2022 г. №168н «Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 21 апреля 2022 г., регистрационный №68288). СПС Консультант Плюс (дата обращения 17.01.2025).

Таблица 1. **Алгоритм диспансерного приема (осмотра, консультации) пациента с последствиями субарахноидального кровоизлияния, внутричерепного кровоизлияния, другого нетравматического внутричерепного кровоизлияния, последствиями инфаркта мозга и инсульта, не уточненными как кровоизлияния или инфаркт мозга, а также другими уточненными поражениями сосудов мозга, врачом-терапевтом**

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов, перечень контролируемых показателей	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом
1	**2**	**3**
Последствия субарахноидального кровоизлияния, внутричерепного кровоизлияния, другого нетравматического внутричерепного кровоизлияния, последствия инфаркта мозга и инсульта, не уточненные как кровоизлияния или инфаркт мозга — **I69.0—I69.4** Другие уточненные поражения сосудов мозга — **I67.8**	**Первое посещение:** при взятии под ДН; **Далее:** в первый год ДН — не реже 1 раз в 3 мес, затем не реже 1 раза в 6 мес; **Контролируемые показатели:** вес (ИМТ), окружность талии, статус курения; глюкоза плазмы крови (натощак); АД, ЧСС; ЭКГ; при терапии статинами — трансаминазы и КФК (через 4 недели от начала терапии или при мышечных симптомах); уровень ХС-ЛПНП; **Длительность наблюдения** — пожизненно	**Сбор жалоб с оценкой динамики:** Симптомы нарушения мозгового кровообращения зависят от области мозга, где пострадал кровоток, характера нарушения, длительности дефицита кровоснабжения, общего состояния организма. *Основные клинические симптомы острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) [1]:* Очаговые: — центральные параличи, парезы (моно- или геми-); — нарушения чувствительности по церебральному типу; — нарушения функции черепных нервов; — афазия и другие нарушения высших корковых функций; — экстрапирамидные нарушения; — атаксия (нарушения координации). Общемозговые: — головная боль; — тошнота/рвота; — нарушение уровня сознания (оглушение, сопор, кома); — изменение психического состояния. *Основные последствия перенесенного ОНМК:* — потеря способности передвигаться самостоятельно; — нарушение способности распознания отдельных частей тела; — частые головокружения, шумы в голове, раздвоение картинки перед глазами; — речевая дисфункция: запутанность, сложности в подборе слов и их произношении; — частые потери равновесия, нарушение способности ориентироваться в пространстве; — частичная дисфункция или полный паралич некоторых конечностей, части тела, одной из сторон; — потеря/нарушение зрения, слуха, осязания, обоняния, чувствительности нервных окончаний; — внезапные обмороки; — непроизвольное мочеиспускание; — нарушение мышления, депрессивный синдром на фоне осознания больным своей беспомощности и зависимости от помощи окружающих; — образование пролежней у парализованных пациентов. **Сбор анамнеза (при наличии возможности — у пациента; в иных случаях — у законного представителя и по данным медицинской документации):** — наличие ранее перенесенного нарушения мозгового кровообращения (ИИ, ТИА, ГИ), уточнение временного периода с момента развития острого сосудистого события; — уточнение общего аллергологического анамнеза и сведений о непереносимости лекарственных веществ (в том числе вакцин), процедур; — уточнение наличия сопутствующих заболеваний и их контроля

См. продолжение на сл. странице

Таблица 1. **Алгоритм диспансерного приема (осмотра, консультации) пациента с последствиями субарахноидального кровоизлияния, внутричерепного кровоизлияния, другого нетравматического внутричерепного кровоизлияния, последствиями инфаркта мозга и инсульта, не уточненными как кровоизлияния или инфаркт мозга, а также другими уточненными поражениями сосудов мозга, врачом-терапевтом** *(продолжение)*

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов, перечень контролируемых показателей	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом
1	**2**	**3**
		Физикальное обследование: — общий осмотр с оценкой общего состояния пациента; — осмотр кожных покровов лица, туловища, конечностей; — измерение окружности талии, антропометрия и расчет индекса массы тела (ИМТ); — перкуссия и аускультация сердца и легких; — подсчет частоты сердечных сокращений (ЧСС); — пальпация пульса на лучевых артериях и артериях тыльной поверхности стоп; — измерение артериального давления (АД) по Короткову; — пальпация живота, печени; — наличие и распространенность отеков. *Провести клиническую оценку:* — мышечного тонуса по шкале Эшворта **(Приложение 2)**; — ходьбы и подвижности (индекс мобильности Ривермид) **(Приложение 3)**; — общей инвалидизации и примерной степени зависимости пациента от помощи других лиц (шкала Рэнкина) **(Приложение 4)** **Оценка факторов риска (ФР):** — артериальная гипертензия (АГ); — сахарный диабет (СД); — заболевания сердца **(Приложение 5)**; — заболевания периферических артерий; — дислипидемия; — ожирение; — инсульт в анамнезе; — поведенческие факторы (низкая физическая активность, нерациональное питание, табакокурение и злоупотребление алкоголем); — психосоциальный стресс и депрессия. Для развития ГИ ФР также являются нарушения функции печени, сопровождающиеся тромбоцитопенией, гиперфибринолизом и уменьшением факторов свертывания крови. Подробное описание коррекции ФР приведено в **Приложении 9**. Лабораторные исследования (сравнение показателей с нормой и/или целевым уровнем, анализ динамики): — уровень глюкозы в плазме крови — не реже 1 раза в 3 мес в первый год ДН, затем не реже 1 раза в 6 мес; — уровень холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛПНП) не реже 1 раза в 3 мес в первый год ДН, затем не реже 1 раза в 6 мес; — при терапии статинами — определение активности аспартатаминотрансферазы (АСТ), аланинаминотрансферазы (АЛТ), креатинкиназы (КФК) в крови (через 4 недели от начала терапии, при повышении дозы статина или при мышечных симптомах). Тактика действий врача при выявлении повышенного уровня АЛТ, АСТ, КФК представлена в **Приложении 6**

См. продолжение на сл. странице

Таблица 1. **Алгоритм диспансерного приема (осмотра, консультации) пациента с последствиями субарахноидального кровоизлияния, внутричерепного кровоизлияния, другого нетравматического внутричерепного кровоизлияния, последствиями инфаркта мозга и инсульта, не уточненными как кровоизлияния или инфаркт мозга, а также другими уточненными поражениями сосудов мозга, врачом-терапевтом** (*продолжение*)

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов, перечень контролируемых показателей	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом
1	**2**	**3**
		Инструментальные обследования (сравнение показателей с нормой и/или целевым уровнем, анализ динамики): — электрокардиограмма (ЭКГ) в покое — не реже 1 раза в 3 мес в первый год ДН, затем не реже 1 раза в 6 мес; — УЗИ брахиоцефальных артерий пациентам с ИИ после выполнения каротидной эндартерэктомии или стентирования — через 3 и 6 мес после операции, далее 1 раз в год пожизненно с целью профилактики повторного ИИ; — первое контрольное ангиографическое исследование (КТА или ЦАГ после микрохирургического выключения аневризмы из кровотока; ЦАГ или МРА после эндоваскулярного выключения аневризмы из кровотока) в течение первых 3—12 мес после операции с последующей консультацией врача-нейрохирурга; — повторные контрольные ангиографические исследования (КТА или ЦАГ после микрохирургического выключения аневризмы из кровотока; ЦАГ или МРА после эндоваскулярного выключения аневризмы из кровотока) у пациентов с высоким риском рецидивирования заболевания[1] с последующей консультацией нейрохирурга. Периодичность проведения контрольных ангиографических исследований устанавливается индивидуально. **Уточнение факта приема лекарственных препаратов с оценкой их совместимости:** — показаний и противопоказаний к применению; — наименований, доз и длительности приема. **Определение приверженности к проводимому лечению** и его эффективности по оценке самого пациента, выяснение причин невыполнения ранее назначенного лечения **(Приложение 7)**. **Консультации врачей-специалистов (в том числе с применением телемедицинских технологий[2])**: — врача-невролога (при неэффективности медикаментозной терапии; с целью коррекции проводимой по медицинским показаниям этиотропной терапии у пациентов с постинсультной депрессией); — врача — сердечно-сосудистого хирурга (при рефрактерных симптомах); — врача-кардиолога (при недостижении целевых уровней АД, ЧСС, ХС-ЛПНП).

См. продолжение на сл. странице

[1]К группе пациентов с высоким риском рецидивирования аневризмы головного мозга относят больных с неполным выключением аневризмы из кровотока, наличием пришеечной части аневризмы, с наличием семейного анамнеза, с наличием инфундибулярных расширений устьев интракраниальных артерий, с наличием ряда ассоциированных с аневризмами заболеваний (генетически обусловленные соединительно-тканные заболевания — аутосомно-доминантный поликистоз почек; синдром Элерса—Данло IV типа, синдром Марфана и др.).

[2]Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 ноября 2017 г. №965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 9 января 2018 г., регистрационный №49577). СПС Консультант Плюс (дата обращения 14.11.2024).

Таблица 1. **Алгоритм диспансерного приема (осмотра, консультации) пациента с последствиями субарахноидального кровоизлияния, внутричерепного кровоизлияния, другого нетравматического внутричерепного кровоизлияния, последствиями инфаркта мозга и инсульта, не уточненными как кровоизлияния или инфаркт мозга, а также другими уточненными поражениями сосудов мозга, врачом-терапевтом** (*продолжение*)

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов, перечень контролируемых показателей	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом
1	**2**	**3**
		Оценка достижения целевых показателей здоровья: — контроль массы тела (ИМТ 18,5—24,9 кг/м², окружность талии: у мужчин <94 см, у женщин <80 см); — стойкий отказ от курения и потребления никотинсодержащей продукции; — глюкоза плазмы натощак: <5,6 ммоль/л капиллярная кровь, <6,1 ммоль/л венозная плазма, уровень глюкозы крови через 2 часа после нагрузки в рамках перорального глюкозотолерантного теста <7,8 ммоль/л. Для большинства пациенто в с СД 2 типа адекватным является целевой уровень $HbA1_c$<7,0%; — целевой уровень АД у пациентов с инсультом в анамнезе 18—64 лет: <130/80 мм рт.ст. при переносимости (систолическое АД не <120 мм рт.ст.), у пациентов 65 лет и старше: 130—139/80 мм рт.ст. при переносимости; — ЭКГ без патологических изменений или отсутствие признаков прогрессирования сопутствующего заболевания по результатам ЭКГ; — отсутствие жизнеугрожающих нарушений ритма сердца по данным мониторирования ЭКГ; — уровень ХС-ЛПНП <1,4 ммоль/л и снижение уровня ХС-ЛПНП ⩾50% по сравнению с исходным значением; — уровень ХС-ЛПНП <1,0 ммоль/л при экстремально высоком риске повторных сердечно-сосудистых событий (Шкала глобальной оценки 10-летнего сердечно-сосудистого риска (ССР) — **Приложение 8**); — уровень триглицеридов <2,3 ммоль/л; — референсные значения АЛТ, АСТ, КФК зависят от возраста и пола пациента: — уровень АЛТ в сыворотке крови у мужчин 18 лет и старше <41 ЕД/л, у женщин 18 лет и старше <33 Ед/л; — уровень АСТ в сыворотке крови у мужчин 18 лет и старше <40 Ед/л, у женщин 18 лет и старше <32 Ед/л; — уровень КФК в сыворотке крови у мужчин 18 лет и старше <190 Ед/л, у женщин 18 лет и старше <167 Ед/л; — другие целевые показатели в соответствии с индивидуальным планом лечения по сопутствующим заболеваниям; — наличие положительной динамики функционального восстановления в соответствии с оценочными шкалами (**Приложения 3, 4**). **Краткое профилактическое консультирование (при наличии ФР)** включает обсуждение всех индивидуальных ФР (см. выше), рекомендации по немедикаментозной и медикаментозной профилактике модифицируемых ФР, психоэмоционального стресса и депрессии[1], что важно для всех пациентов, особенно с отягощенным наследственным анамнезом прогностически неблагоприятных заболеваний[2] [2—4].

См. продолжение на сл. странице

[1]Ройтберг Г.Е., Ойноткинова О.Ш., Пузин С.Н. и др. Междисциплинарный экспертный консенсус по вопросам психического здоровья при сердечно-сосудистых заболеваниях. *Профессорский журнал: Серия: медицинские науки*. 2025;3-4:58-81.
https://doi.org/10.18572/2658-7130-2025-3-4-58-81

[2]Обучающий видеофильм «Краткое консультирование курящего пациента 5С» (дата обращения 17.01.2025).
https://ropniz.ru/doctor-pm/doctor/instruction/education

Таблица 1. **Алгоритм диспансерного приема (осмотра, консультации) пациента с последствиями субарахноидального кровоизлияния, внутричерепного кровоизлияния, другого нетравматического внутричерепного кровоизлияния, последствиями инфаркта мозга и инсульта, не уточненными как кровоизлияния или инфаркт мозга, а также другими уточненными поражениями сосудов мозга, врачом-терапевтом** (*продолжение*)

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов, перечень контролируемых показателей	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом
1	**2**	**3**
		Вторичная профилактика повторных сосудистых событий (немедикаментозные методы и лекарственная терапия) (Приложение 9): — назначение /коррекция терапии при наличии показаний; — лечение сопутствующих заболеваний; — учет совместимости лекарственных препаратов. **Определение показаний для направления на госпитализацию:** — при выявлении признаков повторного ОНМК, медицинская помощь оказывается в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи больным с ОНМК[1]; — назначение даты следующего диспансерного осмотра. **Определение индивидуальной маршрутизации пациента при реализации мероприятий по медицинской реабилитации**[2]: Индивидуальная маршрутизация определяется с учетом клинического диагноза заболевания (состояния), реабилитационного диагноза, сведений о реабилитационном потенциале, итогов реализации индивидуального плана медицинской реабилитации (ИПМР), оценки по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ), рекомендаций лечащего врача медицинской организации, осуществляющей медицинскую реабилитацию на первом и (или) втором этапах (в период оказания пациенту специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи) по дальнейшей тактике ведения пациента. Медицинская реабилитация на амбулаторном этапе может осуществляться по направлению врача-терапевта (врача-терапевта участкового), врача общей практики (семейного врача), врача-специалиста, либо по направлению лечащего врача медицинской организации, осуществляющей медицинскую реабилитацию на первом и (или) втором этапах. Градации оценки и описание ШРМ приведены в **Приложении 10**. **Определение показаний и противопоказаний для направления на санаторно-курортное лечение (Приложение 11).** **Направление на вакцинацию (Приложение 12)**: — против гриппа ежегодно в сентябре—октябре; — против пневмококковой инфекции в соответствии с иммунным статусом пациента; — против других инфекционных заболеваний; — составление/коррекция индивидуального плана вакцинопрофилактики.

См. окончание на сл. странице

[1]Приказ Минздрава России от 15.11.2012 №928н (ред. от 21.02.2020) «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения» (зарегистрировано в Минюсте России 27.02.2013 №27353). СПС Консультант Плюс (дата обращения 13.01.2026).

[2]Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 №788н «Об утверждении порядка организации медицинской реабилитации взрослых» (зарегистрирован 25.09.2020 №60039) (дата обращения 17.01.2025).
https://base.garant.ru/401414440/

Таблица 1. **Алгоритм диспансерного приема (осмотра, консультации) пациента с последствиями субарахноидального кровоизлияния, внутричерепного кровоизлияния, другого нетравматического внутричерепного кровоизлияния, последствиями инфаркта мозга и инсульта, не уточненными как кровоизлияния или инфаркт мозга, а также другими уточненными поражениями сосудов мозга, врачом-терапевтом** (*окончание*)

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов, перечень контролируемых показателей	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом
1	**2**	**3**
		Направление пациента с наличием ФР хронических неинфекционных заболеваний в отделение/кабинет медицинской профилактики или центр здоровья для проведения углубленного профилактического консультирования с целью коррекции ФР. **Информирование пациента о результатах проведенного диспансерного приема (осмотра, консультации):** — информирование о течении болезни по данным объективной оценки; — выдача рекомендаций, письменного плана действий и самопомощи, информирование о целевых уровнях показателей здоровья; — информирование о необходимости регулярного ДН; — информирование о необходимости прохождения диспансеризации и ежегодного профилактического медицинского осмотра, а также углубленной диспансеризации[1]; — назначение даты следующего диспансерного осмотра. **Оформление медицинской документации:** — формы №025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях»; — формы №030/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения»[2]; — формы №057/у-04 «Направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию»[3] (при необходимости); — оформление и выдача рецептов

[1]Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 апреля 2021 г. №404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 30 июня 2021 г., регистрационный №64042). СПС Консультант Плюс (дата обращения 17.01.2025).

[2]Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. №834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 февраля 2015 г., регистрационный №36160). СПС Консультант Плюс (дата обращения 17.01.2025).

[3]Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22 ноября 2004 г. №255 «О Порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 декабря 2004 г., регистрационный №6188). СПС Консультант Плюс (дата обращения 17.01.2025).

Приложение 1

Классификация субарахноидального кровоизлияния, внутричерепного кровоизлияния, ишемического инсульта, а также других уточненных поражений сосудов мозга

Таблица 2. **Классификация временных периодов субарахноидального кровоизлияния[1]**

Период	Длительность
1. Острый период	14 дней с момента последнего САК (период, в течение которого чаще всего происходит ухудшение пациентов на фоне отека, вазоспазма и ишемии головного мозга). В этом периоде выделяют острейший период (0—72 часа), когда у пациента клинические проявления обусловлены именно кровоизлиянием (до возникновения вазоспазма).
2. Подострый период	15—31 дней с момента последнего САК (период, в течение которого регрессируют основные осложнения САК).
3. Холодный период	1 месяц и более с момента САК (период, когда могут наблюдаться остаточные нарушения, связанные с перенесенным САК).

Таблица 3. **Классификация временных периодов ишемического инсульта[2]**

Период	Длительность
1. Острейший период	Первые 3 суток
2. Острый период	До 28 суток
3. Ранний восстановительный период	До 6 месяцев
4. Поздний восстановительный период	До 2 лет
5. Период остаточных явлений	После 2 лет

Таблица 4. **Классификация гипертензивных внутримозговых гематом**

По локализации	
1. Лобарные	Локализованные в одной доле мозга
2. Латеральные или путаменальные (самый частый вариант кровоизлияния)	Кровоизлияния в подкорковые образования полушария большого мозга, латерально от внутренней капсулы
3. Медиальные, или таламические	Гематома расположена кнутри от внутренней капсулы
4. Смешанные	Как правило, массивные кровоизлияния, при которых гематома распространяется на несколько анатомических структур
5. Кровоизлияния в заднюю черепную ямку	ВМГ могут формироваться в полушариях мозжечка и в стволе мозга, где наиболее типична локализация на уровне моста
По объему	
Небольшие	До 20—30 мл
Средние	От 30 до 50—60 мл
Большие	Свыше 60 мл

До 90% кровоизлияний локализуются в больших полушариях головного мозга, с примерно равным распределением частоты вариантов 1—4. В задней черепной ямке ВМГ чаще образуются в полушариях мозжечка.

Объем ВМГ имеет принципиально важное значение для выработки тактики лечения и прогнозирования исхода.

[1]Клинические рекомендации «Геморрагический инсульт» (дата обращения 13.01.2026). https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/523_3

[2]Клинические рекомендации «Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака» (дата обращения 17.01.2025). https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/814_1

Таблица 5. **Классификация аневризм головного мозга**

По месту возникновения	— бифуркационные — стволовые
По форме	— мешотчатые (около 90% АГМ, одно- или многокамерные) — фузиформные
По количеству	— одиночные (80%) — множественные (20%)
По размеру	— милиарные аневризмы (до 2 мм включительно) — среднего размера (3—14 мм) — большого размера (15—24 мм) — гигантские АГМ (25 мм и более)

В 90% случаев АГМ располагаются в передних отделах АКБМ, 10% — в задних отделах (вертебробазилярном бассейне) АКБМ.

Классификации артериовенозных мальформаций

Для оценки АВМ наибольшую популярность приобрела шкала Spetzler—Martin (S-M), в основе которой лежит оценка трех характеристик АВМ по данным ангиографии и КТ/МРТ головы:

1) размера;
2) локализации относительно функционально значимой области (ФЗО): сенсомоторная, речевая и зрительная кора, таламус и гипоталамус, ствол, ядра мозжечка;
3) характера дренирования крови в венозную систему мозга.

Таблица 6. **Шкала Spetzler—Martin (1986)**

Анатомическая форма АВМ		Количество баллов
Максимальный размер АВМ	Менее 3 см	1
	3—6 см	2
	Более 6 см	3
Наличие глубинного дренирования*	Нет	0
	Да	1
Локализация АВМ в функционально значимой зоне**	Нет	0
	Да	1

Примечание. * — дренаж АВМ считают глубинным, если отток крови хотя бы по одной из вен происходит в вену Галена, внутренние вены мозга, базальные вены Розенталя и прецентральные мозжечковые вены; ** — функционально значимые зоны: сенсомоторная, речевая, зрительная кора, гипоталамус, таламус, внутренняя капсула, ствол мозга, ножки и глубокие ядра мозжечка.

В соответствии с количеством баллов, выделено пять степеней риска хирургического вмешательства:

— I—II степень (1—2 балла) — риск неврологического дефицита низкий, рекомендуется операция;
— III степень (3 балла) — риск умеренный, операция по индивидуальным показаниям;
— IV—V (4—5 баллов) — риск высокий, целесообразно консервативное ведение.

Приложение 2

Модифицированная шкала Эшворта для клинической оценки повышенного мышечного тонуса у пациентов после перенесенного нарушения мозгового кровообращения[3]

Балл	Описание
0	Мышечный тонус не повышен.
1	Легкое повышение тонуса в виде кратковременного напряжения и быстрого расслабления мышцы или минимального сопротивления в конце пассивного сгибания или разгибания.
1+	Легкое повышение тонуса в виде кратковременного напряжения мышцы с минимальным сопротивлением при продолжении пассивного движения (менее половины амплитуды).
2	Более выраженное повышение мышечного тонуса, ощущаемое во время выполнения почти всего пассивного движения; при этом пораженный(е) сегмент(ы) конечности легко поддаются движению.
3	Значительное повышение мышечного тонуса, пассивные движения затруднены.
4	Пораженный(е) сегмент(ы) неподвижны при сгибании или разгибании.

Пояснения:

1. Пациент должен лежать на спине.
2. При исследовании мышцы-сгибателя придайте конечности положение наибольшего сгибания и максимально разогните ее за 1 секунду (скажите про себя «одна тысяча один»).
3. При исследовании мышцы-разгибателя придайте конечности положение наибольшего разгибания и максимально согните ее за 1 секунду (скажите про себя «одна тысяча один»).
4. Определите баллы, используя приведенные ниже правила. Перед проведением исследования попросите пациента расслабиться.

Ключ (интерпретация):

0 — мышечный тонус не повышен;
1 — легкое повышение тонуса в виде кратковременного напряжения и быстрого расслабления мышцы или минимального сопротивления в конце пассивного сгибания или разгибания;
1+ — легкое повышение тонуса в виде кратковременного напряжения мышцы с минимальным сопротивлением при продолжении пассивного движения (менее половины амплитуды);
2 — более выраженное повышение мышечного тонуса, ощущаемое во время выполнения почти всего пассивного движения; при этом пораженные сегменты конечности легко поддаются движению;
3 — значительное повышение мышечного тонуса, пассивные движения затруднены;
4 — пораженные сегменты неподвижны при сгибании или разгибании.

Максимальное количество баллов (4) соответствует значительному повышению мышечного тонуса.
Отсутствие повышенного мышечного тонуса — 0 баллов.

[3]Клинические рекомендации «Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака» (дата обращения 27.12.2024). https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/814_1

Приложение 3

Индекс мобильности Ривермид для оценки ходьбы и подвижности пациента[4]

Балл	Навык	Вопрос
0	Пациент обездвижен	Какие движения есть у пациента в течение дня?
1	Повороты в кровати	Можете ли Вы повернуться со спины на бок без посторонней помощи?
2	Переход из положения лежа в положение сидя	Можете ли Вы из положения лежа самостоятельно сесть на край постели?
3	Удержание равновесия в положении сидя	Можете ли Вы сидеть на краю постели без поддержки в течение 10 секунд?
4	Переход из положения сидя в положение стоя	Можете ли Вы встать (с любого стула) менее чем за 15 секунд и удерживаться в положении стоя около стула 15 секунд (с помощью рук или, если требуется, с помощью вспомогательных средств)?
5	Стояние без поддержки	Наблюдают, как пациент без опоры простоит 10 секунд
6	Перемещение	Можете ли Вы переместиться с постели на стул и обратно без какой-либо помощи?
7	Ходьба по комнате, в том числе с помощью вспомогательных средств, если это необходимо	Можете ли Вы пройти 10 метров, используя при необходимости вспомогательные средства, но без помощи постороннего лица?
8	Подъем по лестнице	Можете ли Вы подняться по лестнице на один пролет без посторонней помощи?
9	Ходьба за пределами квартиры (по ровной поверхности)	Можете ли Вы ходить за пределами квартиры, по тротуару без посторонней помощи?
10	Ходьба по комнате без применения вспомогательных средств	Можете ли Вы пройти 10 метров в пределах квартиры без костыля, ортеза и без помощи другого лица?
11	Поднятие предметов с пола	Если Вы уронили что-то на пол, можете ли Вы пройти 5 метров, поднять предмет, который Вы уронили, и вернуться обратно?
12	Ходьба за пределами квартиры (по неровной поверхности)	Можете ли Вы без посторонней помощи ходить за пределами квартиры по неровной поверхности (трава, гравий, снег и т.п.)?
13	Прием ванны	Можете ли Вы войти в ванну (душевую кабину) и Выйти из нее без присмотра, Вымыться самостоятельно?
14	Подъем и спуск на 4 ступени	Можете ли Вы подняться на 4 ступени и спуститься обратно, не опираясь на перила, но при необходимости используя вспомогательные средства?
15	Бег	Можете ли Вы пробежать 10 метров, не прихрамывая, за 4 секунды (допускается быстрая ходьба)?

Ключ (интерпретация): значение индекса может составлять от 0 (невозможность самостоятельного выполнения каких-либо произвольных движений) до 15 (возможность пробежать 10 метров).

Пояснения: значение индекса соответствует баллу, присвоенному вопросом, на который врач может дать положительный ответ в отношении пациента.

[4]Клинические рекомендации «Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака» (дата обращения 17.01.2025). https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/814_1

Приложение 4

Модифицированная шкала Рэнкина для оценки общей инвалидизации и примерной степени зависимости больного от помощи других лиц[5, 6]

Балл	Описание
0	Симптомы отсутствуют
1	Несмотря на наличие симптомов заболевания, признаков инвалидизации нет; пациент может выполнять все привычные виды деятельности
2	Незначительная инвалидизация; пациент не способен выполнять привычную деятельность в полном объеме, но посторонняя помощь в повседневной деятельности не требуется
3	Умеренная инвалидизация; требуется помощь в повседневной деятельности; пациент ходит самостоятельно
4	Выраженная инвалидизация; требуется помощь при ходьбе и в удовлетворении физиологических потребностей
5	Тяжелая инвалидизация; пациент прикован к постели, страдает недержанием мочи и кала; требуется постоянный уход
6	Пациент умер

Ключ (интерпретация):

0 баллов соответствует отсутствию у пациента ограничений жизнедеятельности, в том числе незначительных.

1 балл соответствует отсутствию у пациента существенных нарушений, несмотря на наличие некоторых симптомов. Пациент может выполнять все свои обычные действия и обязанности.

2 балла соответствуют легкой степени инвалидности. Пациент не способен выполнять прежние действия, но может справляться с повседневными обязанностями без посторонней помощи.

3 балла соответствуют умеренной степени инвалидности. Пациент нуждается в некоторой посторонней помощи, но может самостоятельно ходить (в том числе с использованием приспособлений для ходьбы или ходунков).

4 балла соответствуют выраженной степени инвалидности. Пациент не способен ходить и обслуживать себя без посторонней помощи.

5 баллов соответствуют тяжелой степени инвалидности. Пациент прикован к постели, страдает недержанием мочи и кала. Требуется постоянный уход.

Пояснения: специалист, выполняющий оценку, не должен пытаться разделить инвалидизацию ввиду инсульта и инвалидизацию по другим причинам.

[5]Клинические рекомендации «Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака» (дата обращения 27.12.2024). https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/814_1

[6]Клинические рекомендации «Геморрагический инсульт» (дата обращения 13.01.2026). https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/523_3

Приложение 5

Источники кардиоэмболического риска ИИ[7]

	Заболевания сердца
Высокий кардиоэмболический риск	Фибрилляции и трепетания предсердий
	Тромб левого предсердия, левого желудочка
	Синдром слабости синусового узла
	Митральный стеноз или ревматическое поражение клапанов
	Биопротезы и механические клапаны
	Недавний инфаркт миокарда (ИМ) (<1 мес до инсульта)
	Последствия ИМ со снижением фракции выброса (<28%)
	Дилатационная кардиомиопатия (ранее установленный диагноз или дилатация левого желудочка с фракцией выброса <40% или фракцией укорочения <25%)
	Инфекционный эндокардит, небактериальный тромботический эндокардит
	Папиллярная фиброэластома
	Миксома левого предсердия
Низкий и неопределенный кардиоэмболический риск	Кальциноз митрального кольца
	Открытое овальное окно и/или аневризма межпредсердной перегородки
	Аневризма левого желудочка без тромба
	Феномен спонтанного эхоконтрастирования в левом предсердии
	Застойная сердечная недостаточность с фракцией выброса <30%
	Нарушения движения стенок (гипокинезия, акинезия, дискинезия), апикальная акинезия
	Гипертрофическая кардиомиопатия, гипертрофия левого желудочка
	Гипертрабекулярность/некомпактность левого желудочка
	Отдельно в качестве источника низкого и неопределенного риска выделяют атерому в восходящей аорте или проксимальной части дуги (>4 мм или мобильная или изъязвленная бляшка)

[7]Клинические рекомендации «Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака» (дата обращения 27.12.2024). https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/814_1

Приложение 6

Лабораторный контроль безопасности и эффективности (показатели, кратность) до и во время гиполипидемической терапии[8]

	АЛТ и ферменты мышечной ткани
Частота лабораторного контроля АЛТ, АСТ	— до начала гиполипидемической терапии или изменения дозировок; — однократно через 8—12 нед. от начала гиполипидемической терапии; — рутинный контроль в дальнейшем не рекомендован (за исключением появления симптомов возможного поражения печени); — на фоне приема фибратов
Действия врача при выявлении повышенного уровня АЛТ на фоне гиполипидемической терапии	**Повышение АЛТ <3N*:** — продолжить гиполипидемическую терапию; — повторный контроль АЛТ через 4—6 нед **Повышение АЛТ >3N:** — отмена гиполипидемической терапии; — контроль АЛТ через 4—6 нед. после отмены; — возобновление гиполипидемической терапии после нормализации АЛТ; — при сохранении повышенного уровня АЛТ — поиск других возможных причин повышения АЛТ
Мониторинг КФК	***До начала гиполипидемической терапии или изменения дозировок:*** — при повышении исходно уровня КФК >4N гиполипидемическую терапию не начинать Мониторинг на фоне гиполипидемической терапии: — рутинно не рекомендован; — выполняется при появлении миалгии/мышечной слабости Факторы риска миопатии/повышения КФК на фоне гиполипидемической терапии: — пожилой возраст, прием сопутствующей терапии (с возможным неблагоприятным взаимодействием с гиполипидемическими препаратами); — спортсмены; — патология печени, почек **Повышение КФК <4N:** — при отсутствии симптомов миопатии прием статина продолжить (при появлении симптомов пациент должен обратиться к врачу для лабораторного определения уровня КФК); — при наличии симптомов миопатии необходим регулярный мониторинг КФК; — если симптомы миопатии сохраняются, необходимо отменить прием статина, провести повторную оценку симптомов и уровня КФК через 6 нед. после отмены; — после исчезновения симптомов и нормализации КФК возобновить назначение статина в меньшей дозе, с режимом приема через день или 2 раза в неделю возможна комбинированная гиполипидемическая терапия **Повышение КФК ⩾4N** — оценить показания для назначения статина **Повышение КФК >10N:** — отмена статина; — контроль функции почек мониторинг КФК каждые 2 недели **Повышение КФК <10N, симптомы миопатии отсутствуют:** — продолжить терапию статином, мониторинг КФК осуществлять через 2—6 нед **Повышение КФК <10N, симптомы миопатии присутствуют:** — отмена статина;— мониторинг уровня КФК до его нормализации; — после нормализации уровня КФК возобновление терапии статином в меньшей дозе; — исключение других причин возможного повышения КФК (физическая нагрузка); — если уровень КФК сохраняется высоким при мониторинге — подтверждение развития миопатии

Примечание. *N — верхняя граница нормы.

[8]Клинические рекомендации «Нарушения липидного обмена» (дата обращения 27.12.2025). https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/752_1

Приложение 7

Шкала приверженности Национального общества доказательной фармакотерапии

Опросник для оценки приверженности лекарственной терапии «Общая фактическая приверженность» (модифицированный вариант)[9] [5]

Нарушаете ли Вы рекомендации Вашего лечащего врача в отношении приема лекарственных препаратов (регулярности приема, соблюдения дозировки препарата, кратности и времени приема лекарственного средства и т.д.)? *(можно выбрать только один ответ)*	
☐ 1. Да, я не стал принимать назначенные препараты	4 балла
☐ 2. Да, я прекратил начатый прием препаратов	3 балла
☐ 3. Да, я принимаю лекарство нерегулярно, самостоятельно прекращаю прием лекарства или меняю дозу, кратность, время приема препаратов	2 балла
☐ 4. Да, я иногда забываю принять препараты	1 балл
☐ 5. Нет, я принимаю лекарства строго согласно рекомендациям врача	0 баллов

Если Вы не стали принимать или прекратили прием назначенных лекарственных препаратов, назовите ведущую причину этого (можно выбрать только один ответ)
☐ 1. Забываю принять препараты
☐ 2. Опасаюсь побочных эффектов, вреда здоровью при длительном приеме лекарств
☐ 3. Возникли побочные эффекты лекарственной терапии
☐ 4. Отсутствие ощутимого эффекта (улучшения) от лечения
☐ 5. Принимаю очень много разных лекарственных препаратов
☐ 6. У меня очень сложная схема приема лекарств (много раз в день, помногу таблеток)
☐ 7. Высокая цена препаратов
☐ 8. Сомневаюсь в необходимости назначенного мне лечения
☐ 9. Не хочу принимать лекарства постоянно, длительно
☐ 10. Другое (укажите)_____ _____

Примечание. В экземплярах Шкалы приверженности, выдаваемых пациентам для заполнения, не следует оставлять ключ к опроснику, чтобы пациент не видел возможных результатов опроса.

Ключ (интерпретация):
0 баллов — полная приверженность;
1 балл — частичная, неполная приверженность, ненамеренные нарушения врачебных рекомендаций;
2 балла — частичная, неполная приверженность, намеренные нарушения врачебных рекомендаций;
3 балла — частичная, вторичная неприверженность;
4 балла — полная, первичная неприверженность.

[9]Бланк опросника размещен на сайте Российского общества профилактики неинфекционных заболеваний и доступен к скачиванию по ссылке https://ropniz.ru/doctors/data/scales-questionnaires (дата обращения: 12.12.2025).

Приложение 8

Шкала глобальной оценки 10-летнего сердечно-сосудистого риска[10, 11]

Экстремальный	Сочетание клинически значимого сердечно-сосудистого заболевания[1], вызванного атеросклерозом, с СД 2 типа и/или СГХС или два сердечно-сосудистых события (осложнения) в течение 2 лет[2] у пациента с ССЗ, вызванным атеросклерозом, несмотря на оптимальную гиполипидемическую терапию[3] и/или достигнутый уровень ХС-ЛПНП ⩽1,4 ммоль/л
Очень высокий	Документированное атеросклеротическое ССЗ, клинически или по результатам обследования, включая перенесенный острый коронарный синдром, стабильную стенокардию, чрескожное коронарное вмешательство, коронарное шунтирование или другие операции на артериях, инсульт/ТИА, поражения периферических артерий Документированное ССЗ по результатам визуализации: значимая бляшка (стеноз ⩾50%) по данным ангиографии или ультразвукового исследования; не включает увеличение толщины комплекса интима-медиа (КИМ)[2] СД + поражение органов-мишеней, ⩾3 ФР, а также раннее начало СД 1 типа с длительностью >20 лет ХБП с СКФ <30 мл/мин/1,73 м^3 SCORE-2 для лиц в возрасте <50 лет ⩾7,5%, для лиц 50—69 лет ⩾10% и SCORE-2-OP для лиц в возрасте ⩾70 лет ⩾15% СГХС в сочетании с ФР
Высокий	Значимо выраженный ФР — ХС >8 ммоль/л и/или ХС-ЛПНП >4,9 ммоль/л и/или АД ⩾180/110 мм рт.ст. СГХС без ФР СД без поражения органов-мишеней, СД ⩾10 лет или с ФР — ХБП с СКФ 30—59 мл/мин/1,73 м^4 SCORE-2: 2,5—7,5% (<50 лет), 5—10% (50—69 лет), 7,5—15% (>70 лет)
Умеренный	Молодые пациенты (СД 1 типа моложе 35 лет, СД 2 типа моложе 50 лет) с длительностью СД <10 лет без поражения органов мишеней и ФР SCORE-2: <2,5% (<50 лет), <5% (50—69 лет), <7,5 (>70 лет)
Низкий	SCORE-2: <2,5% (<50 лет), <5% (50—69 лет), <7,5 (>70 лет)

Примечание. АГ — артериальная гипертензия, ХБП — хроническая болезнь почек, СКФ — скорость клубочковой фильтрации, ТИА — транзиторная ишемическая атака, ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания, АСБ — атеросклеротическая бляшка, СГХС — семейная гиперхолестеринемия, ФР — фактор риска.
[1]Ишемическая болезнь сердца (ИБС): стенокардия напряжения 3—4 ФК, нестабильная стенокардия, перенесенный инфаркт миокарда, ишемический инсульт, чрескожное коронарное вмешательство, операция коронарного шунтирования, ангиопластика сонных артерий или артерий нижних конечностей, каротидная эндартерэктомия, подвздошно-бедренное, бедренно-подколенное шунтирование.
[2]Атеросклеротическая бляшка определяется как локальное утолщение стенки на >50% по сравнению с толщиной стенки сосуда в ближайших участках, или как локальный участок сосудистой стенки с КИМ >1,5 мм, выступающий в просвет.
[3]Инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия, перемежающаяся хромота, ТИА/ИИ.
[4]Назначение ингибиторов ГМК-КОА-редуктазы в максимально переносимых дозах в сочетании с эзетимибом.

[10]Клинические рекомендации «Артериальная гипертензия у взрослых» https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/62_3 (дата обращения 17.12.2025).
[11]Клинические рекомендации «Нарушения липидного обмена» https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/752_1 (дата обращения 17.01.2025).

Приложение 9

Вторичная профилактика риска повторных сосудистых событий

Адаптировано из Клинических рекомендаций «Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака», 2024[12].

В настоящих методических рекомендациях приведены нелекарственные методы (коррекция факторов риска, модификация образа жизни) и лекарственная терапия (антигипертензивные, антитромботические средства, статины) как основные направления вторичной профилактики ИИ.

Таблица 7. **Влияние изменения образа жизни на уровень липидов[13]**

Изменения образа жизни для снижения уровня общего холестерина и ХС-ЛПНП	
Исключение трансжиров	++
Снижение употребления насыщенных жиров	++
Увеличить потребление пищевых волокон	++
Употребление продуктов, богатых фитостеролами	++
Красный дрожжевой рис	++
Снижение избыточной массы тела	++
Снижение количества холестерина с пищей	+
Повышение уровня регулярной физической активности	+
Изменения образа жизни для снижения уровня триглицеридов	
Снижение избыточной массы тела	+
Исключение алкоголя	+++
Повышение уровня регулярной физической активности	++
Снижение общего количества углеводов, поступающих с пищей	++
Применение омега-3 ПНЖК в качестве пищевой добавки	++
Снижение потребления моно- и дисахаридов	++
Замена насыщенных жиров моно- и полиненасыщенными жирам	+
Изменения образа жизни для повышения уровня ХС ЛВП	
Снижение потребления трансжиров	++
Повышение уровня регулярной физической активности	+++
Снижение избыточной массы тела	++
Снижение количества углеводов, поступающих с пищей, и замена их на ненасыщенные жиры	++
Умеренное употребление алкоголя	++
Прекращение курения	+

Примечание. +++ — общее соглашение об эффективности влияния на уровень липидов; ++ — менее выраженное влияние на уровень липидов; имеющиеся свидетельства/мнения специалистов указывают на эффективность мероприятий; + — противоречивые сведения.

[12]Клинические рекомендации «Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака» (дата обращения 27.12.2025). https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/814_1

[13]Клинические рекомендации «Нарушения липидного обмена» (дата обращения 17.12.2025). https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/752_1

Таблица 8. **Рекомендации по питанию[1]**

Вид продукта	Употреблять предпочтительно	Употреблять умеренно	Употреблять редко и в ограниченных количествах
Злаки	Цельнозерновые	Рафинированный хлеб, рис и макаронные изделия, печенье, кукурузные хлопья	Пирожные, кексы, пирожки, круассаны
Овощи	Сырые и обработанные овощи	Картофель	Овощи, приготовленные с маслом или сливками
Бобовые	Чечевица, фасоль, бобы, горох, нут, соя		
Фрукты	Свежие и замороженные фрукты	Сухофрукты, желе, варенье, консервированные фрукты, шербет, фруктовое мороженое, фруктовый сок	
Сладости и подсластители	Некалорийные подсластители	Сахароза, мед, шоколад, конфеты	Мороженое, фруктоза, безалкогольные напитки
Мясо и рыба	Постная и жирная рыба, мясо птицы без кожи	Постная вырезка говядины, баранины, свинины или телятины, морепродукты, моллюски и ракообразные	Колбасы, салями, бекон, свиные ребрышки, хот-доги, мясные субпродукты
Молочная пища и яйца	Обезжиренное молоко и йогурт	Молоко, сыры со сниженным содержанием жира, другие молочные продукты, яйца	Обычный сыр, сливки, цельное молоко и йогурт
Приправы	Уксус, горчица, обезжиренные приправы	Оливковое масло, нетропические растительные масла, мягкие маргарины, майонез, кетчуп	Трансжиры и твердые маргарины, пальмовое, кокосовое и сливочное масло, сало
Орехи		Все несоленые (кроме кокоса)	Кокос
Приготовление пищи	Гриль, пароварение	Обжаривание	Жарка

[1]Клинические рекомендации «Нарушения липидного обмена» (дата обращения 17.01.2025). https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/752_1

Модификация образа жизни

Питание

— Рекомендуется взрослым пациентам с ИИ/ТИА придерживаться диеты средиземноморского типа с акцентом на мононенасыщенные жиры, растительную пищу и потребление рыбы, либо с добавлением высококачественного оливкового масла первого отжима или орехов, что предпочтительнее просто соблюдения диеты с низким содержанием жира для снижения риска повторного инсульта **(таблицы 7, 8)**.

— Рекомендуется взрослым пациентам с ИИ/ТИА, не ограничивающим в повседневной жизни потребление натрия с пищей, уменьшение потребления соли (натрия хлорида) по крайней мере на 2,5 г/сут. (на 1 г/сут. натрия) для снижения риска ССЗ, включая инсульт.

Физическая активность

— Рекомендуется физически активным взрослым пациентам с ИИ/ТИА аэробная физическая нагрузка средней интенсивности по крайней мере в течение минимум 10 мин 4 раза в неделю, или аэробная физическая нагрузка высокой интенсивности в течение минимум 20 мин два раза в неделю для снижения риска повторного инсульта, смерти от повторного инсульта, инфаркта или других сосудистых причин.

— Рекомендуется взрослым пациентам с ИИ/ТИА, вынужденным вести сидячий образ жизни, с целью поддержания нормального функционирования сердечно-сосудистой системы прерывать нахождение в сидячем положении стоянием или легкими нагрузками длительностью 3 мин. каждые 30 мин.

— Рекомендуется взрослым пациентам с ИИ/ТИА избегать воздействия окружающего табачного дыма (пассивного табакокурения), а продолжающим курить прекратить курение (или сократить ежедневное курение) для снижения риска повторного инсульта.

— Рекомендуется взрослым пациентам с ИИ/ТИА, которые употребляют алкоголь более двух стандартных доз в день для мужчин или более одной стандартной дозы в день для женщин, отказаться или сократить потребление алкоголя, чтобы снизить риск повторного инсульта (одна стандартная доза = 14 г, или 17,7 мл чистого этилового спирта).

— Рекомендуется взрослым пациентам с ИИ/ТИА, страдающим избыточным весом или ожирением, снижение веса и изменение образа жизни для улучшения профиля факторов риска ССЗ и снижения риска повторного инсульта.

Лекарственная терапия

Артериальная гипертензия

— Рекомендуется взрослым пациентам с ИИ и ТИА, страдающим гипертонической болезнью, назначать препараты из групп тиазидных диуретиков (тиазидов), инги-

биторов АПФ и антагонистов рецепторов ангиотензина II с целью контроля уровня АД и уменьшения риска повторного ИИ.

— Рекомендуется для большинства взрослых пациентов с ИИ и ТИА, страдающих гипертонической болезнью, достижение целевого значения АД менее 130/80 мм рт.ст., с целью уменьшения повреждения головного мозга и других органов-мишеней и снижения риска повторного ИИ, внутричерепного кровоизлияния и других сердечно-сосудистых событий (ССС).

— Всем пациентам с АГ после ИИ или ТИА моложе 65 лет рекомендуется снижать САД до целевых значений 120—130 мм рт. ст. в связи с доказанными преимуществами в отношении снижения сердечно-сосудистой смертности[14].

Комментарий: *достижение целевого уровня АД должно быть осуществлено в течение трех месяцев с шагом титрации (увеличение дозировки препаратов или переход на 2 / 3-компонентную схему терапии) приблизительно 4 недели. Достижение целевого уровня АД менее 130/80 мм рт.ст. может быть нецелесообразно у пациентов старше 80 лет, при развитии инсульта на фоне диссекции прецеребральных артерий, при гемодинамически значимых стенозах брахиоцефальных артерий.*

— Рекомендуется взрослым пациентам с ИИ и ТИА без подтвержденного диагноза гипертонической болезни, но имеющим уровень АД более 130/80 мм рт.ст., назначение монотерапии гипотензивным препаратом (ингибиторы АПФ) и антагонисты рецепторов ангиотензина II) с целью снижения риска повторного ИИ, внутричерепного кровоизлияния и других ССС.

Дислипидемия

— Рекомендуется большинству взрослых пациентов с ИИ и ТИА назначение гиполипидемической терапии (ингибиторы ГМГ-КоА-редуктазы) с достижением целевого уровня ХС-ЛПНП <1,4 ммоль/л или по крайней мере снижением уровня ХС-ЛПНП ⩾50% по сравнению с исходным значением с целью уменьшения прогрессирования атеросклеротического повреждения сосудов и снижения риска повторного инсульта.

— Рекомендуется взрослым пациентам с ИИ, имеющим экстремально высокий риск повторных ССС, достижение целевого значения ХС-ЛПНП <1,0 ммоль/л с целью снижения риска повторного инсульта.

— Рекомендуется взрослым пациентам с ИИ/ТИА исследование уровня липопротеинов в крови с целью коррекции и инициации липидснижающей терапии для снижения риска повторного инсульта.

— Рекомендуется взрослым пациентам с ИИ/ТИА, имевшими ранний дебют (младше 45 лет) атеросклеротического заболевания сердца (ИБС, инфаркт миокарда, ИИ/ТИА, ишемия нижних конечностей), исследование уровня липопротеинов в крови с целью коррекции и инициации липидснижающей терапии для снижения риска повторного инсульта.

— Рекомендуется большинству взрослых пациентов с ИИ/ТИА назначение высокоинтенсивной терапии статинами[15] (ингибиторы ГМГ-КоА-редуктазы) в максимально переносимых дозах для достижения целевого уровня ХС-ЛПНП с целью снижения риска развития ССС.

— Рекомендуется взрослым пациентам старше 75 лет, перенесшим ИИ/ТИА, при наличии показаний начинать умеренно-интенсивную терапию статинами[16] с целью снижения риска повторного инсульта.

— Рекомендуется пациентам старше 75 лет с ИИ/ТИА, ранее получавшим высокоинтенсивную терапию статинами, продолжить терапию статинами с целью снижения риска повторного инсульта, не изменяя режим интенсивности.

— Рекомендуется взрослым пациентам с ИИ/ТИА, не достигшим целевых значений ХС-ЛПНП на фоне терапии максимально переносимыми дозами статинов в течение 4—12 недель, добавление к терапии эзетимиба с целью снижения риска повторного инсульта.

— Рекомендуется взрослым пациентам с ИИ/ТИА и непереносимостью статинов[17] назначение эзетимиба с целью достижения целевого значения ХС-ЛПНП с целью снижения риска повторного инсульта.

— Рекомендуется взрослым пациентам с ИИ/ТИА добавление к проводимой терапии статинами и эзетемибом PCSK9-таргетную терапию (алирокумаб, эволокумаб, инклисиран) с целью достижения целевого значения ХС-ЛПНП.

— Рекомендуется взрослым пациентам с ИИ/ТИА оценка эффективности проводимой гиполипидемической терапии, ее безопасности и приверженности пациента к проводимому лечению (включая изменение образа жизни).

Комментарий: *целесообразно проводить оценку лабораторных параметров (измерение уровня липидов натощак, АЛТ, АСТ) спустя 4—12 недель после начала приема статинов или увеличения их дозы. После достижения целевого уровня ХС-ЛПНП и ТГ (целевое значение для ТГ — менее 1,7 ммоль/л) рекомендован ежегодный лабораторный контроль (при отсутствии проблем с приверженностью пациента или других конкретных причин более частого мониторинга). Рутинный контроль печеночных ферментов во время лечения статинами не рекомендуется, за исключением наличия симптомов, свидетельствующих о патологии печени.*

Некардиоэмболический инсульт или ТИА. Антитромботическая терапия

— Рекомендуется взрослым пациентам с некардиоэмболическим ИИ и ТИА антиагрегантная терапия для снижения риска повторного ИИ.

[14]Клинические рекомендации «Артериальная гипертензия у взрослых» (дата обращения 27.12.2025). https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/62_3

[15]Комментарий: под высокоинтенсивной терапией статинами подразумевается назначение аторвастатина в дозах 40—80 мг/сут. или розувастатина в дозах 20—40 мг/сут. При повышении уровня триглицеридов (ТГ) выше целевого значения (1,7 ммоль/л) назначение статинов также является терапией первой линии.

[16]Комментарий: под умеренно интенсивной терапией статинами подразумевают назначение аторвастатина 10—20 мг/сут., розувастатина 5—10 мг/сут.

[17]Комментарий: под непереносимостью статинов понимается развитие побочных эффектов после отмены и повторного рестарта терапии, в том числе с назначением другого статина и/или в сниженной дозе.

Таблица 9. **Шкала инсульта Национального института здоровья для оценки тяжести неврологического дефицита у пациентов с инсультом (National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS))**

Баллы по шкале NIHSS	Степень тяжести инсульта
0	Отсутствие неврологического дефицита
1—4	Легкая степень
5—15	Средняя степень
16—20	Тяжелая степень
21—42	Очень тяжелая степень

Таблица 10. **Шкала ABCD2 для оценки риска инсульта после перенесенной ТИА**

Характеристика	Числовое выражение
Возраст после 60 лет	1
Сахарный диабет	1
Систолическое АД >140 мм рт.ст. или диастолическое АД >90 мм рт.ст.	1
Продолжительность	⩾60 минут (2 балла), 10—59 минут (1 балл)
Нарушения речи при отсутствии других очаговых симптомов	1
Очаговая симптоматика	2

Комментарий: *взрослым пациентам с некардиоэмболическим ИИ и ТИА назначается антиагрегантная терапия (ацетилсалициловая кислота (АСК) в дозе 75—150 мг/сут. или клопидогрел 75 мг/сут.) для снижения риска повторных ССС.*

— Рекомендуется взрослым пациентам с малым (балл по NIHSS 3 балла и менее, **таблица 9**) некардиоэмболическим ИИ или ТИА высокого риска (более 3 баллов по шкале ABCD2, **таблица 10**) ранняя (начало через 12—24 ч с момента появления симптомов (возможно позже, но не позже чем через 7 сут. с момента появления симптомов) двойная антиагрегантная терапия (АСК и клопидогрел продолжительностью не менее 21 суток (но не более 90 суток) с последующим переходом на монотерапию антиагрегантным препаратом (АСК (антиагреганты кроме гепарина) и клопидогрел (антиагреганты кроме гепарина)) для снижения риска повторного ИИ.

Оценка проводится в условиях стационара.

NIHSS состоит из 11 пунктов, каждый из которых оценивает определенную способность по шкале от 0 до 4. Для каждого пункта оценка 0 обычно указывает на нормальное функционирование конкретной способности, в то время как более высокая оценка указывает на некоторый уровень нарушения[18].

Баллы, полученные по каждому пункту, суммируются для расчета общего показателя NIHSS у пациента. Максимально возможный балл — 42, минимальный — 0.

Ключ (интерпретация)

Группы риска по шкале ABCD2:
— низкий риск = 0—3 балла;
— умеренный риск = 4—5 баллов;
— высокий риск = 6—8 баллов.

Оценка риска инсульта производится в течение 2, 7 и 90 дней после перенесенной ТИА.

— Рекомендуется взрослым пациентам с некардиоэмболическим ИИ с неврологическим дефицитом менее 6 баллов по NIHSS или ТИА высокого риска (более 5 баллов по шкале ABCD2), или любой ТИА при наличии симптомного стеноза не менее 50% экстракраниальной или интракраниальной артерии ранняя (в течение суток) двойная антиагрегантная терапия (АСК и тикагрелор) продолжительностью 30 сут. для снижения риска повторного ИИ.
— Не рекомендуется (ввиду высокого риска кровотечения) взрослым пациентам с некардиоэмболическим ИИ или ТИА использование двойной антиагрегантной терапии (АСК и клопидогрел) продолжительностью более 90 сут. или тройной антиагрегантной терапии для снижения риска повторного ИИ.

Комментарий. *Под высоким риском кровотечения[19] понимают наличие у больного внутричерепного кровоизлияния или другой внутричерепной патологии в анамнезе (кроме ИИ давностью более одного месяца), недавнего кровотечения из желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) или анемии вследствие потери крови из ЖКТ, другой патологии ЖКТ, ассоциирующейся с повышенным риском кровотечения, печеночной недостаточности, геморрагического диатеза, старческого возраста и синдрома «хрупкости», хронической болезни почек, требующей диализа или рСКФ <15 мл/мин/1,73 м^2.*

— Рекомендуется взрослым пациентам с ИИ или ТИА вследствие стеноза крупной интракраниальной артерии 50—99%, назначение АСК 325 мг/сут. для снижения риска повторного ИИ и сосудистой смерти.
— Рекомендуется взрослым пациентам, перенесшим ИИ или ТИА вследствие тяжелого стеноза крупной интракраниальной артерии 70—99%, добавить клопидогрел 75 мг/сут. к АСК на срок до 90 дней для снижения риска повторного инсульта.
— Рекомендуется взрослым пациентам с ИИ или ТИА вследствие стеноза крупной интракраниальной артерии 50—99% поддержание систолического АД не выше 140 мм рт. ст., высокоинтенсивная терапия статинами (ингибиторы ГМГ-КоА-редуктазы) и умеренная или интенсивная физическая активность для предотвращения повторного инсульта.

Комментарий: *целью антигипертензивной терапии является снижение риска внутричерепных геморрагических осложнений. По прошествии трех месяцев (90 дней) следует оценить переносимость антигипертензивной терапии.*

— Рекомендуется взрослым пациентам с ИИ или ТИА вследствие стеноза сонной артерии оптимальная медикаментозная терапия, включающая антитромбоцитарную (антитромботические средства), высокоинтенсивную гиполипидемическую (гиполипидемические

[18]Клинические рекомендации «Геморрагический инсульт» (дата обращения 13.01.2026). https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/523_3

[19]Клинические рекомендации «Стабильная ишемическая болезнь сердца» (дата обращения 17.12.2025). https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/155_2

средства) и антигипертензивную терапию (антигипертензивные средства), для снижения риска повторного инсульта.

— Рекомендуется взрослым пациентам ИИ или ТИА на фоне симптомного экстракраниального стеноза позвоночной артерии оптимальная медикаментозная терапия, включающая антитромбоцитарную (антитромботические средства), высокоинтенсивную гиполипидемическую (гиполипидемические средства) и антигипертензивную терапию (антигипертензивные средства), для снижения риска повторного инсульта.

— Рекомендуется взрослым пациентам с нелакунарным некардиоэмболическим ИИ или ТИА в сочетании с ИБС или другими формами атеросклероза при низком риске кровотечений[20] назначение комбинации ривароксабана 2,5 мг 2 раза в день и АСК 100 мг в день через месяц после перенесенного события для снижения риска повторного инсульта/ТИА и сердечно-сосудистой смерти.

Комментарий: *целевыми группами пациентов для комбинированной терапии являются:*

— *пациенты с ИБС старше 65 лет;*

— *пациенты с ИБС младше 65 лет при поражении как минимум двух сосудистых бассейнов или имеющие 2 и более дополнительных ФР (продолжающееся курение, СД, расчетная скорость клубочковой фильтрации (СКФ) <60 мл/мин, сердечная недостаточность или ИИ, кроме лакунарного, давностью ⩾ одного месяца);*

— *пациенты с заболеваниями периферических артерий (реваскуляризация или ампутация нижних конечностей, перемежающая хромота в сочетании с лопаточно-плечевым индексом (ЛПИ) ниже 0,90 или со стенозом периферической артерии (⩾50%), или ИБС в сочетании с ЛПИ ниже 0,90, или реваскуляризация сонных артерий).*

— Рекомендуется взрослым пациентам с криптогенным ИИ в сочетании с новой коронавирусной инфекцией COVID-19, возникшим на фоне гиперкоагуляции с повышением D-димера, которые не находятся в критическом состоянии, рассмотреть возможность кратковременной антикоагулянтной терапии (30—60 дней) при помощи гепарина (группа гепарина) с переводом на прямые оральные антикоагулянты, с последующей монотерапией антиагрегантами с целью вторичной профилактики инсульта.

[20]Комментарий: к низкому риску кровотечений относится отсутствие: внутричерепного кровоизлияния в анамнезе, ИИ в ближайший месяц или другой внутричерепной патологии, недавнего желудочно-кишечного кровотечения (ЖКК) или анемии из-за возможного ЖКК, другой патологии ЖКТ с повышенным риском кровотечений, печеночной недостаточности или почечной недостаточности, требующей диализа или при СКФ <15 мл/мин/1,73 м^2, коагулопатии или геморрагического диатеза, старческого возраста или хрупкости. Для снижения риска геморрагических осложнений необходимо достижение АД <140/90 мм рт.ст. и прием ингибиторов протонной помпы у пациентов высокого риска ЖКК. Комбинация ривароксабана и АСК не рекомендована у пациентов с предшествующим геморрагическим или лакунарным инсультом, тяжеелой сердечной недостаточностью, выраженной хронической болезнью почек (расчетная СКФ <15 мл/мин), при необходимости проведения двойной антитромбоцитарной, антикоагулянтной или иной антитромботической терапии, кроме АСК.

Таблица 11. **Шкала оценки риска кровотечения у пациента с фибрилляцией предсердий HAS-BLED[2]**

Критерий	Балл
Гипертензия (САД >160 мм рт.ст.)	1
Нарушенная функция печени и почек (по 1 баллу каждая)	1 или 2
Инсульт	1
Кровотечение в анамнезе	1
Лабильное МНО	1
Пожилой возраст (более 65 лет)	1
Лекарства или алкоголь (по 1 баллу каждый)	1 или 2

Таблица 12. **Шкала оценки риска тромбоэмболических осложнений у пациентов с фибрилляцией предсердий/трепетанием предсердий (шкала CHA_2DS_2-VASc)**

Критерий	Балл
Сердечная недостаточность/дисфункция левого желудочка	1
Артериальная гипертензия	1
Возраст ⩾75 лет	2
Сахарный диабет	1
Инсульт/ТИА/тромбоэмболии	2
Сосудистые заболевания (инфаркт миокарда в анамнезе, атеросклероз периферических артерий или бляшка в аорте)	1
Возраст 65—74 лет	1
Женский пол	1

Таблица 13. **Риск развития инсульта в течение года при отсутствии профилактики**

Оценка по шкале CHA_2DS_2-VASc (баллов)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Частота инсультов (% за год)	0,0	1,3	2,2	3,2	4,0	6,7	9,8	9,6	6,7	15,2

Кардиоэмболический инсульт или ТИА

Фибрилляция предсердий (ФП) является важной причиной кардиоэмболического инсульта. У пациентов с ИИ или ТИА диагностика ФП ведет к постоянной терапии пероральными антикоагулянтами, тем самым снижается частота повторных инсультов/ТИА. Антикоагуляция системно уменьшает образование тромбов, включая левое предсердие, и снижает риск инсульта или системной эмболии при ФП, но при этом увеличивается риск кровотечений **(таблица 11)**. Пациенты с ИИ или ТИА представляют группу более высокого риска повторных инсультов, чем общая популяция.

Более того, при рассмотрении вопроса об использовании калькулятора риска CHA_2DS_2-VASc **(таблицы 12, 13)**

[2]Бланк опросника размещен на сайте Российского общества профилактики неинфекционных заболеваний и доступен к скачиванию по ссылке https://ropniz.ru/doctors/data/scales-questionnaires (дата обращения: 12.12.2025).

наличие инсульта или ТИА сразу определяет для пациента категорию высокого риска, в которой всегда рекомендуется антикоагулянтная терапия.

Назначение: для прогнозирования риска большого кровотечения в течение одного года.

Ключ (интерпретация):

— ⩾3 баллов — высокий риск кровотечений;

— 1—2 балла — низкий риск кровотечений.

Пояснения: максимум 9 баллов.

Назначение: для прогнозирования риска инсульта и системной тромбоэмболии у пациентов с ФП.

— Рекомендуется взрослым пациентам с неклапанной ФП[21] и ИИ и ТИА назначение пероральных антикоагулянтов (дабигатрана этексилат, апиксабан, ривароксабан), или варфарин) для снижения риска повторного ИИ.

— Рекомендуется взрослым пациентам с неклапанной ФП и ИИ/ТИА применение пероральных антикоагулянтов для снижения риска повторного ИИ независимо от формы ФП (пароксизмальная, персистирующая или постоянная).

— Рекомендуется взрослым пациентам с неклапанной ФП и ИИ/ТИА и ФП назначать прямые оральные антикоагулянты: апиксабан, дабигатрана этексилат или ривароксабан — в качестве предпочтения варфарину для снижения риска повторного инсульта.

— Рекомендуется взрослым пациентам с трепетанием предсердий и ИИ/ТИА проводить антикоагулянтную терапию, аналогичную используемой при ФП, для снижения риска повторного ИИ.

— Рекомендуется взрослым пациентам с неклапанной ФП и ИИ/ТИА, у которых при лечении варфарином время нахождения МНО в целевом терапевтическом диапазоне (2,0—3,0) составляет ⩽70%, применение апиксабана, дабигатрана этексилата, ривароксабана для снижения риска повторного ИИ.

— Рекомендуется взрослым пациентам с ФП и ИИ с высоким риском геморрагической трансформации отложить начало приема пероральных антикоагулянтов на 14 дней для снижения риска внутричерепных геморрагических осложнений.

— Рекомендуется взрослым пациентам с ИИ и ТИА и ФП до начала или возобновления терапии пероральными антикоагулянтами (ингибиторы тромбина прямые, прямые ингибиторы фактора Ха) рассмотреть назначение АСК (при отсутствии противопоказаний) для снижения риска повторного ИИ и ТИА.

— Не рекомендуется большинству взрослых пациентов с ФП и ИИ/ТИА назначение комбинированной терапии антитромботическими средствами (пероральными антикоагулянтами) (ингибиторы тромбина прямые, прямые ингибиторы фактора Ха) и антиагрегантами (антиагреганты кроме гепарина).

Комментарий: *данная рекомендация не распространяется на пациентов, требующих назначения антиагрегантов кроме гепарина и антитромботических средств (антикоагулянтов) (ингибиторы тромбина прямые, прямые ингибиторы фактора Ха) по другим показаниям (например, после стентирования артерий).*

— Рекомендуется взрослым пациентам с неклапанной ФП и ТИА начинать антикоагулянтную терапию (группа гепарина, ингибиторы тромбина прямые, прямые ингибиторы фактора Ха) после симптомного события и постановки диагноза ТИА для снижения риска повторного ИИ.

— Рекомендуется взрослым пациентам с неклапанной ФП и ИИ/ТИА и ФП, имеющим противопоказания для пожизненного приема антикоагулянтов (группа гепарина, ингибиторы тромбина прямые, прямые ингибиторы фактора Ха), чрескожное закрытие ушка левого предсердия, Эндоваскулярная окклюзия ушка левого предсердия), с целью снижения риска повторного инсульта и геморрагических осложнений.

— Рекомендуется взрослым пациентам с ФП, с умеренным и тяжелым митральным стенозом и ИИ и ТИА использование варфарина для снижения риска повторного ИИ или ТИА.

— Рекомендуется взрослым пациентам с протезом митрального клапана механическим двустворчатым и ИИ/ТИА, случившихся на целевом диапазоне МНО (не менее 2,5) в анамнезе назначать комбинированную терапию АСК (75—100 мг/сут.) и варфарина или увеличить дозу варфарина с удержанием МНО в пределах диапазона 3,0—3,5 (время нахождения в терапевтическом диапазоне 65—70%) для снижения риска тромбоза и повторного ИИ или ТИА.

— Рекомендуется взрослым пациентам с ИИ и ТИА и патологией аортального клапана или неревматической патологией митрального клапана (кальциноз митрального кольца, пролапс и др.), без ФП или других показаний к приему антитромботических средств (антикоагулянтов) (группа гепарина, ингибиторы тромбина прямые, прямые ингибиторы фактора Ха) назначение антиагрегантов (антиагреганты кроме гепарина) для снижения риска повторного ИИ или ТИА.

— Рекомендуется взрослым пациентам с ИИ/ТИА и митральным стенозом без ФП антикоагулянтная терапия варфарином, с достижением целевого МНО 2,0—3,0.

— Рекомендуется взрослым пациентам с ИИ и ТИА и биопротезом сердечного аортального клапана или биопротезом митрального клапана и не имеющих других показаний для антикоагулянтной терапии назначение долгосрочной терапии АСК через 3—6 месяцев с момента установки клапана для снижения риска повторного ишемического инсульта или ТИА.

Комментарий: *у пациентов, перенесших операцию по замене митрального или аортального клапана с использованием биопротезов, пероральная антикоагуляция варфарином с достижением целевого показателя МНО 2,5 (диапазон 2,0—3,0) является разумной по крайней мере в течение 3 месяцев (либо в течение 6 месяцев после операции у пациентов с низким риском кровотечения). Через 3—6 месяцев после операции рекомендуется длительная терапия только АСК от 75 до 100 мг в день.*

— Рекомендуется пациентов с ИИ и ТИА и инфекционным эндокардитом вести согласно клиническим рекомендациям Российского кардиологического общества по инфекционному эндокардиту и инфекции внутрисердечных устройств.

[21]Комментарий: под неклапанной ФП подразумеваются все варианты, кроме ФП на фоне протеза аортального клапана механического двустворчатого и протеза митрального клапана механического двустворчатого или умеренного или выраженного митрального стеноза.

— Рекомендуется взрослым пациентам с механическим протезом аортального клапана и ИИ и ТИА в анамнезе, случившемся на целевом диапазоне МНО (не менее 2,0), антикоагулянтная монотерапия варфарином с увеличением целевого уровня МНО до 3,0 (диапазон 2,5—3,5) или комбинированная терапия АСК (75—100 мг/сут.) с варфарином при прежнем целевом уровне МНО с диапазоном 2,0—3,0 для снижения риска повторного ИИ и ТИА.

Комментарий: *в реальной клинической практике антикоагуляция варфарином у пациентов с протезированным аортальным клапаном имеет целью достижения среднего МНО 2,5 (диапазон 2,0—3,0). Однако пациентам, перенесшим ИИ/ТИА, требуется более активная терапия — либо достижение среднего МНО 3,0 (диапазон 2,5—3,5), либо добавление АСК к базовой терапии варфарином.*

Вторичная профилактика ИИ или ТИА в период беременности

— Рекомендуется обсуждать со всеми женщинами фертильного возраста, перенесшими ИИ или ТИА, возможные риски и последствия повторного инсульта, которые могут возникать в ходе беременности, родов и послеродовом периоде.
— Рекомендуется у пациенток, перенесших ИИ или ТИА, избегать назначения эстрогенсодержащих контрацептивов или заместительной гормональной терапии, рассматривая альтернативные способы контрацепции (барьерная контрацепция, оральные контрацептивы, содержащие только прогестерон, или негормональные внутриматочные средства), с целью профилактики повторного инсульта.
— Рекомендуется пациенткам после ИИ или ТИА принимать решение о необходимости назначения антитромбоцитарной терапии, выборе конкретного препарата и его дозы на врачебной комиссии с учетом этиологии ранее перенесенного инсульта и обратимости вызвавших его факторов, давности цереброваскулярного события и размеров очага, а также периода беременности и акушерского анамнеза с целью вторичной профилактики ИИ или ТИА.
— Рекомендуется у пациенток, ранее перенесших кардиоэмболический ИИ, продолжать антикоагулянтную терапию, осуществляя выбор конкретного класса препаратов с учетом безопасности его применения для матери и плода для профилактики повторного ИИ.
— Рекомендуется пациенткам с ИИ или ТИА с диссекцией сонных или позвоночных артерий в период беременности назначать/продолжать ранее начатую антитромботическую терапию, осуществляя выбор конкретного класса препаратов с учетом клинических характеристик (сроков давности аневризмы, наличия пристеночного тромба, формирования псевдоаневризмы) для профилактики повторного ИИ.
— Рекомендуется пациенткам с ИИ или ТИА с антифосфолипидным синдромом продолжать в период беременности антитромботическую терапию, определяя выбор конкретных препаратов (монотерапия антикоагулянтами, сочетание антикоагулянтов (группа гепарина) и АСК с учетом сроков беременности и наличия ее осложнений для профилактики повторного ишемического инсульта и ТИА.
— Рекомендуется пациенткам до планируемой беременности или уже после ее наступления и некардиоэмболическим ИИ или ТИА в анамнезе назначать/продолжать прием АСК 75—100 мг (или осуществлять замену ранее назначавшихся клопидогрела, тикагрерола или комбинации АСК и дипиридамола с расширенным высвобождением на данную терапию) на протяжении всего срока беременности для профилактики повторного ИИ и ТИА.
— Рекомендуется пациенткам с беременностью и ИИ/ТИА назначать низкомолекулярные гепарины (НМГ), осуществлять замену новых оральных антикоагулянтов на данный класс препаратов, избегать назначения варфарина на протяжении всего периода беременности, начиная с момента ее выявления, при наличии показаний для таковой терапии с целью вторичной профилактики ИИ или ТИА.

Комментарий: *в случае подтверждения беременности у пациентки с механическим протезом сердечного клапана рекомендуется рассмотреть прием варфарина после 12-й недели беременности до этапа родов.*

— Рекомендуется пациенткам с беременностью и ИИ/ТИА в анамнезе осуществлять рестарт терапии НФГ или НМГ спустя 4—6 ч после удаления катетера для нейроаксиальной анестезии/анальгезии и отсутствии осложнений и признаков кровотечения и продолжать такую терапию в течение 6—12 недель после родов с целью вторичной профилактики ИИ или ТИА.
— Рекомендуется пациенткам после родоразрешения и ИИ/ТИА в анамнезе осуществлять выбор антитромботической терапии (варфарин, прямые ингибиторы тромбина, прямые ингибиторы фактора Ха, ингибиторы агрегации тромбоцитов, кроме гепарина) на общих основаниях спустя 6—12 недель после родов, учитывая наличие кормления грудью и планирование беременности в будущем с целью вторичной профилактики ИИ или ТИА.
— Рекомендуется пациенткам после родоразрешения и некардиоэмболическим ИИ/ТИА в анамнезе назначать 75—100 мг АСК во время грудного вскармливания для профилактики повторного ИИ и ТИА.

Комментарий: *при необходимости назначения антикоагулянтной терапии в период грудного вскармливания НМГ и варфарин считаются безопасными вариантами. Безопасность новых оральных антикоагулянтов при грудном вскармливании не исследовалась.*

— Рекомендуется для большинства пациенток с беременностью и ИИ или ТИА, страдающих гипертонической болезнью, достижение целевого значения АД на период беременности менее 140/90 мм рт.ст. с целью снижения риска повторного инсульта или ТИА.
— Рекомендуется пациенткам с беременностью и ИИ/ТИА соблюдение гиполипидемической диеты и изменение образа жизни, но не прием статинов, как основные способы коррекции дислипидемии с целью снижения риска повторного ИИ или ТИА в период беременности.

Комментарий: *отменять на данный период терапию статинами и рассматривать сроки ее возобновления после родов следует индивидуально, с учетом коморбидной патологии и планируемого периода грудного вскармливания.*

— Рекомендуется пациенткам, перенесшим ранее ИИ или ТИА, выполнять глюкозотолерантый тест в течение первых 20 недель беременности для раннего выявления СД, коррекции гипергликемии и снижения риска повторных цереброваскулярных событий.

Описание вопросов профилактики повторного инсульта при: остром инфаркте миокарда и тромбе левого желудочка; атеросклерозе дуги арты; болезни Мойя-Мойя; открытом овальном окне; церебральном венозном тромбозе; диссекции сонных или позвоночных артерий; гиперкоагуляции и состояний, к ней приводящих; гипергомоцистинемии; васкулитах; антифосфолипидном синдроме, представлено в клинических рекомендациях «Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака» (раздел «Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики»)[22].

Профилактика геморрагического инсульта[23]

С целью профилактики развития мозговых сосудистых катастроф у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы рекомендуется контроль и управление артериальным давлением с целью предотвращения повторных кровоизлияний (снижение АД до 130 и 80 мм рт. ст. в долгосрочной перспективе пациентам с геморрагическим инсультом для предотвращения повторных кровоизлияний), повышение физической активности, контроль веса тела, правильное питание, отказ от курения.

Рекомендуется провести магнитно-резонансную ангиографию интракраниальных сосудов каждые 6 месяцев в течение 2 лет пациентам после радиохирургии.

Рекомендуется провести церебральную ангиографию тотальную селективную через 3—5 лет пациентам после радиохирургии для верификации облитерации АВМ. При отсутствии полной облитерации решается вопрос о повторной радиохирургии или микрохирургическом удалении АВМ.

Исследование является ключевым элементом стандартного наблюдения, поскольку оно:
— достоверно подтверждает или исключает полную облитерацию (цель лечения);
— определяет дальнейшую тактику (наблюдение или повторное вмешательство);
— позволяет провести повторное лечение максимально эффективно и безопасно;
— соответствует международным клиническим рекомендациям.

Рекомендуется возобновление терапии оральными антикоагулянтами (антагонисты витамина К) в сроки 4—8 недель после развития гематомы пациентам с гипертензивной внутримозговой гематомой и неклапанной ФП с целью профилактики тромбоэмболических событий.

Пациентам с ФП и геморрагическим инсультом, которым не подходит антикоагулянтная терапия, для снижения риска тромбоэмболических событий рекомендуется закрытие ушка левого предсердия (эндоваскулярная окклюзия ушка левого предсердия).

Пациентам с ФП и нВЧК, которым не подходит антикоагулянтная терапия (например, не выключенная аневризма при САК), требуется рассмотрение хирургической профилактики сосудистых событий.

Рекомендуется раннее назначение антагонистов витамина К (с 6-го по 14-й день) пациентам с гипертензивной ВМГ и механическими клапанами в сердце для профилактики ишемических событий эмболического генеза.

Гиполипидемическая терапия

Рекомендуется нестатиновое гиполипидемическое лечение ингибиторами PCSK9 пациентов с очень высоким риском развития геморрагического инсульта.

Не рекомендуется регулярный длительный прием нестероидных противовоспалительных и противоревматических препаратов (НПВП) пациентами с геморрагическим инсультом в связи с потенциально повышенным риском кровотечения.

[22]Клинические рекомендации «Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака» (дата обращения 27.12.2025г.). https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/814_1

[23]Клинические рекомендации «Геморрагический инсульт» (дата обращения 13.01.2026). https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/523_3

Приложение 10

Шкала реабилитационной маршрутизации, градации оценки, группы медицинских организаций, осуществляющих медицинскую реабилитацию[24]

Таблица 14. **Шкала реабилитационной маршрутизации (ШРМ)**

Значения показателя ШРМ (баллы)	Описание состояния функционирования и ограничения жизнедеятельности (функции и структуры организма, активность и участие пациента)		
	При заболеваниях или состояниях центральной нервной системы	При заболеваниях или состояниях опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы	При соматических заболеваниях
0	Отсутствие нарушений функционирования и ограничения жизнедеятельности. Функции, структуры организма сохранены полностью		
1	Отсутствие проявлений нарушений функционирования и ограничения жизнедеятельности при наличии симптомов заболевания		
	а) может вернуться к прежнему образу жизни (работа, обучение, другое), поддерживать прежний уровень активности и социальной жизни; б) тратит столько же времени на выполнение дел, как и до болезни.	а) может вернуться к прежнему образу жизни (работа, обучение, другое), поддерживать прежний уровень активности и социальной жизни; б) тратит столько же времени на выполнение дел, как и до болезни.	а) может вернуться к прежнему образу жизни (работа, обучение, другое), поддерживать прежний уровень активности и социальной жизни; б) тратит столько же времени на выполнение дел, как и до болезни; в) может выполнять физическую нагрузку выше обычной без слабости, сердцебиения, одышки.
2	Легкое нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности		
	а) не может выполнять виды деятельности (управление транспортным средством, чтение, письмо, танцы, работа и другие) с той степенью активности, которая была до болезни, но может справляться с ними без посторонней помощи; б) может самостоятельно себя обслуживать (сам одевается и раздевается, ходит в магазин, готовит еду, может совершать небольшие путешествия и переезды, самостоятельно передвигается); в) не нуждается в наблюдении; г) может проживать один дома от недели и более без посторонней помощи.	а) не может выполнять виды деятельности (управление транспортным средством, чтение, письмо, танцы, работа и другие) с той степенью активности, которая была до болезни, но может справляться с ними без посторонней помощи; б) может самостоятельно себя обслуживать (сам одевается и раздевается, ходит в магазин, готовит еду, может совершать небольшие путешествия и переезды, самостоятельно передвигается); в) не нуждается в наблюдении; г) может проживать один дома от недели и более без посторонней помощи.	а) не может выполнять виды деятельности (управление транспортным средством, чтение, письмо, танцы, работа и другие) с той степенью активности, которая была до болезни, но может справляться с ними без посторонней помощи; б) обычная физическая нагрузка не вызывает выраженного утомления, слабости, одышки или сердцебиения. Стенокардия развивается при значительном, ускоренном или особо длительном напряжении (усилии). Тест шестиминутной ходьбы (ТШМ) >425 м. Тесты с физической нагрузкой (велоэргометрия или спироэргометрия) ⩾125 Вт ⩾7 МЕ; в) может самостоятельно себя обслуживать (сам одевается и раздевается, ходит в магазин, готовит еду, может совершать небольшие путешествия и переезды, самостоятельно передвигается); г) не нуждается в наблюдении; д) может проживать один дома от недели и более без посторонней помощи.

[24]Приказ Минздрава России от 31.07.2020 №788н (ред. от 16.09.2025) «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых» (зарегистрировано в Минюсте России 25.09.2020 №60039). СПС Консультант Плюс (дата обращения 12.01.2026).

Таблица 14. **Шкала реабилитационной маршрутизации (ШРМ)** (*продолжение*)

Значения показателя ШРМ (баллы)	Описание состояния функционирования и ограничения жизнедеятельности (функции и структуры организма, активность и участие пациента)		
	При заболеваниях или состояниях центральной нервной системы	При заболеваниях или состояниях опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы	При соматических заболеваниях
3	Умеренное нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности		
	а) может передвигаться самостоятельно; б) самостоятельно одевается, раздевается, ходит в туалет, ест и выполняет другие виды повседневной активности; в) нуждается в посторонней помощи при выполнении сложных видов активности: приготовлении пищи, уборке дома, походе в магазин за покупками и других; г) нуждается в помощи для выполнения операций с денежными средствами; д) может проживать один дома без посторонней помощи от 1 суток до 1 недели.	а) может передвигаться самостоятельно, с помощью трости; б) незначительное ограничение возможностей самообслуживания при одевании, раздевании, посещении туалета, приеме пищи и выполнении других видов повседневной активности; в) нуждается в посторонней помощи при выполнении сложных видов активности: приготовлении пищи, уборке дома, походе в магазин за покупками и других; г) умеренно выраженный болевой синдром во время ходьбы, незначительно выраженный болевой синдром в покое (1—3 балла по визуальной аналоговой шкале боли (ВАШ); д) может проживать один дома без посторонней помощи от 1 суток до 1 недели.	а) может передвигаться самостоятельно без посторонней помощи; б) патологические симптомы в покое отсутствуют, обычная физическая нагрузка вызывает слабость, утомляемость, сердцебиение, одышку, стенокардия развивается при ходьбе на расстояние >500 м по ровной местности, при подъеме на >1 пролет обычных ступенек в среднем темпе в нормальных условиях. ТШМ = 301—425 м. Тесты с физической нагрузкой (велоэргометрия/спироэргометрия) = 75—100 Вт/4—6,9 МЕ; в) самостоятельно одевается, раздевается, ходит в туалет, ест и выполняет другие виды повседневной активности; г) нуждается в посторонней помощи при выполнении сложных видов активности: приготовление пищи, уборка дома, похода в магазин за покупками; д) может проживать один дома без посторонней помощи от 1 суток до 1 недели.
4	Выраженное нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности		
	а) не может передвигаться самостоятельно без посторонней помощи; б) нуждается в посторонней помощи при выполнении повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и других; в) в обычной жизни нуждается в ухаживающем; г) может проживать один дома без посторонней помощи до 1 суток.	а) умеренное ограничение возможностей передвижения, нуждается в дополнительном средстве опоры — костылях; б) умеренное ограничение возможностей самообслуживания и выполнения всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и других; в) выраженный болевой синдром во время движений, умеренно выраженный болевой синдром в покое (4—7 баллов по ВАШ); д) может проживать один дома без посторонней помощи от 1 суток до 1 недели.	а) умеренное ограничение возможностей передвижения; б) стенокардия возникает при ходьбе от 100 до 500 м по ровной местности, при подъеме на 1 пролет обычных ступенек в среднем темпе в нормальных условиях. ТШМ = 150—300 м, тесты с физической нагрузкой (велоэргометрия/спироэргометрия) = 25—50 Вт/2—3,9 МЕ; в) нуждается в посторонней помощи при выполнении повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и других; г) в обычной жизни нуждается в ухаживающем; д) может проживать один дома без посторонней помощи до 1 суток.

Таблица 14. **Шкала реабилитационной маршрутизации (ШРМ)** (*окончание*)

Значения показателя ШРМ (баллы)	Описание состояния функционирования и ограничения жизнедеятельности (функции и структуры организма, активность и участие пациента)		
	При заболеваниях или состояниях центральной нервной системы	При заболеваниях или состояниях опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы	При соматических заболеваниях
5	Грубое нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности		
	а) пациент прикован к постели; б) не может передвигаться самостоятельно без посторонней помощи; в) нуждается в постоянном внимании, помощи при выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и других; г) круглосуточно нуждается в уходе; д) не может быть оставлен один дома без посторонней помощи.	а) выраженное ограничение возможностей передвижения, нуждается в дополнительных средствах опоры (ходунки) или самостоятельно передвигается в коляске. Перемещение ограничено пределами стационарного отделения. Не может ходить по лестнице; б) выраженное ограничение возможностей самообслуживания и выполнения всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет и других; в) выраженный болевой синдром в покое (8—0 баллов по ВАШ), усиливающийся при движении; г) может проживать один дома без посторонней помощи до 1 суток.	а) больной комфортно чувствует себя только в состоянии покоя, минимальные физические нагрузки приводят к появлению слабости, сердцебиения, одышки, болям в сердце. ТШМ <150 м; б) не может передвигаться самостоятельно без посторонней помощи; в) нуждается в постоянном внимании, помощи при выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и других; г) круглосуточно нуждается в уходе; д) не может быть оставлен один дома без посторонней помощи.
6	Нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности крайней степени тяжести		
	а) хроническое нарушение сознания: витальные функции стабильны; нейромышечные и коммуникативные функции глубоко нарушены; пациент может находиться в условиях структурного подразделения медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь по профилю «анестезиология и реаниматология» (далее — реанимационное отделение); б) нейромышечная несостоятельность: психический статус в пределах нормы, однако глубокий двигательный дефицит (тетраплегия) и бульбарные нарушения вынуждают больного оставаться в реанимационном отделении.		

Градация оценки (интерпретация):

— 0—1 балла: пациент, в отношении которого были проведены мероприятия по медицинской реабилитации на любом этапе, не нуждается в продолжении медицинской реабилитации.

— 2—3 балла: пациент, в отношении которого были проведены мероприятия по медицинской реабилитации на первом и (или) втором этапах, направляется на третий этап медицинской реабилитации в медицинскую организацию первой, второй, третьей и четвертой групп.

— 4—5 баллов: пациент, в отношении которого были проведены мероприятия по медицинской реабилитации на первом этапе, направляется на второй этап медицинской реабилитации, в медицинскую организацию второй, третьей и четвертой групп.

— 4—6 баллов: пациент, в отношении которого были проведены мероприятия по медицинской реабилитации, не изменивший своего состояния после проведения мероприятий по медицинской реабилитации, направляется на второй этап медицинской реабилитации в медицинскую организацию третьей и четвертой групп.

Таблица 15. **Группы медицинских организаций, осуществляющих медицинскую реабилитацию**

Группа	Характеристика
Первая группа	осуществляют медицинскую реабилитацию при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, условиях дневного стационара пациентам, состояние которых оценивается 1—3 балла по ШРМ
Вторая группа	осуществляют медицинскую реабилитацию при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, условиях дневного стационара и (или) при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях пациентам, состояние которых оценивается 1—5 баллов по ШРМ
Третья группа	осуществляют медицинскую реабилитацию при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара и (или) при оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных условиях пациентам, состояние которых оценивается 2—6 баллов по ШРМ
Четвертая группа	федеральные учреждения, осуществляющие медицинскую реабилитацию при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара и (или) при оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных условиях пациентам, состояние которых оценивается 3—6 баллов по ШРМ

Приложение 11

Медицинские показания и противопоказания для направления пациентов с болезнями системы кровообращения на санаторно-курортное лечение[25]

Таблица 16. **Медицинские показания для направления пациентов с болезнями системы кровообращения, класс IX по МКБ-10, на санаторно-курортное лечение (с учетом формы, стадии, фазы и степени тяжести заболевания), а также используемые природные лечебные ресурсы**

Код по МКБ-10	Наименование заболевания	Форма, стадия, фаза, степень тяжести заболевания	Природные лечебные ресурсы
I67.8	Другие уточненные поражения сосудов мозга	1-я (компенсированная, легкая) и 2-я (субкомпенсированная, умеренная) стадии сосудистой мозговой недостаточности без выраженных интеллектуально-мнестических, аффективных, поведенческих и двигательных нарушений	Минеральные воды (для наружного бальнеотерапевтического применения), лечебный климат
I69.0	Последствия САК	Последствия ОНМК в виде парезов, параличей, чувствительности, при общем удовлетворительном состоянии, стабилизации показателей церебральной и общей гемодинамики, без эпилептических приступов, с сохранением речевого контакта, через 6—12 месяцев после начала заболевания	Лечебный климат
I69.1	Последствия внутричерепного кровоизлияния		
I69.2	Последствия другого нетравматического внутричерепного кровоизлияния		
I69.3	Последствия инфаркта мозга		
I69.4	Последствия инсульта, не уточненные как кровоизлияние или инфаркт мозга		

Медицинские противопоказания для санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации с применением природных лечебных ресурсов:

1. Заболевания в острой и подострой стадии, в том числе острые инфекционные заболевания до окончания периода изоляции.
2. Заболевания, передающиеся половым путем.
3. Хронические заболевания в стадии обострения.
4. Воспалительные полиартропатии, системные поражения соединительной ткани, анкилозирующий спондилит, другие уточненные спондилопатии высокой степени активности.
5. Бактерионосительство инфекционных заболеваний.
6. Заразные болезни глаз и кожи.
7. Паразитарные заболевания.
8. Заболевания, сопровождавшиеся стойким болевым синдромом, требующим постоянного приема наркотических средств и психотропных веществ, включенных в списки II и III Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, зарегистрированных в качестве лекарственных препаратов.
9. Туберкулез любой локализации в интенсивную фазу лечения при наличии бактериовыделения, подтвержденного бактериоскопическим, бактериологическим или молекулярно-генетическим методами.
10. Новообразования неуточненного характера (при отсутствии письменного подтверждения в медицинской документации пациента о том, что пациент (законный представитель пациента) предупрежден о возможных рисках, связанных с осложнениями заболевания в связи с санаторно-курортным лечением).
11. Злокачественные новообразования, требующие противоопухолевого лечения, в том числе проведения химиотерапии.
12. Эпилепсия с текущими приступами, в том числе резистентная к проводимому лечению.
13. Эпилепсия с ремиссией менее 6 месяцев (для санаторно-курортных организаций непсихоневрологического профиля).
14. Психические расстройства и расстройства поведения в состоянии обострения или нестойкой ремиссии, в том числе представляющие опасность для пациента и окружающих.
15. Психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением психоактивных веществ.
16. Кахексия любого происхождения.
17. Неизлечимые прогрессирующие заболевания и состояния, требующие оказания паллиативной медицинской помощи.
18. Заболевания и состояния, определенные по результатам исследований природных лечебных ресурсов, в том числе с учетом результатов соответствующей многолетней практики.

[25]Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.03.2024 №143н «Об утверждении классификации природных лечебных ресурсов, указанных в пункте 2 статьи 2.1 Федерального закона от 23.02.1995 №26-ФЗ «О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах», их характеристик и перечня медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации с применением таких природных лечебных ресурсов» (зарегистрирован 01.04.2024 №77708).

Приложение 12

Рекомендации по проведению вакцинации

Вакцинация осуществляется в соответствии с календарем профилактических прививок[26], другими нормативными правовыми актами, а также соответствующими клиническими и методическими рекомендациями, с учетом иммунного статуса пациента и иных индивидуальных характеристик пациента [6—9].

Основные рекомендации по проведению вакцинации пациентов с последствиями САК, внутричерепного кровоизлияния, другого нетравматического внутричерепного кровоизлияния, последствиями инфаркта мозга и инсульта, не уточненными как кровоизлияния или инфаркт мозга, а также другими уточненными поражениями сосудов мозга, в рамках ДН представлены в **таблице 17**. У пациентов с тяжелыми иммунодефицитами, аллергическими реакциями подходы к иммунизации рассматриваются совместно с врачом — аллергологом-иммунологом и иными врачами-специалистами.

Таблица 17. **Основные рекомендации по проведению вакцинации пациентов с последствиями САК, внутричерепного кровоизлияния, другого нетравматического внутричерепного кровоизлияния, последствиями инфаркта мозга и инсульта, не уточненными как кровоизлияния или инфаркт мозга, а также другими уточненными поражениями сосудов мозга, в рамках диспансерного наблюдения**

№ п/п	Наименование профилактической прививки	Примечание
1	Вакцинация против гриппа	Рекомендована всем пациентам ежегодно (оптимальный период проведения — август—сентябрь, до начала сезонного подъема заболеваемости)
2	Против пневмококковой инфекции	Рекомендована всем пациентам однократная вакцинация ПКВ13 (пневмококковая конъюгированная вакцина), вакцинация ППВ23 (пневмококковая полисахаридная вакцина) 1 раз в 5 лет. Для иммунокомпрометированных рекомендована схема: ПКВ13, затем ППВ23 через 8 недель [7—8]
3	Вакцинация/ревакцинация против дифтерии, столбняка	Каждые 10 лет от момента последней ревакцинации
4	Вакцинация/ревакцинация против коклюша	Иммунокомпрометированные пациенты, которые не были полностью привиты против коклюша, дифтерии и столбняка, могут получить одну дозу комбинированной бесклеточной коклюшной вакцины с уменьшенным содержанием антигенов в комплексе с дифтерийным и столбнячным анатоксином (АКДС) [8, 9]
5	Против коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2	При наличии эпидемических показаний
6	Вакцинация против краснухи, ревакцинация против краснухи; вакцинация против кори, ревакцинация против кори; вакцинация против ветряной оспы, вирусного гепатита В, клещевого вирусного энцефалита, туляремии, чумы, бруцеллеза, сибирской язвы, бешенства, лептоспироза, лихорадки Ку, желтой лихорадки, холеры, брюшного тифа, вирусного гепатита А, шигеллезов, менингококковой инфекции, эпидемического паротита, полиомиелита	В соответствии с календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям

[26]Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06 декабря 2021 г. №1122н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 декабря 2021 г., регистрационный №66435). СПС Консультант Плюс (дата обращения 02.09.2024).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Клочева Е.Г., Александров М.В., Панина Е.Б. *Цереброваскулярные заболевания. Головная боль: учебное пособие*. Ч. I. СПб.: Издательство СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2014. 52 с.
Klocheva EG, Aleksandrov MV, Panina EB. Cerebrovaskuljarnye zabolevanija. Golovnaja bol': uchebnoe posobie. Ch. I. SPb.: Izdatel'stvo SZGMU im. I.I. Mechnikova, 2014. 52 s.
2. Астанина С.Ю., Шепель Р.Н., Драпкина О.М. *Методические рекомендации по подготовке врачей к проведению краткого профилактического консультирования — учебное пособие*. М.: РОПНИЗ, ООО «Силицея Полиграф». 2023. ISBN: 9785605006152.
Astanina SYu, Shepel RN, Drapkina OM. *Methodological recommendations for the preparation of doctors for short preventive counseling — textbook*. M.: ROPNIZ, LLC «Silicea Polygraph». 2023. ISBN: 9785605006152. (In Russ.). https://doi.org/10.15829/ ROPNIZa22023
3. Бойцов С.А., Погосова Н.В., Аншелес А.А. и др. Кардиоваскулярная профилактика 2022. Российские национальные рекомендации. *Российский кардиологический журнал*. 2023;28(5):5452.
Boytsov SA, Pogosova NV, Ansheles AA, et al. Cardiovascular prevention 2022. Russian national guidelines. *Russian Journal of Cardiology*. 2023;28(5): 5452. (In Russ.).
https://doi.org/10.15829/1560-4071-2023-5452
4. Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю., Калинина А.М. и др. *Организация проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации*. Издание 2-е. М.: ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, 2020. 232 с. ISBN 978-5-6043991-1-8.
Drapkina OM, Drozdova LYu, Kalinina AM, et al. *Organization of preventive medical examinations and dispensary examinations of certain groups of the adult population. Methodological Recommendations*. 2nd Edition. Moscow: FGBU «NMIC TPM» of the Ministry of Health of the Russian Federation, 2020. 232 p. (In Russ.). ISBN 978-5-6043991-1-8.
5. Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П., Марцевич С.Ю., Драпкина О.М. Разработка и валидизация новых опросников в медицине на примере шкалы приверженности к лекарственной терапии. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии*. 2020;17(4):576-583.
Lukina YV, Kutishenko NP, Martsevich SY, Drapkina OM. The Questionnaire Survey Method in Medicine on the Example of Treatment Adherence Scales. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2020;17(4):576-583. (In Russ.). https://doi.org/10.20996/1819-6446-2021-08-02
6. Драпкина О.М., Брико Н.И., Костинов М.П. и др. *Иммунизация взрослых. Методические рекомендации*. М., ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, 2020. 248 с. ISBN: 978-5-6043991-3-2.
Drapkina OM, Briko NI, Kostinov MP. et al. Immunizacija vzroslyh. Metodicheskie rekomendacii. M., FGBU «NMIC TPM» Minzdrava Rossii, 2020. 248 s. ISBN: 978-5-6043991-3-2.
7. Авдеев С.Н., Алыева М.Х., Баранов А.А., и др. Вакцинопрофилактика пневмококковой инфекции у детей и взрослых. Методические рекомендации. Профилактическая медицина. 2023;26(9-2):3-23.
Avdeev SN, Alyeva MH, Baranov AA, et al. Federal Clinical Guidelines on Vaccination of pneumococcal infection in children and adults. *Russian Journal of Preventive Medicine*. 2023;26(9-2):3-23. (In Russ.).
https://doi.org/10.17116/profmed2023260923
8. Ridda I, Yin JK, King C, et al. The Importance of Pertussis in Older Adults: A Growing Case for Reviewing Vaccination Strategy in the Elderly. *Vaccine*. 2012;30(48):6745-6752.
https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2012.08.079.
9. Костинов М.П. *Вакцинация взрослых — от стратегии к тактике. Руководство для врачей*. М.: Группа МДВ, 2020. 248 с. ISBN 978-5-906748-17-1.
Kostinov MP. Vakcinacija vzroslyh — ot strategii k taktike. Rukovodstvo dlja vrachej. M.: Gruppa MDV, 2020. 248 s. ISBN 978-5-906748-17-1.