

ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России

Российское общество профилактики
неинфекционных заболеваний



**ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНЫХ
С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
ВРАЧОМ-ТЕРАПЕВТОМ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Методические рекомендации



**МОСКВА
2023**



**ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ
СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ВРАЧОМ-ТЕРАПЕВТОМ В
ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр терапии и
профилактической медицины»
Российское общество профилактики неинфекционных заболеваний

«УТВЕРЖДАЮ»
академик РАН, профессор,
директор ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России,
главный внештатный специалист по терапии
и общей врачебной практике Минздрава России

 / О.М. Драпкина /

«14» марта 2023 г.

**ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНЫХ
С ХРОНИЧЕСКОЙ SERДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
ВРАЧОМ-ТЕРАПЕВТОМ
В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Методические рекомендации

Москва, 2023



ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ВРАЧОМ-ТЕРАПЕВТОМ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 616.12-008.464

ББК 54.10.9

Д 72

Авторы: Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю., Ипатов П.В., Шепель Р.Н., Агеев Ф.Т., Проваторов С.И., Бойцов С.А.

Рецензент: Абдулганиева Диана Ильдаровна – д.м.н., профессор, проректор, заведующая кафедрой госпитальной терапии ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный внештатный специалист по терапии Республики Татарстан (Казань, Россия)

Диспансерное наблюдение больных с хронической сердечной недостаточностью врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения / Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю., Ипатов П.В. и др. - М.: ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, 2023 г., 45 с.

ISBN 978-5-6049087-0-9

Аннотация

Методические рекомендации содержат описание организации проведения и алгоритм диспансерного наблюдения врачом-терапевтом больных с ХСН, ориентировочный объем и частоту лабораторно-инструментальных исследований. По мере накопления практического опыта рекомендации будут корректироваться.

Методические рекомендации, в первую очередь, 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 должны представлять для врачей-организаторов здравоохранения, руководителей медицинских организаций первичной медико-санитарной помощи и их подразделений.

Утверждено на заседании Ученого совета ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России (протокол №3 от 14 марта 2023 года)

© Коллектив авторов, 2023

© ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России

© РОПНИЗ



Оглавление

Список сокращений.....	5
Диспансерное наблюдение больных с хронической сердечной недостаточностью врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения ..	7
Приложение 1. Классификация ХСН	12
Приложение 2. Шкала оценки клинического состояния (ШОКС) пациента с ХСН	15
Приложение 3. Тест с шестиминутной ходьбой	17
Приложение 4. Критерии оценки качества оказания первичной медико-санитарной помощи пациентам с ХСН	18
Приложение 5. Факторы, влияющие на исход заболевания, показания к госпитализации	20
Приложение 6. Лечение ХСН.....	24
Приложение 7. Алгоритм дистанционного опроса и консультирования пациента с хронической сердечной недостаточностью	40
Приложение 8. Шкалы оценки уровней достоверности доказательств (УДД) и уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации	42
Список литературы.....	44

Список сокращений

β-АБ	- бета-адреноблокаторы
АД	- артериальное давление
АЛТ	- аланинаминотрансфераза
АПФ	- ангиотензин превращающий фермент
АРА	- антагонисты рецепторов ангиотензина
АСТ	- аспартанаминотрансфераза
ГЛЖ	- гипертрофия миокарда левого желудочка
ДН	- диспансерное наблюдение
ИМ	- инфаркт миокарда
КПК	- краткое профилактическое консультирование
КФК	- креатинфосфокиназа
ЛЖ	- левый желудочек
МКБ	- международная классификация болезней
МКР	- антагонисты минералокортикоидных рецепторов
НПВП	- нестероидные противовоспалительные препараты
САД	- систолическое артериальное давление
СН	- сердечная недостаточность
СН _н ФВ	- хроническая сердечная недостаточность с низкой фракцией выброса
СН _п ФВ	- хроническая сердечная недостаточность с промежуточной фракцией выброса
СН _с ФВ	- хроническая сердечная недостаточность с сохраненной фракцией выброса
УДД	- уровень достоверности доказательств
УЛП	- увеличение левого предсердия
УПК	- углубленное профилактическое консультирование
УУР	- уровень убедительности рекомендаций
ФВ	- фракция выброса
ФК	- функциональный класс
ФП	- фибрилляция предсердий
ХСН	- хроническая сердечная недостаточность
ЧД	- частота дыхания
ЧСЖ	- частота сокращения желудочков
ЧСС	- частота сердечных сокращений
ШОКС	- шкала оценки клинического состояния
ЭКГ	- электрокардиография (электрокардиограмма)
ЭхоКГ	- эхокардиография



ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ВРАЧОМ-ТЕРАПЕВТОМ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

- НУНА - классификация выраженности хронической сердечной недостаточности Нью-Йоркской кардиологической ассоциации



Диспансерное наблюдение больных с хронической сердечной недостаточностью врачом-терапевтом¹ в первичном звене здравоохранения

Сердечная недостаточность (СН) – это клинический синдром, развивающийся в результате нарушения способности сердца к наполнению и/или опорожнению, протекающий в условиях дисбаланса вазоконстрикторных и вазодилатирующих нейrogормональных систем, сопровождающийся недостаточной перфузией органов и систем и **проявляющийся жалобами**: одышкой, слабостью, сердцебиением и повышенной утомляемостью, отечностью голеней и стоп, а при прогрессировании вынужденным сидячим положением, увеличением печени и набуханием шейных (яремных) вен, особенно при надавливании на нижний край печени, появлением в нижне-задних отделах легких незвучных влажных хрипов, с возможным последующим появлением крупнопузырчатых хрипов и клиники отека легких. Классификация хронической сердечной недостаточности (ХСН) представлена в Приложении 1 к настоящим методическим рекомендациям (далее – Приложение)

Основным руководящим документом, описывающим этиологию, патогенез, клинику, диагностику и лечение больных с ХСН, являются **«Клинические рекомендации. Хроническая сердечная недостаточность**, одобренные в 2020 г. Научно-практическим Советом Минздрава России [1]. Кроме того, диспансерное наблюдение (ДН) пациентов с ХСН регламентируется стандартом медицинской помощи взрослым при хронической сердечной недостаточности, утвержденным приказом Минздрава России от 20.04.2022 № 272н [2].

ДН врачом-терапевтом подлежат только пациенты с первично установленным клиническим диагнозом заболевания и имеющие ХСН I-III ФК, но не выше IIА стадии ХСН и которые не подлежат (не обеспечиваются) ДН врачом-специалистом по профилю вызвавшего ХСН заболевания, за исключением случаев отсутствия (недоступности), указанного врача-специалиста. Ориентировочный алгоритм, указанного ДН больных ХСН врачом-терапевтом представлен в таблице 1.

Необходимо обратить внимание, что в рамках ДН (при проведении первого в текущем году диспансерного осмотра) организуется проведение профилактического медицинского осмотра. Этот факт должен учитываться для исключения дублирования медицинских вмешательств при совместном проведении диспансерного осмотра,

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 Российской Федерации от 23 марта 2012 г. № 252н



ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ВРАЧОМ-ТЕРАПЕВТОМ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, а также для оптимизации последовательности основных действий врача-терапевта при осуществлении ДН пациентов с ХСН I-III ФК.

Таблица 1.

Алгоритм диспансерного наблюдения врачом-терапевтом больных с ХСН

Заболевание, состояние	Регулярность профилактических посещений и дистанционных контактов	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время профилактических посещений
ХСН I стадии, ФК I	<p>Не менее 1 раза в год,</p> <p>плюс</p> <p>1 раз в год дистанционный опрос и консультация пациента</p>	<ul style="list-style-type: none"> – сбор жалоб и анамнеза по основному заболеванию, а также активный опрос на наличие одышки в покое и при физической нагрузке, отеков нижних конечностей, эпизодов нарушения ритма (сердцебиений), сердечной астмы, объема потребляемой жидкости и диуреза с оценкой динамики их изменений; – определение частоты и ритмичности пульса, измерение ЧСС, ЧД, АД, физикальное обследование по органам и системам, направленное на выявление характерных клинических признаков ХСН с оценкой динамики их изменения, а также на уточнение ФК ХСН по шкале оценки клинического состояния (ШОКС) (см. Приложение 2); – тест с 6-минутной ходьбой не менее 1 раза в год (Приложение 3); – уточнение факта и характера приема лекарственных препаратов для лечения основного заболевания и ХСН с оценкой их эффективности и приверженности к лечению; – опрос на выявление факторов риска: курения, потребления алкоголя, соленостей, характера питания, досаливания пищи, водного баланса, физической активности; – краткое профилактическое консультирование при каждом посещении по указанным факторам риска, с акцентом на коррекцию выявленных факторов риска, соблюдение солевого режима и контроля водного баланса; при необходимости направить в школу для пациентов с ХСН и (или) на углубленное профилактическое консультирование в отделение (кабинет) медицинской профилактики или центр здоровья не чаще, чем 1 раз в 3 года (см. Приложение 4); – общий анализ крови развернутый при взятии под ДН, далее по медицинским показаниям: при наличии отрицательной динамики клинических проявлений по данным тестов (см. Приложение 2-

<p>ХСН ПА стадии, ФК II</p>	<p>Не менее 2 раз в год</p>	<p>3) и/или при подозрении на развитие осложнений заболевания или проводимой терапии; при отсутствии указанных показаний – не чаще, чем 1 раз в год (см. Приложение 4);</p> <ul style="list-style-type: none"> – анализ крови биохимический (мочевина, креатинин, расчетная скорость клубочковой фильтрации, калий, натрий, глюкоза, билирубин, АЛТ, АСТ) при взятии под ДН, далее по медицинским показаниям: при наличии отрицательной динамики клинических проявлений по данным тестов (см. Приложение 2-3) и/или при подозрении на развитие осложнений заболевания или проводимой терапии; при отсутствии указанных показаний – не чаще, чем 1 раз в год (см. Приложение 4); – общий анализ мочи при взятии под ДН, далее по медицинским показаниям: при наличии отрицательной динамики клинических проявлений по данным тестов (см. Приложение 2-3) и/или при подозрении на развитие осложнений заболевания или проводимой терапии; при отсутствии указанных показаний – не чаще, чем 1 раз в год (см. Приложение 4); – определение концентрации предшественника мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) или мозгового натрийуретического пептида (МНП или BNP) при взятии под ДН, далее по медицинским показаниям: при увеличении ФК ХСН по данным теста с 6-минутной ходьбой и (или) по оценке клинического состояния (ШОКС) (см. Приложение 2-4); – ЭКГ не менее 1 раза в год и по медицинским показаниям: при наличии отрицательной динамики клинических проявлений по данным тестов (см. Приложение 2-4) и/или при подозрении на развитие осложнений заболевания или проводимой терапии; – ЭхоКГ ежегодно в первые 2 года, далее по медицинским показаниям: при увеличении ФК ХСН по данным теста с 6-минутной ходьбой и (или) по оценке клинического состояния (ШОКС) (см. Приложение 2-3), при подозрении на развитие осложнений заболевания или проводимой терапии; при отсутствии указанных показаний – не чаще, чем 1 раз в 2 года (см. Приложение 4); – рентгенография органов грудной клетки при взятии под ДН, далее по медицинским показаниям: при увеличении ФК ХСН по данным теста с 6-минутной ходьбой и (или) по оценке клинического состояния (ШОКС) (см. Приложение 2-3), при подозрении на развитие осложнений заболевания или проводимой терапии; при отсутствии указанных показаний – не чаще, чем 1 раз в 2 года (см. Приложение 4);
<p>ХСН ПА стадии, ФК III</p>	<p>Не менее 2 раза в год, плюс</p>	<ul style="list-style-type: none"> – амбулаторное суточное мониторирование ЭКГ при взятии под ДН и пациентам с появившимися (изменившимися) болями в грудной клетке, в том числе, неясного генеза и (или) с предполагаемой аритмией; – лабораторно-инструментальные исследования в соответствии с методическими рекомендациями по ДН основного заболевания, являющегося причиной развития ХСН и (или) в соответствии клиническими рекомендациями по курации пациентов с этим заболеванием; – уточнение диагноза (при необходимости) и определение наличия или отсутствия показаний для



ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ВРАЧОМ-ТЕРАПЕВТОМ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

	<p>1 раз в год дистанционный опрос и консультация пациента</p>	<p>экстренной госпитализации в стационар (см. Приложение 1, 5);</p> <ul style="list-style-type: none">– корректировка терапии (при необходимости) в соответствии с клиническими рекомендациями по курации основного заболевания и Клиническими рекомендациями 2020 «Хроническая сердечная недостаточность» [1]; (см. Приложение 6);– проведение дополнительного (при необходимости) дистанционного (телефонного) опроса и консультирования пациента с ХСН (Приложение 7);– консультация врача-кардиолога и (или) врача-специалиста по профилю основного заболевания при: (1) дестабилизации течения болезни и развитии осложнений; (2) рефрактерной к проводимой терапии ХСН; (3) увеличении ФК ХСН; (4) выявление или подозрение на наличие у пациента ХСН ПБ-III стадии и (или) ФК IV; а также для решения вопроса о необходимости плановой госпитализации (см. Приложение 3);– выполнение рекомендаций врача-кардиолога и (или) врача-специалиста по профилю основного заболевания;– ежегодная вакцинация против вируса гриппа (см. Приложение 3, 5);– вакцинация против пневмококковой инфекции 1 раз в 5 лет (см. Приложение 3, 5); <p>оценка качества оказания первичной медико-санитарной помощи пациенту с ХСН (см. Приложение 3)</p>
--	---	--

Приложение 1. Классификация ХСН

(адаптировано из Клинических рекомендаций 2020 «Хроническая сердечная недостаточность» [1])

В Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10) хронической сердечной недостаточности присвоен код: I50.0 – «Застойная сердечная недостаточность».

В настоящее время в Российской Федерации хроническая сердечная недостаточность (ХСН) одновременно классифицируется по стадиям и функциональным классам (ФК). Выставление в диагнозе не только стадии, но и ФК позволяет разделить тяжесть заболевания и субъективное самочувствие больного, поскольку стадийность болезни (поражения сердца) не связана напрямую с ФК, который, главным образом, определяется переносимостью физической нагрузки.

Классификация по стадиям ХСН:

- **I стадия.** Начальная стадия заболевания (поражения) сердца. Гемодинамика не нарушена. Скрытая сердечная недостаточность. Бессимптомная дисфункция ЛЖ;
- **IIА стадия.** Клинически выраженная стадия заболевания (поражения) сердца. Нарушения гемодинамики в одном из кругов кровообращения, выраженные умеренно. Адаптивное ремоделирование сердца и сосудов;
- **IIБ стадия.** Тяжелая стадия заболевания (поражения) сердца. Выраженные изменения гемодинамики в обоих кругах кровообращения. Деадаптивное ремоделирование сердца и сосудов;
- **III стадия.** Конечная стадия поражения сердца. Выраженные изменения гемодинамики и тяжелые (необратимые) структурные изменения органов–мишеней (сердца, легких, сосудов, головного мозга, почек). Финальная стадия ремоделирования органов.

Классификация ХСН по ФК:

- **I ФК.** Ограничения физической активности отсутствуют: привычная физическая активность не сопровождается быстрой утомляемостью, появлением одышки или сердцебиения. Повышенную нагрузку пациент переносит, но она может сопровождаться одышкой и/или замедленным восстановлением сил.

- **II ФК.** Незначительное ограничение физической активности: в покое симптомы отсутствуют, привычная физическая активность сопровождается утомляемостью, одышкой или сердцебиением.
- **III ФК.** Заметное ограничение физической активности: в покое симптомы отсутствуют, физическая активность меньшей интенсивности по сравнению с привычными нагрузками сопровождается появлением симптомов.
- **IV ФК.** Невозможность выполнить какую-либо физическую нагрузку без появления дискомфорта; симптомы СН присутствуют в покое и усиливаются при минимальной физической активности.

ХСН подразделяется и по фракции выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ):

- ХСН с низкой ФВ (менее 40%) (СНнФВ)
- ХСН с промежуточной ФВ (от 40% до 49%) (СНпФВ)
- ХСН с сохраненной ФВ (50% и более) (СНсФВ)

Примерно половина пациентов ХСН имеют сниженную (менее 40%) фракцию выброса левого желудочка, меньшая часть – нормальную (сохраненную) фракцию выброса ($\geq 50\%$). Группа пациентов с ХСН и промежуточной фракцией выброса (от 40 до 49%) занимает промежуточное положение между СНнФВ, и СНсФВ.

Таблица 2.

Характеристики ХСН в зависимости от фракции выброса левого желудочка.

Тип ХСН	ХСН _н ФВ	ХСН _п ФВ	ХСН _с ФВ
Критерий 1	Симптомы+ признаки*	Симптомы+ признаки*	Симптомы+ признаки*
Критерий 2	ФВ ЛЖ <40%	ФВ ЛЖ = 40 -49%	ФВ ЛЖ ≥50%
Критерий 3		1. Повышение уровня натрийуретических пептидов ^а 2. Наличие, по крайней мере, одного из дополнительных критериев: А) структурные изменения сердца (ГЛЖ и/или УЛП) В) диастолическая дисфункция	1. Повышение уровня натрийуретических пептидов ^а 2. Наличие, по крайней мере, одного из дополнительных критериев: А) структурные изменения сердца (ГЛЖ и/или УЛП) В) диастолическая дисфункция

Примечание. ГЛЖ - гипертрофия миокарда левого желудочка; УЛП - увеличение левого предсердия.

*- Симптомы могут отсутствовать на ранних стадиях ХСН или у пациентов, получающих диуретическую терапию; ^а-уровень мозгового натрийуретического пептида (BNP) >35 пг/мл или N-концевого мозгового натрийуретического пропептида (NTproBNP)>125 пг/мл.

Термин «хроническая недостаточность кровообращения» (ХНК) был введен А.Л. Мясниковым, и является по сути синонимом термина «хроническая сердечная недостаточность», но был в употреблении только в нашей стране. На сегодняшний день не рекомендован для подмены термина ХСН.

Приложение 2. Шкала оценки клинического состояния (ШОКС) пациента с ХСН
(Клинические рекомендации 2020 «Хроническая сердечная недостаточность» [1])

Симптом/признак	Выраженность симптома/признака в баллах	Количество баллов
Одышка	0 – нет 1 – при нагрузке 2 – в покое	
Изменился ли за последнюю неделю вес	0 – нет 1 – увеличился	
Жалобы на перебои в работе сердца	0 – нет 1 – есть	
В каком положении находится в постели	0 – горизонтально 1 – с приподнятым головным концом (две и более подушки 2 – плюс просыпается от удушья 3 – сидя	
Набухшие шейные вены	0 – нет 1 – лежа 2 – стоя	
Хрипы в легких	0 – нет 1 – нижние отделы (до $\frac{1}{3}$) 2 – до лопаток (до $\frac{2}{3}$) 3 – над всей поверхностью легких	
Наличие третьего тона (ритм галопа)	0 – нет 1 – есть	
Печень	0 – не увеличена 1 – до 5 см	

	2 – более 5 см	
Отеки	0 – нет 1 – пастозность 2 – отеки 3 – анасарка	
Уровень САД	0 – более 120 мм рт. ст. 1 – 100–120 мм рт. ст. 2 – менее 100 мм рт. ст.	
ИТОГО		
<p>0 баллов – отсутствие клинических признаков СН. I ФК – меньше или равно 3 баллам; II ФК – от 4 до 6 баллов; III ФК – от 7 до 9 баллов; IV ФК – больше 9 баллов.</p>		

Приложение 3. Тест с шестиминутной ходьбой

(адаптировано из Клинических рекомендаций 2020 «Хроническая сердечная недостаточность» [1])

Проведение нагрузочных тестов рекомендуется для оценки функционального статуса и эффективности лечения. В рутинной клинической практике рекомендуется использовать **тест с 6-минутной ходьбой** (УУР А; УДД 2. см. Приложение 8). За 6 минут пациенту предлагается пройти как можно большее расстояние, при этом нельзя бежать или перемещаться перебежками. Обычно рекомендуется ходьба по коридору туда и обратно. Если появится одышка или слабость, пациент может замедлить темп ходьбы, при необходимости остановиться и отдохнуть. При возникновении стенокардитических болей или отчетливого сердцебиения (аритмий) проведение теста необходимо прекратить. Если пациент пройдет более 550 м — это соответствует норме (отсутствию ХСН), если 426-550 м — это I ФК ХСН, 301-425 м — II ФК, 151-300 м — III ФК и менее 150 м — IV ФК.

Функциональный класс ХСН	Дистанция 6-минутной ходьбы, м
0	551
I	426-550
II	301-425
III	151-300
IV	<150

Приложение 4. Критерии оценки качества оказания первичной медико-санитарной помощи пациентам с ХСН

№	Критерии качества	Проведено медицинское вмешательство при:		
		установлении первичного диагноза (да/нет)	выявлении медицинских показаний* в процессе ДН (да/нет)	отсутствии медицинских показаний (с профилактической целью) (да/нет) (частота проведения)
1	Выполнена ЭКГ в 12 отведениях	да	да	да, не чаще 1 раза в год
2	Выполнена рентгенография органов грудной клетки	да	да	нет
3	Выполнена ЭхоКГ	да	да	да, не чаще 1 раза в 2 года
4	Выполнен биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, расчетная скорость клубочковой фильтрации, калий, натрий, глюкоза, билирубин, АЛТ, АСТ)	да	да	да не чаще 1 раз в год
5	Выполнен общий анализ крови	да	да	да не чаще 1 раз в год
6	Выполнен общий анализ мочи	да	да	да не чаще 1 раз в год
7	Выполнено определение уровня натрийуретических пептидов (мозгового натрийуретического пептида/N-концевого фрагмента прогормона мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP)	да	да	нет

8	Консультация врача-кардиолога и (или) врача-специалиста по профилю основного заболевания и выполнение их рекомендаций	<i>да</i>	<i>да</i>	<i>нет</i>
9	Начат подбор терапии иАПФ/АРА/валсартан+сакубитрил, бета-адреноблокаторов и альдостерона антагонистами или проведена коррекция их дозы согласно существующим рекомендациям	<i>да</i>	<i>да</i>	<i>нет</i>
10	Проведено краткое профилактическое консультирование (КПК) по факторам сердечно-сосудистого риска, с акцентом на коррекцию выявленных у пациента факторов риска, соблюдение солевого режима и контроля водного баланса, а также направление в школу для пациентов с ХСН и (или) на углубленное профилактическое консультирование (УПК) в отделение (кабинет) медицинской профилактики или центр здоровья;	<i>да</i>	<i>да</i>	<i>да, не реже 1 раза в год для КПК да, не чаще 1 раза в 3 года для УПК</i>
11	Вакцинация против вируса гриппа	<i>нет</i>	<i>нет</i>	<i>да, не реже 1 раза в год</i>
12	Вакцинация против пневмококковой инфекции	<i>нет</i>	<i>нет</i>	<i>да, не реже 1 раза в 5 лет</i>

* Медицинскими показаниями в большинстве случаев являются: (1) отрицательная динамика клинических проявлений ХСН и увеличение функционального класса ХСН по данным тестов (см. Приложение 2-3) и/или подозрение на развитие осложнений заболевания или проводимой терапии.

Приложение 5. Факторы, влияющие на исход заболевания, показания к госпитализации

(выдержки из Клинических рекомендаций 2020 «Хроническая сердечная недостаточность» [1])

Высокая смертность от СН обусловлена, в первую очередь, сердечно-сосудистыми причинами, в том числе прогрессированием СН. Повторные госпитализации по поводу острой декомпенсации хронической сердечной недостаточности является самым мощным предиктором летального исхода. По данным регистра OPTIMIZE-HF 29,9% пациентов со сниженной ФВЛЖ и 29,2% с $ФВ \geq 40\%$ госпитализируются повторно в течение 90 дней после выписки.

Основными некардиальными причинами декомпенсации СН являются инфекции, неприверженность медикаментозной терапии, несоблюдение водно-солевого режима, злоупотребление алкоголем, прием нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), кортикостероидов, препаратов с отрицательным инотропным или кардиотоксичным эффектом.

Инфекции.

До 38% декомпенсаций СН, потребовавших госпитализации, обусловлены различными инфекционными заболеваниями, в том числе респираторными инфекциями - в 15,3-20% случаев. Частота госпитализации пациентов с ХСН значительно повышается во время сезонного гриппа. Кроме того, наличие респираторной инфекции, включая пневмонию, является предиктором неблагоприятного исхода у пациентов с декомпенсацией СН. Учитывая связь этих заболеваний, есть основания полагать, что, воздействуя на респираторные инфекции, можно повлиять на течение СН. В первую очередь это относится к гриппу и пневмококковой инфекции, против которых имеются дешевые и доступные вакцины. К настоящему времени отсутствуют завершенные рандомизированные клинические исследования, в которых бы изучалась эффективность такой иммунизации пациентов с СН. Тем не менее, результаты большинства обсервационных работ свидетельствуют о положительном влиянии использования противогриппозных и противопнеumoкокковых вакцин. В наиболее крупном Датском национальном когортном исследовании, включившем 134 048 пациентов с ХСН, ежегодная вакцинация против гриппа сопровождалась снижением риска смерти как от сердечно-сосудистых, так и всех причин на 19%. Наиболее выраженным был эффект в случае вакцинации в начале сезона гриппа (сентябрь-октябрь).

Данных о влиянии противопневмококковой вакцинации на течение СН еще меньше. Рандомизированные контролируемые исследования так же проводились. В 2020 году опубликован мета-анализ, включивший 7 обсервационных исследований, по данным которого противопневмококковая вакцинация была ассоциирована с 22% снижением риска смерти у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в т.ч. СН, или с очень высоким риском их развития. В заключение авторы подчеркнули, что из-за дизайна исследования, а также серьезного риска систематической ошибки в трех из включенных исследований, уровень достоверности результатов снижается.

Несмотря на отсутствие рандомизированных клинических исследований, в Европейском и Американском руководствах по диагностике и лечению СН содержатся **рекомендации по проведению противогриппозной и противопневмококковой иммунизации пациентов с СН**, хотя и без указания класса рекомендации и уровня доказанности.

- Противогриппозная и протипневмококковая вакцинация рекомендуется всем пациентам ХСН (при отсутствии противопоказаний) для снижения риска смерти (УУР С; УДД 3. см. Приложение 8).

Прием НПВП.

НПВП, блокируя компенсаторно повышенный синтез простагландинов у пациентов с СН, повышают сосудистое сопротивление и снижают почечный кровоток, клубочковую фильтрацию и натрийурез. Эти механизмы вызывают задержку натрия и жидкости, что повышает риск развития декомпенсации СН. Метаанализ обсервационных исследований, опубликованный в 2016 году, подтвердил негативное влияние НПВП на течение СН. Максимальное повышение риска декомпенсации СН наблюдалось при использовании неселективных НПВП, при применении ингибиторов ЦОГ-2 это повышение было меньше и не достигало статистической достоверности. В то же время авторы подчеркнули, что такая разница могла быть обусловлена статистической ошибкой из-за малого количества исследований с ингибиторами ЦОГ-2

Водно-солевой режим.

Проведенные исследования **не подтвердили необходимость жесткого ограничения потребления воды и соли**. В то же время дизайн и мощность исследований не позволяют сформулировать четкие рекомендации с указанием класса и уровнем доказанности. Тем не менее, **пациентам с СН следует контролировать**

объем потребляемой жидкости (1,5-2 литра в сутки) и соли (не более 6 граммов соли в сутки).

Алкоголь.

Алкоголь строго запрещен только для пациентов с алкогольной кардиопатией. Для всех остальных пациентов с ХСН ограничение приема алкоголя имеет вид обычных рекомендаций – не более 20 мл чистого спирта в день для мужчины и 10 мл – для женщины.

Показания для экстренной госпитализации

Показания для госпитализации в медицинскую организацию (экстренная, стационар):

- С целью снижения риска общей, сердечно-сосудистой смертности и профилактики риска внезапной смерти рекомендуется госпитализация пациентов с декомпенсацией сердечной недостаточности, нестабильностью гемодинамики и наличии жизнеугрожающих нарушений ритма (УРР В; УДД 3. см. Приложение 8).

Комментарии. К жизнеугрожающим состояниям при декомпенсации сердечной недостаточности относятся отек лёгких, купированный или не купированный на догоспитальном этапе, кардиогенный шок, повышение ФК ЛУНА ХСН на два уровня, гипотония (САД <90 мм рт.ст.) и высокий риск острой левожелудочковой недостаточности, гипертония (САД >180 мм рт.ст.) или пароксизмальные нарушения ритма с явлениями декомпенсации хотя бы по одному кругу кровообращения, частота дыхания >25/мин, ЧСС <40 или >130 уд/мин, жизнеугрожающие нарушения ритма, или потребность удвоения в/в петлевых диуретиков без эффективного диуретического ответа, а также необходимость в интубации, наличие симптомов гипоперфузии, сатурация кислородом (SpO₂) <90% (несмотря на терапию кислородом), использование дополнительного усиления дыхательных мышц.

Показания к выписке пациента из медицинской организации (стационар):

- Пациентам с СН, у которых купированы симптомы декомпенсации сердечной недостаточности и достигнута стабилизация показателей гемодинамики, подтвержденных клинически, инструментально и лабораторно, рекомендуется



ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ВРАЧОМ-ТЕРАПЕВТОМ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

выписка из стационара для дальнейшего наблюдения и лечения на амбулаторном этапе (УРР А; УДД 1. см. Приложение 8).

Приложение 6. Лечение ХСН

(выдержки из Клинических рекомендаций 2020 «Хроническая сердечная недостаточность» [1])

3.1 Консервативное лечение

3.1.1. Основные задачи лечения пациентов с ХСН

- устранение симптомов ХСН (одышка, отеки и т.п.),
- улучшение качества жизни,
- снижение количества госпитализаций
- улучшение прогноза.

Снижение смертности и числа госпитализаций является главным критерием эффективности терапевтических мероприятий. Как правило, это сопровождается реверсией ремоделирования ЛЖ и снижением концентраций натрийуретических пептидов.

Для любого пациента так же чрезвычайно важно, чтобы проводимое лечение позволяло ему добиться устранения симптомов болезни, улучшало качество жизни и повышало его функциональные возможности, что, однако, не всегда сопровождается улучшением прогноза у пациентов с ХСН. Тем не менее, отличительной чертой современной эффективной фармакотерапии является достижение всех обозначенных целей лечения.

3.1.2 Терапия, рекомендованная пациентам с симптоматической СН и сниженной ФВЛЖ

- **Ингибиторы АПФ (иАПФ)/антагонисты рецепторов ангиотензина (АРА) II/валсартан+сакубитрил, бета-адреноблокаторы (β -АБ) и альдостерона антагонисты** рекомендуются в составе комбинированной терапии для лечения всем пациентам с симптоматической сердечной недостаточностью (ФК II-IV) и сниженной фракцией выброса ЛЖ $<40\%$ для снижения госпитализации из-за СН и смерти (УУР А; УДД 2. см. Приложение 8).
- иАПФ рекомендуются всем пациентам с симптоматической сердечной недостаточностью и сниженной фракцией выброса ЛЖ при отсутствии

противопоказаний для снижения риска госпитализации из-за СН и смерти (**УУР А; УДД 2.** см. Приложение 8).

- иАПФ рекомендуются пациентам с бессимптомной систолической дисфункцией ЛЖ и инфарктом миокарда в анамнезе для профилактики развития симптомов СН (**УУР А; УДД 2.** см. Приложение 8).
- иАПФ рекомендуются пациентам с бессимптомной систолической дисфункцией ЛЖ без перенесенного инфаркта миокарда в анамнезе для профилактики развития симптомов СН (**УУР А; УДД 2.** см. Приложение 8).
- Для лечения ХСН применяются следующие иАПФ: каптоприл, хинаприл, лизиноприл, периндоприл, рамиприл, спираприл, фозиноприл, эналаприл и другие (таблица 3).

Таблица 3.

Рекомендованные препараты и дозы для лечения ХСН

Ингибитор АПФ	Начальная доза	Максимальная доза
Каптоприл	по 6,25 мг 3 раза в день	по 50 мг 3 раза в день
Эналаприл	по 2,5 мг 1-2 раза в день ¹	по 10-20 мг 2 раза в день
Лизиноприл	2.5-5 мг однократно	20 мг однократно
Рамиприл	1,25 мг однократно	по 5 мг 2 раза в день, либо 10 мг однократно
Периндоприл	2,5 мг однократно	10 мг однократно
Хинаприл	5 мг 1-2 раза в день	20 мг 2 раза в день
Спираприл	3 мг однократно в сутки	6 мг однократно в сутки

Фозиноприл	5 мг 1-2 раза в день	10-40 мг в сутки
------------	----------------------	------------------

! Применение эналаприла в начальной дозе 2,5 мг 2 раза не соответствует режиму дозирования, указанному в инструкции по применению лекарственного препарата, однако клиническая эффективность и безопасность данного режима были показаны в рандомизированном клиническом исследовании SOLVD с 12-летним периодом наблюдения пациентов, в связи с чем данный режим дозирования рекомендован к применению.

Nota bene! Практические аспекты применения иАПФ у пациентов ХСНФВ изложены в Приложении А3-1 Клинических рекомендаций [1])

- **Валсартан+сакубитрил** рекомендуется применять вместо иАПФ/АРА у пациентов с симптоматической СН со сниженной ФВЛЖ и сохраняющимися симптомами СН, несмотря на оптимальную терапию иАПФ/АРА, бета-адреноблокаторами и альдостерона антагонистами для снижения риска госпитализаций из-за СН и смерти. (УУР А; УДД 2. см. Приложение 8).
- Инициация терапии **валсартан+сакубитрил** вместо иАПФ/АРА рекомендуется у пациентов со сниженной ФВЛЖ, госпитализированных по причине декомпенсации ХСН после стабилизации параметров гемодинамики для дальнейшего снижения риска госпитализаций из-за СН и смерти (УУР В; УДД 2. см. Приложение 8).

Комментарии. Рекомендуется стартовая доза при стабильной ХСН валсартан+сакубитрил 49/51 мг 2 раза в день, целевая доза – 97/103 мг 2 раза в день. У пациентов, не получавших ранее терапию иАПФ или АРА, или получавших эти препараты в низких дозах, начинать терапию валсартан+сакубитрил следует в дозе 25,7/24,3 мг 2 раза в сутки с медленным повышением дозы.

При инициации терапии во время декомпенсации ХСН после стабилизации гемодинамики начальная доза валсартан+сакубитрил 24/26 мг 2 раза в день.

Перевод на валсартан+сакубитрил осуществляется не ранее чем через 36 часов после приема последней дозы иАПФ.

- **β-АБ** дополнительно к иАПФ рекомендуются всем пациентам со стабильной симптоматической сердечной недостаточностью и сниженной фракцией выброса

ЛЖ для снижения риска госпитализации из-за СН и смерти (УУР А; УДД 2. см. Приложение 8).

Комментарии. *Терапия иАПФ и β -АБ должна начинаться как можно раньше у пациентов с ХСН и сниженной ФВ ЛЖ. β -АБ так же обладают антиишемическим эффектом, более эффективны в снижении риска внезапной смерти, и их применение приводит к быстрому снижению смертности пациентов ХСН по любой причине.*

- β -АБ рекомендуются пациентам после перенесенного ИМ и с наличием систолической дисфункции ЛЖ для снижения риска смерти и профилактики развития симптомов СН (УУР А; УДД 2. см. Приложение 8).
- У пациентов с декомпенсацией ХСН, если β -АБ уже были назначены до возникновения симптомов декомпенсации, рекомендуются продолжение терапии, при необходимости - в уменьшенной дозе для улучшения прогноза (УУР В; УДД 2. см. Приложение 8).

Комментарии. *При наличии симптомов выраженной гипоперфузии возможна полная отмена терапии β -АБ, с последующим обязательным ее возобновлением при стабилизации состояния.*

Рекомендованные при ХСН β -АБ и их дозировки представлены в таблице 4.

Таблица 4.

Рекомендованные при ХСН β -АБ и их дозировки

Бета-адреноблокатор	Начальная доза	Целевая доза
Бисопролол	1,25 мг один раз в день	10 мг один раз в день
Карведилол	3,125 мг дважды в день	25-50 мг дважды в день
Метопролол, таблетки пролонгированным	с 12,5-25 мг один раз в день	200 мг один раз в день

высвобождением/продолжительного действия		
Небиволол	1,25 мг один раз в день	10 мг один раз в день

Nota bene! Практические аспекты применения β -АБ у пациентов ХСНнФВ изложены в Приложении А3-2 Клинических рекомендаций [1])

- **Антагонисты минералокортикоидных рецепторов (МКР) или альдостерона антагонисты** (основные представители: конкурентный антагонист альдостерона **спиронолактон** и селективный антагонист МКР **эплеренон**, который практически полностью лишен нежелательных эффектов спиронолактона, обусловленных взаимодействием с андрогенными и прогестероновыми рецепторами с развитием у пациента гинекомастии, масталгии, импотенции, гирсутизма, нарушений менструального цикла). Антагонисты МКР рекомендуются всем пациентам с ХСН II-IV ФК и ФВ ЛЖ $\leq 40\%$, для снижения риска госпитализации из-за СН и смерти. (УУР А; УДД 2. см. Приложение 8).

Комментарии. При применении альдостерона антагонистов в комбинации с иАПФ/АРА и β -АБ наиболее опасно развитие выраженной гиперкалиемии $\geq 6,0$ ммоль/л, что встречается в повседневной клинической практике значительно чаще, нежели чем в проведенных исследованиях.

Альдостерона антагонисты должны назначаться как во время стационарного лечения, так амбулаторно, если не были назначены ранее, начальные и целевые дозы представлены в таблице 5.

Таблица 5.

Дозы антагонистов МКР (альдостерона антагонистов), рекомендованных в лечении пациентов ХСН

Препарат	Начальная доза	Целевая доза	Максимальная доза
Спиронолактон	25 мг однократно	25-50 мг однократно	200 мг/сут

Эплеренон	25 мг однократно	50 мг однократно	50 мг/сут
-----------	------------------	---------------------	-----------

Nota bene! Практические аспекты применения антагонистов МКР (альдостерона антагонистов) у пациентов с ХСНнФВ изложены в Приложении А3-3 Клинических рекомендаций [1])

- **Дапаглифлозин.** Пациентам с ХСНнФВ с сохраняющимися симптомами СН несмотря на терапию иАПФ/АРА/валсартан+сакубитрил, β -АБ и альдостерона антагонистами рекомендован препарат **дапаглифлозин** для снижения риска сердечно-сосудистой смерти и госпитализаций по поводу СН (УУР А; УДД 2. см. Приложение 8).

Комментарии. Основным показанием для **дапаглифлозина** является *инсулиннезависимый сахарный диабет, однако результаты завершившегося исследования DAPA-HF* назначение **дапаглифлозина** у пациентов с ХСНнФВ и без сахарного диабета сопровождалось снижением риска сердечно-сосудистой смерти и госпитализаций по поводу СН. Режим дозирования **дапаглифлозина**: стартовая доза - 10 мг/сутки; максимальная доза - 10 мг/сутки

- **Диуретики.** В отличие от остальных средств терапии эффект диуретиков на заболеваемость и смертность пациентов с ХСН в длительных исследованиях не изучался. Тем не менее, применение мочегонных препаратов устраняет симптомы, связанные с задержкой жидкости (периферические отеки, одышку, застой в легких), что обосновывает их использование у пациентов с ХСН независимо от ФВЛЖ.
- Диуретики рекомендуются для улучшения симптомов СН и повышения физической активности у пациентов с признаками задержки жидкости. (УУР А; УДД 1. см. Приложение 8).
- Назначение диуретиков рекомендуется для снижения риска госпитализации из-за СН у пациентов с симптомами задержки жидкости (УУР В; УДД 1. см. Приложение 8).

Комментарии. Диуретики вызывают быструю регрессию симптомов ХСН в отличие от других средств терапии ХСН.

Оптимальной дозой диуретика считается та низшая доза, которая обеспечивает поддержание пациента в состоянии эуволемии, т.е. когда ежедневный прием мочегонного препарата обеспечивает сбалансированный диурез и постоянную массу тела. У пациентов ХСН диуретики должны применяться в комбинации с β -АБ, иАПФ/АРА, альдостерона антагонистами (при отсутствии противопоказаний к данным группам препаратов).

Диуретики, рекомендуемые для лечения ХСН, представлены в таблице 6.

Таблица 6.

Дозы диуретиков, наиболее часто используемых в лечении пациентов ХСН

Диуретик	Начальная доза		Обычная дневная доза	
Петлевые диуретики				
Фуросемид	20-40мг		40-240мг	
Торасемид	5-10мг		10-20мг	
Тиазидные диуретики				
Гидрохлоротиазид	12,5-25мг		12,5-100мг	
Калийсберегающие диуретики				
	+	-	+	-
	иАПФ/АРА	иАПФ/АРА	иАПФ/АРА	иАПФ/АРА
Спиронолактон	75 мг		100-300 мг	
Эплеренон				

Nota bene! Практические аспекты применения диуретиков у пациентов с ХСНнФВ изложены в Приложении А3-4 Клинических рекомендаций [1])

- **Применение антагонистов рецепторов ангиотензина II (АРА)** рекомендуется пациентам с ХСН со сниженной ФВ ЛЖ $\leq 40\%$ только в случае непереносимости иАПФ для уменьшения количества госпитализаций и смертности (**УУР В; УДД 1**. см. Приложение 8).
- Присоединение АРА **не рекомендуются** у пациентов, имеющих симптомы СН (II-IV ФК), получающих терапию иАПФ и β -АБ (**УУР А; УДД 1**. см. Приложение 8).

Комментарии. В этом случае дополнительно к иАПФ и β -АБ рекомендуется присоединение альдостерона антагонистов (эплеренона или спиронолактона).

- АРА рекомендуются пациентам с симптомами СН, неспособных переносить иАПФ (пациенты также должны принимать бета-адреноблокаторы и альдостерона антагонисты) для снижения риска госпитализаций из-за СН и смерти по сердечно-сосудистой причине (**УУР А; УДД 2**. см. Приложение 8).

Комментарии. Под «непереносимостью» иАПФ следует понимать: наличие индивидуальной непереносимости (аллергии), развитие ангионевротического отека, кашля. Нарушение функции почек, развитие гиперкалиемии и гипотонии при лечении иАПФ в понятие «непереносимость» не входит и может наблюдаться у пациентов с ХСН с одинаковой частотой как при применении иАПФ, так и АРА.

- **Не рекомендована «тройная» блокада РААС** (комбинация иАПФ + альдостерона антагонисты + АРА) к применению у пациентов ХСН ввиду высокого риска развития гиперкалиемии, ухудшения функции почек и гипотонии (**УУР А; УДД 2**. см. Приложение 7).
- АРА, рекомендуемые для применения у пациентов с ХСН, представлены в таблице 8.

Таблица 7.

АРА, рекомендуемые для применения у пациентов с ХСН

Препарат	Начальная доза	Целевая доза
Кандесартан	4 мг однократно	32 мг однократно
Валсартан	40 мг два раза в день	160 мг два раза в день
Лозартан	12,5 мг однократно	150 мг однократно

Nota bene! Практические аспекты применения АРА у пациентов с ХСН и ФВ изложены в Приложении А3-5 Клинических рекомендаций [1])

3.1.3. Терапия, не рекомендованная (не доказан положительный эффект) пациентам с симптоматической СН и сниженной ФВЛЖ

- При отсутствии дополнительных показаний терапия ингибиторами ГМГ-КоА редуктазы для лечения ХСН с ФВ $\leq 40\%$ любой этиологии не рекомендуется (УУР А; УДД 1. см. Приложение 8).

Комментарии. Польза от применения ингибиторов ГМГ-КоА редуктазы у пациентов с ХСН не доказана. Исследования CORONA и GISSI-HF, в которых наблюдались пациенты ХСН II-IV ФК, ишемической и не ишемической этиологии, с ФВ ЛЖ $\leq 40\%$, находящиеся на стандартной терапии β -АБ, иАПФ/АРА и альдостерона антагонисты не выявили дополнительного влияния розувастатина на прогноз.

- Назначение оральных антикоагулянтов пациентам с ХСН и синусовым ритмом, если нет других показаний, не рекомендуется в связи с отсутствием их влияния на снижение смертности (УУР А; УДД 1. см. Приложение 8).
- Прямые ингибиторы ренина (как дополнительное средство терапии к иАПФ/АРА/валсартан+сакубитрил, β -АБ и альдостерона антагонистами) не рекомендуются для лечения ни одной из групп пациентов с ХСН (УУР А; УДД 2. см. Приложение 8).

Комментарии. *Результаты завершившихся исследований (ASTRONAUT – пациенты после декомпенсации ХСН, высокого риска; ALTITUDE – пациенты с сахарным диабетом, остновлено досрочно) свидетельствуют об отсутствии дополнительного положительного влияния прямых ингибиторов ренина на прогноз и госпитализации пациентов ХСН, а также об увеличении риска развития гипотонии, гиперкалиемии и нарушения функции почек, особенно у пациентов с сахарным диабетом.*

3.1.4. Терапия, применение которой может быть опасно, и не рекомендовано для пациентов с ХСН II-IV ФК и сниженной ФВЛЖ.

- Тиазолидиндионы, так как вызывают задержку жидкости, в связи с чем, повышают риск развития декомпенсации (УУР А; УДД 1. см. Приложение 8).
- Большинство блокаторов «медленных» кальциевых каналов (син. антагонистов кальция) (дилтиазем, верапамил, коротко действующие дигидропиридины) не рекомендуются к применению при СН из-за наличия отрицательного инотропного действия, что способствует развитию декомпенсации у пациентов с ХСН (УУР А; УДД 2. см. Приложение 8).

Комментарии. *Исключение составляют фелодипин и амлодипин, которые не влияют на прогноз пациентов с ХСН (исследования PRAISE I и II; V-HeFT III).*

- Применение НПВП и ингибиторов ЦОГ-2 не рекомендуется при ХСН, так как НПВП и ингибиторы ЦОГ-2 провоцируют задержку натрия и жидкости, что повышает риск развития декомпенсации у пациентов с ХСН (УУР С; УДД 4. см. Приложение 8).
- Антиаритмики I класса не рекомендуются пациентам с ХСН, так как повышают риск внезапной смерти у пациентов с систолической дисфункцией ЛЖ. (УУР А; УДД 2. см. Приложение 8).

3.1.6. Особенности лечения пациентов с ХСН и фибрилляцией предсердий

Вне зависимости от ФВ ЛЖ всем пациентам ХСН и фибрилляцией предсердий (ФП), особенно в случае впервые зарегистрированного эпизода ФП или пароксизмальной форме ФП, рекомендуется:

- выявить потенциально корректируемые причины (гипо- или гипертиреозидизм, электролитные нарушения, неконтролируемая АГ, пороки митрального клапана) и провоцирующие факторы (хирургическое вмешательство, инфекция дыхательных путей, обострение астмы/хронической обструктивной болезни легких, острая ишемия миокарда, злоупотребление алкоголем), определяющие основную тактику ведения пациента;
- оценить риск инсульта и необходимость назначения антикоагулянтной терапии;
- оценить частоту желудочковых сокращений и необходимость их контроля;
- оценить симптомы ФП и ХСН. (УУР С; УДД 5. см. Приложение 8).
- для установления риска тромбоэмболических осложнений у пациентов с фибрилляцией предсердий рекомендовано использовать шкалу CHA₂DS₂-VASc (УУР В, УДД 3. см. Приложение 8).

Комментарии. *Необходимость профилактики инсульта и артериальных тромбоэмболических осложнений при неклапанной фибрилляции предсердий определяется суммой баллов по шкале CHA₂DS₂-VASc.*

**Оценка фибрилляции предсердий по шкале CHA(2)DS(2)-VASc
для определения риска инсульта [3]**

Клинические признаки

- Ишемическая болезнь сердца или дисфункция левого желудочка (1 балл)
- Гипертензия (1 балл)
- Сахарный диабет (1 балл)
- Наличие в анамнезе инсульта, ТИА или тромбоэмболии (2 балла)
- Наличие в анамнезе заболеваний сосудистой системы (инфаркт миокарда, коронарный атеросклероз или заболевание периферических сосудов) (1 балл)

Возраст

- 65–74 года (1 балл)
- ≥ 75 лет (2 балла)

Пол

- Женщины (1 балл)
- Мужчины (0 баллов)

Общий результат: суммарное число баллов _____ (от 0 до 9 баллов)

Скорректированные величины риска инсульта в зависимости от суммарного числа баллов:

0 баллов):	0% инсультов в год
1 балл:	1.3% инсультов в год
2 балла:	2.2% инсультов в год
3 балла:	3.2% инсультов в год
4 балла:	4% инсультов в год
5 баллов:	6.7% инсультов в год
6 баллов:	9.8% инсультов в год
7 баллов:	9.6% инсультов в год
8 баллов:	6.7% инсультов в год
9 баллов:	15.2% инсультов в год

Рекомендуется:

- назначать аспирин или не проводить терапии при количестве баллов 0;
- назначать пероральный прием антикоагулянтов в случае, если пациент-женщина набирает 2 балла и более. а пациент-мужчина – 3 и более баллов

- Терапия оральными антикоагулянтами для профилактики тромбоэмболических осложнений рекомендуется пациентам с пароксизмальной или персистирующей/постоянной формой ФП, при отсутствии противопоказаний и независимо от выбранной стратегии ведения пациента (контроль ЧСС и контроль ритма) (УУР А; УДД 1. см Приложение 8).
- Решение вопроса о назначении терапии оральными антикоагулянтами для профилактики тромбоэмболических осложнений рекомендуется всем пациентам с пароксизмальной или персистирующей/постоянной формой ФП, имеющим по шкале CHA2DS2-VASc 2 и более баллов для мужчин и 3 и более баллов для женщин (УУР А; УДД 2. см. Приложение 8).
- При инициации антикоагулянтной терапии у пациентов ХСН и неклапанной ФП рекомендовано, при отсутствии противопоказаний, назначение прямых антикоагулянтов (гепарина и его производных) перорально, но не непрямым антикоагулянтам (антагонистов витамина К), в связи с меньшим риском развития инсульта, геморрагических интракраниальных осложнений и смерти (УУР А; УДД 1. см. Приложение 8).

- Рекомендуется перевод на прием апиксабана**, ривароксабана** или дабигатрана этексилата** пациентов с ХСН и фибрилляцией предсердий, находящихся на терапии непрямым антикоагулянтом (антагонистами витамина К), в случае плохого контроля МНО или предпочтения пациента при отсутствии противопоказаний для увеличения эффективности и безопасности терапии (УУР В; УДД 1. См Приложение 8).
- Пациентам с ХСН рекомендована терапия иАПФ/АРА/ валсартан+сакубитрил**, β-АБ и альдостерона антагонистами в том числе для снижения частоты возникновения ФП (УУР А; УДД 1. см. Приложение 8).
- Амиодарон** рекомендован пациентам с ХСН и ФП для фармакологической кардиоверсии. (УУР В; УДД 2. см. Приложение 8).
- Применение амиодарона** рекомендовано у пациентов с пароксизмальной формой ФП в случае неэффективности терапии β-АБ для контроля симптомов (УУР В; УДД 2. см. Приложение 8).
- Экстренная электрическая кардиоверсия рекомендуется всем пациентам с ХСН, если ФП привела к гемодинамической нестабильности, для улучшения клинического состояния пациента (УУР С; УДД 5. см. Приложение 8).

Комментарии. *Под гемодинамической нестабильностью следует понимать значимое снижение артериального давления, сопровождающееся пресинкопальным/синкопальным состоянием, острой декомпенсацией сердечной недостаточности.*

- Внутривенное болюсное введение **амиодарона** или **дигоксина** рекомендуется пациентам с ХСН IV ФК, в дополнение к лечению острой СН для уменьшения частоты сокращений желудочков (ЧСЖ) (УУР В; УДД 2. см. Приложение 8).

Комментарии. *Оптимальной ЧСЖ на фоне ФП является ЧСЖ от 80 до 100 уд/мин в покое, однако в некоторых случаях ЧСЖ до 110 может быть приемлема.*

- Для пациентов с ХСН I-III ФК, находящихся в состоянии эуволемии, пероральное назначение бета-адреноблокаторов рекомендуется в качестве первой линии терапии для контроля ЧСЖ (УУР В; УДД 2. см. Приложение 8).

Комментарии. У пациентов с ХСН и ФП β -АБ не улучшают прогноза по сравнению с другими препаратами, контролирующими частоту сокращения желудочков.

- Для пациентов с ХСН I-III ФК класса рекомендуется применение **дигоксина** в тех случаях, когда ЧСЖ остается высокой несмотря на применение β -АБ или при невозможности назначения β -АБ для контроля ЧСЖ (УУР В; УДД 2. см. Приложение 8).

Комментарии. Оптимальной ЧСЖ на фоне ФП является ЧСЖ от 60 до 100 уд/мин в покое, однако в некоторых случаях ЧСЖ до 110 может быть приемлема.

- Катетерная абляция АВ-узла рекомендуется в отдельных случаях для контроля ЧСС и улучшения симптомов у пациентов резистентных или не отвечающих на интенсивную фармакологическую терапию контроля ритма или ЧСС, принимая во внимание, что эти пациенты становятся зависимыми от кардиостимулятора (УУР В; УДД 2. см. Приложение 8).
- Электрическая кардиоверсия или медикаментозная кардиоверсия амиодароном** в случае выбора тактики контроля ритма рекомендуется у пациентов с сохраняющимися симптомами ХСН, несмотря на оптимальное медикаментозное лечение и адекватный контроль ЧСЖ, для улучшения симптомов/клинического статуса пациента (УУР В; УДД 2. см. Приложение 8).

Комментарии. Следует учитывать вероятность удержания синусового ритма при принятии решения о проведении кардиоверсии.

- Изоляция устьев легочных вен рекомендована пациентам с ХСН и пароксизмальной формой ФП в тех случаях, когда пароксизмы вызывают неприятные симптомы, несмотря на применение рекомендованной медикаментозной терапии и лечение с помощью имплантированных устройств для улучшения клинической симптоматики (УУР А; УДД 1. см. Приложение 8).

- Абляция устьев легочных вен рекомендована у пациентов с ХСНнФВ, персистирующей формой фибрилляции предсердий и имплантированными устройствами, препятствующими развитию брадикардии, если достижение и удержание синусового ритма считаются вероятными, особенно если начало ФП было связано с ухудшением симптомов сердечной недостаточности или пациент является кандидатом для СРТ*** для уменьшения симптомов сердечной недостаточности (УУР А; УДД 1. см. Приложение 8).

Комментарии. *Абляция устьев легочных вен с меньшей вероятностью будет успешной у пациентов с длительной ФП и значительной дилатацией правого или левого предсердия.*

- В отдельных случаях, если пароксизмы ФП провоцируют тяжелые симптомы или абляция легочных вен неэффективна или невозможна, рекомендована катетерная абляция АВ узла с одновременной правожелудочковой стимуляцией с целью уменьшения симптомов сердечной недостаточности (УУР В; УДД 2. см. Приложение 8).
- **Амиодарон** рекомендуется пациентам с ХСН и ФП в случае выбора тактики контроля ритма до (и после) успешной электрической кардиоверсии для поддержания синусового ритма и уменьшения клинической симптоматики (УУР В; УДД 2. см. Приложение 8).

Комментарии. *Следует учитывать, что по данным AF-CHF тактика контроля ритма при помощи амиодарона не показала своих преимуществ перед тактикой контроля ЧСС. Тем самым рекомендуется начинать терапию бета-адреноблокаторами с добавлением или без добавления дигоксина** и при неэффективности рассмотрение вопроса о контроле ритма при помощи амиодарона или катетерной абляции. В случае тяжело протекающих пароксизмов и нежелании пациента оставаться с ФП возможно начало терапии с амиодарона. Следует учитывать побочные эффекты, связанные с применением амиодарона и также то, что препарат может негативно влиять на пациентов с ФВЛЖ < 35% и NYHA III-IV.*

- Антиаритмические препараты I класса не рекомендуются пациентам с ХСН, т. к. они повышают риск смерти (УУР А; УДД 1. см. Приложение 8).

Nota bene! В разделе 3 «Лечение ХСН» Клинических рекомендаций 2020 «Хроническая сердечная недостаточность» [1] представлены следующие разделы, с которыми необходимо ознакомиться врачу-терапевту при ДН пациентов с ХСН и указанными особенностями заболевания, однако первичную диагностику и подбор оптимальной терапии этих пациентов, как правило, должен проводить врач-кардиолог и (или) врач-специалист по профилю основного заболевания, осложненного развитием ХСН:

3.1.5. Особенности лечения пациентов с хронической сердечной недостаточностью и желудочковыми нарушениями ритма сердца.

3.1.7. Лечение пациентов с хронической сердечной недостаточностью и сочетанной патологией:

- Артериальная гипертония
- Дислипидемии
- Стенокардия напряжения
- Сахарный диабет
- Хроническая обструктивная болезнь легких
- Почечная недостаточность
- Анемия
- Протезы клапанов сердца
- Депрессия

3.1.8. Лечение пациентов с ХСН в особых группах.

3.1.9. Лечение пациентов с ХСН с промежуточной и сохраненной ФВ ЛЖ.

3.2. Хирургическое лечение.

3.2.1. Реваскуляризация у пациентов с хронической сердечной недостаточностью.

3.3. Иное лечение.

3.3.1. Сердечная ресинхронизирующая терапия.

3.3.2. Показания для имплантации кардиовертера дефибриллятора.

Приложение 7. Алгоритм дистанционного опроса и консультирования пациента с хронической сердечной недостаточностью

Показатель	Дата опроса и консультации		
ЧСС, уд/мин (по данным на тонометре или по пульсу на сонной артерии)			
Пульс, ритмичный / аритмичный (по данным на тонометре или по пульсу на сонной артерии)			
Масса тела (вес тела), кг			
Одышка, увеличилась / уменьшилась / не изменилась			
Отеки ног, увеличились / уменьшились / не изменились			
Потребление соли, увеличилось / уменьшилось / не изменилось			
Как часто Вы досаливаете готовую пищу, число раз в день, неделю или месяц			
Сколько мин в день или в неделю Вы ходите в среднем или повышенном темпе, мин/день или мин/неделю			
Переносимость физических нагрузок, увеличилась / уменьшилась / не изменилась			
Число подушек под головой и спиной во время сна (одна, две, три, спит сидя)			
Назначенные лекарства и их доза:			
1.			



ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ВРАЧОМ-ТЕРАПЕВТОМ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

2.			
3.			
4.			
Приверженность к назначенной терапии, <i>принимает все назначенные лекарства / принимает только лекарства № / не принимает (указать причину)</i>			
Другие рекомендации ранее данные пациенту: <i>выполнены / выполнены не полностью / не выполнены (по возможности указать)</i>			
Другая важная в лечебном плане информация, полученная от пациента:			
Дата _____			
Дата _____			
Дата _____			
Рекомендации данные пациенту при общении (консультации):			
Дата _____			
ФИО и подпись врача: _____			
Дата _____			
ФИО и подпись врача: _____			

Приложение 8. Шкалы оценки уровней достоверности доказательств (УДД) и уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации

(выдержки из Клинических рекомендаций 2020 «Хроническая сердечная недостаточность» [1])

Таблица 8. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Таблица 9. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа

УДД	Расшифровка
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица 10. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)



Список литературы

1. Клинические рекомендации «Хроническая сердечная недостаточность» Минздрава России. https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/156_1 (ссылка актина на 05.03.2023 г.)
2. Приказ Минздрава России от 20.04.2022 N 272н "Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при хронической сердечной недостаточности (диагностика, лечение и диспансерное наблюдение)" (Зарегистрировано в Минюсте России 02.06.2022 N 68714). https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_418350/ (ссылка актина на 05.03.2023 г.)
3. Оценка фибрилляции предсердий по шкале CHA(2)DS(2)-VASc для определения риска инсульта. <https://www.msmanuals.com/medical-calculators/AtrialFibCHADSVASc-ru.htm> (ссылка актина на 05.03.2023 г.)

ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России

Наши контакты:



Москва, Петроверигский пер.,
д.10, стр. 3



+7 (495) 212-07-13



www.gnicpm.ru



vk.com/gnicpmru



t.me/fgbunmictpm