



ФГБУ «Национальный  
медицинский исследовательский  
центр им. В. А. Алмазова»  
Минздрава России

---

## Обеспечение преемственности медицинской помощи между стационарным и амбулаторным звеньями медицинской помощи как ключевой фактор успеха ведения пациента с сердечной недостаточностью

---

Только для медицинских и фармацевтических работников. Для распространения в местах проведения медицинских или фармацевтических выставок, семинаров, конференций и иных подобных мероприятий.

**Виллевальде С.В.,  
Соловьева А.Е.**

Лекция проводится при финансовой поддержке ООО «Новартис Фарма»  
Мнение ООО «Новартис Фарма» может отличаться от мнения автора

г. Санкт-Петербург

# ПАЦИЕНТЫ С ХСН — «СУПЕР-ПОТРЕБИТЕЛИ» СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

- Увеличение доли пожилых пациентов
- 86% пациентов имеют  $\geq 2$  сопутствующих заболеваний/состояний (в среднем 4,5 при СНсФВ; 3,7 при СНнФВ)
- Частые госпитализации и обращения к различным специалистам, в различные социальные службы

**Пациенты с ХСН = «уязвимая» группа,** к которой не применимо понятие стабильности и которая требует пристального внимания на всех этапах оказания медицинской помощи

**Принципиальное внимание — переходным периодам и организации преемственности**



1. Hernandez et al. JAMA. 2010;303:1716–1722

2. Chamberlain et al. American Journal of Medicine. 2015;128:38–45

<https://www.pcori.org/topics/transitional-care/about-transitional-care>, дата обращения 14.09.2023

# ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

## Определение

- **Широкий спектр ограниченных по времени услуг**, предназначенных для обеспечения непрерывности медицинской помощи, предотвращения предотвратимых неблагоприятных исходов среди групп риска и содействия безопасному и своевременному переводу пациентов с одного уровня медицинской помощи на другой или из одного типа учреждения в другое
- Действия, способствующие координации и непрерывности оказания помощи при переводе пациентов **из одного учреждения в другое или от одного специалиста другому**

# ПРЕДЛОЖЕННЫЕ КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА ДЛЯ ОЦЕНКИ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСЛЕ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С СН

## Процесс

### Доля выписанных пациентов

- Прошедших образовательные школы
- Со скорректированной медикаментозной терапией
- Получивших терапию для устранения застоя перед выпиской
- С обновленной количественной оценкой ФВ ЛЖ за последние 6 мес
- Получивших все компоненты ОМТ до выписки
- С визитом наблюдения на амбулаторном этапе
- Направленных на кардиологическую реабилитацию
- Направленных в мультидисциплинарную клинику СН
- Соответствующих критериям и получивших направление на амбулаторную паллиативную помощь
- С назначенным визитом на дому медицинской сестрой

## Структура

### Доля выписанных пациентов

- С определенным врачом или клиникой для последующего амбулаторного ведения
- Чья выписка передана амбулаторному врачу
- У которых амбулаторная клиника использует инструменты поддержки принятия решений внутри МИС
- С доступной диагностической лабораторией (в радиусе 30 мин езды на машине)
- С доступной аптекой (в радиусе 30 мин езды на машине)
- С доступной клиникой по лечению СН (в радиусе 30 мин езды на машине)

### Показатели качества, сообщаемые пациентом

- Средний балл среди пациентов, заполнивших анкету о восприятии пациентом готовности к выписке
- Среднее значение среди пациентов, заполнивших опросник о восприятии пациентом качества преемственности помощи

### Клинические показатели качества

- Доля пациентов без признаков и симптомов застоя при выписке
- Доля пациентов, умерших в течение 30, 60 или 90 дней после выписки
- Доля пациентов, обратившихся в отделение неотложной помощи, повторно госпитализированных или умерших через 30, 60 или 90 дней после выписки
- Среднее количество дней жизни вне больницы после выписки

# ПРОФИЛИ РИСКА ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ



СН — сердечная недостаточность, ДСН — декомпенсация сердечной недостаточности, ИКД — имплантированный кардиовертер-дефибриллятор, СРТ — сердечная ресинхронизирующая терапия.  
Адаптировано из: 1. Greene SJ et al. Circ Heart Fail. 2020;13:e007132 2. Butler J et al. J Am Coll Cardiol. 2019; 73:935–944

# ЭПИЗОД ДЕКОМПЕНСАЦИИ СН УВЕЛИЧИВАЕТ РИСК И КОЛИЧЕСТВО ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ С СН, СО ВРЕМЕНЕМ

Доля госпитализированных пациентов и количество госпитализаций на одного пациента в течение 2 лет после эпизода декомпенсации СН

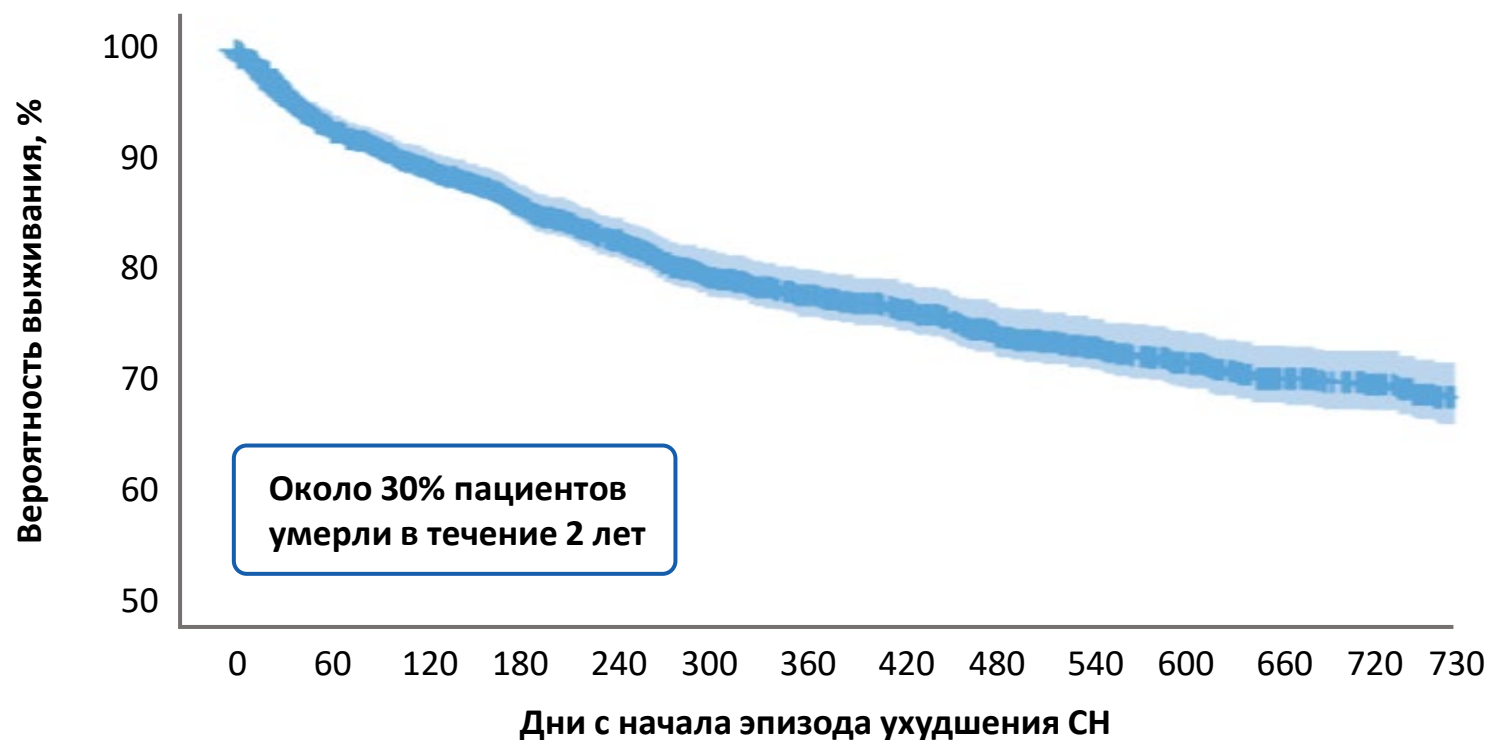


56% пациентов были повторно госпитализированы в течение 30 дней после эпизода декомпенсации СН, количество госпитализаций по поводу СН увеличивалось со временем

Декомпенсация течения СН определялась в регистре PINNACLE-HF как развитие постепенно нарастающих симптомов и признаков сердечной недостаточности, требующих внутривенной диуретической терапии в амбулаторных условиях, в отделениях неотложной помощи или в условиях стационара. СН — сердечная недостаточность.  
Butler J et al. J Am Coll Cardiol. 2019;73:935–944

# ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С СН СНИЖАЕТСЯ ПОСЛЕ ЭПИЗОДА ДЕКОМПЕНСАЦИИ / ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С СН, НЕСМОТРЯ НА ТЕРАПИЮ

Стремительное снижение выживаемости вскоре после эпизода декомпенсации СН, несмотря на применение современных методов лечения



## Средняя выживаемость

- После 1-й гСН: 2.4 г.
- После 2-й гСН: 1.8 г.
- После 3-й гСН: 1.5 г.
- После 4-й гСН: 1.3 г.

Смерть

Количество пациентов с риском

1,851

1,303

912

589

373

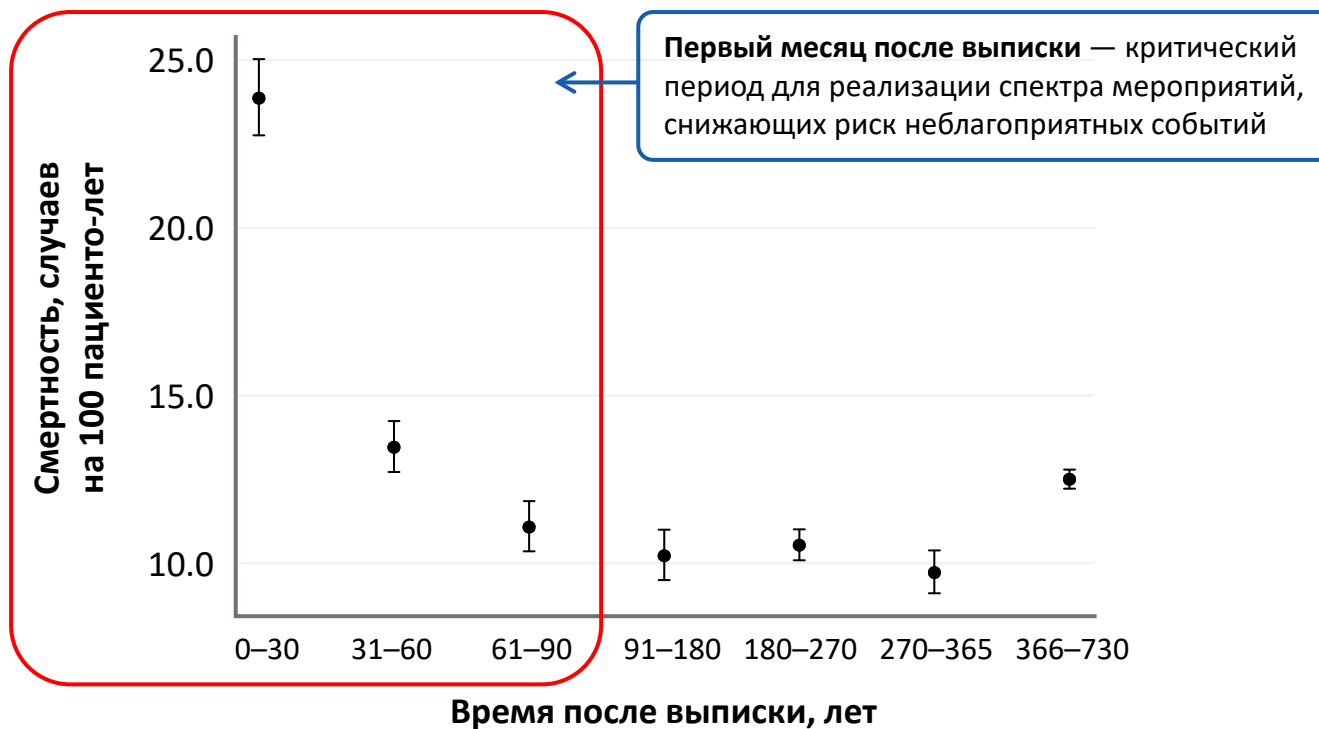
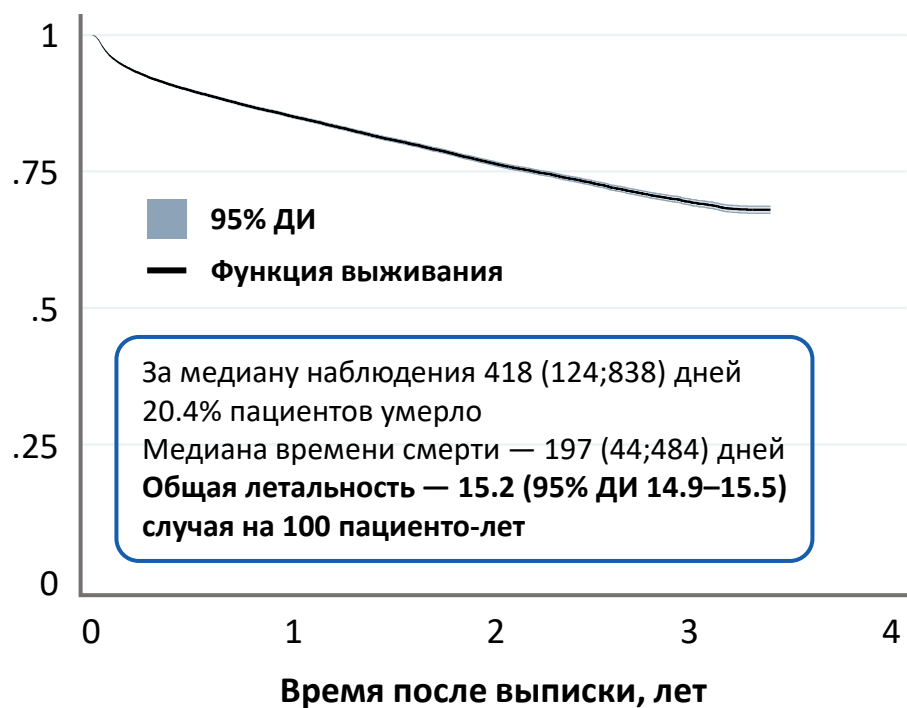
Ухудшение течения СН определялось в регистре PINNACLE-HF как развитие постепенно нарастающих симптомов и признаков сердечной недостаточности, требующих внутривенной диуретической терапии в амбулаторных условиях, в отделениях неотложной помощи или в условиях стационара. гСН — госпитализация с СН.

1. Butler J et al. J Am Coll Cardiol. 2019;73:935–944 2. Lin AH et al. Mil Med 2017;182:e1932–e1937

# «УЯЗВИМЫЙ ПЕРИОД» ПОСЛЕ ВЫПИСКИ И ВАЖНОСТЬ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ МЕЖДУ СТАЦИОНАРНЫМ И АМБУЛАТОРНЫМ ЗВЕНОМ

Данные регистра Санкт-Петербурга, январь 2019 — май 2022

38,457 пациентов с СН (I50.x) с длительностью госпитализации  $\leq 30$  дней, без ИМ, ОНМК и COVID-19 в текущую госпитализацию, 57.4% женщины, средний возраст  $73 \pm 13$  лет (от 18 до 106 лет)



Соловьева А.Е. и соавторы (в печати).

Презентация основывается на данных, предоставленных к.м.н. Соловьевой А.Е. (НМИЦ им. В.А. Алмазова МЗ РФ)

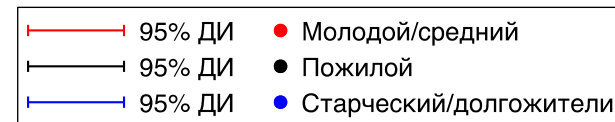
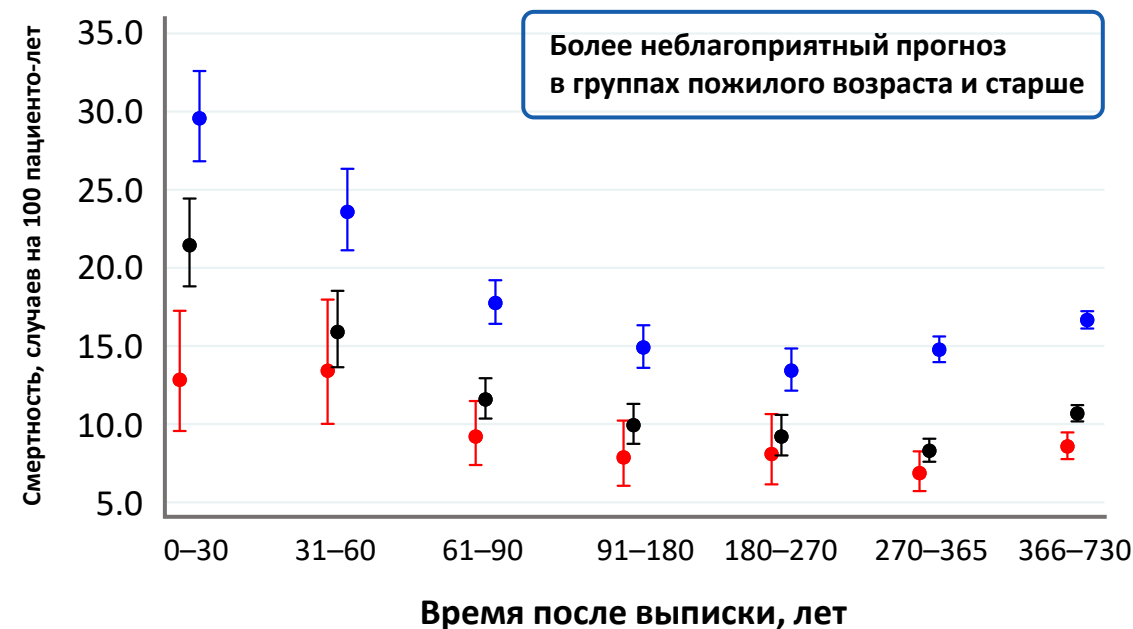
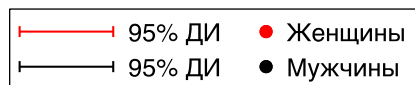
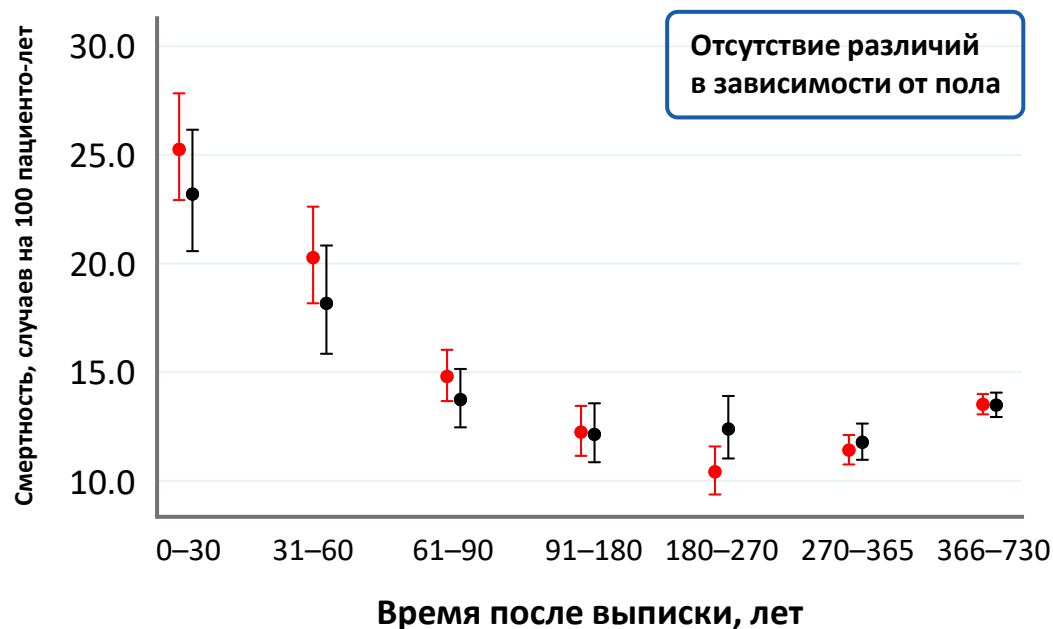
и полученных ею в результате врачебной практики. Позиция ООО «Новартис Фарма» может не совпадать с мнением автора



# «УЯЗВИМЫЙ ПЕРИОД» ОСОБЕННО ВАЖЕН ДЛЯ УЯЗВИМЫХ ГРУПП

Данные регистра Санкт-Петербурга, январь 2019 — май 2022

38,457 пациентов с СН (I50.x) с длительностью госпитализации ≤ 30 дней, без ИМ, ОНМК и COVID-19 в текущую госпитализацию, 57.4% женщины, средний возраст 73 ± 13 лет (от 18 до 106 лет)



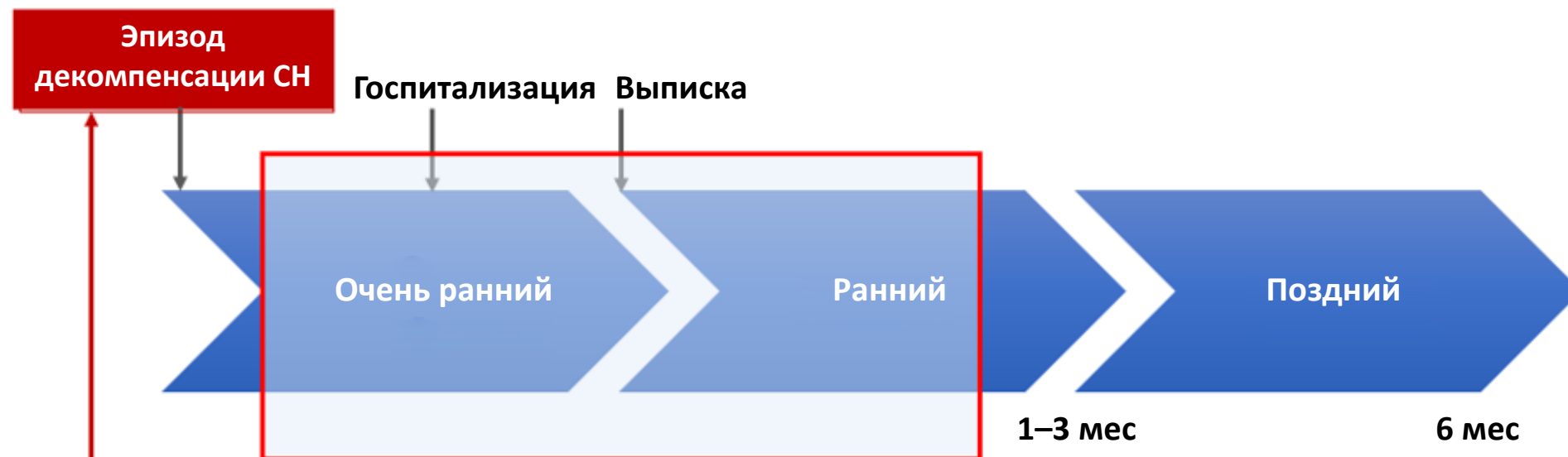
Соловьева А.Е. и соавторы (в печати).

Презентация основывается на данных, предоставленных к.м.н. Соловьевой А.Е. (НМИЦ им. В.А. Алмазова МЗ РФ)

и полученных ею в результате врачебной практики. Позиция ООО «Новартис Фарма» может не совпадать с мнением автора

# УЯЗВИМЫЙ ПЕРИОД И ТОЧКИ ВОЗДЕЙСТВИЯ

Эпизод декомпенсации СН должен рассматриваться как маркер риска, отражающий фундаментальные изменения клинического течения СН и указывающий на необходимость **использования всех ресурсов системы** здравоохранения для оптимизации тактики ведения и снижения риска неблагоприятных исходов



## Критически важный период:

- Стабилизация состояния
- Подготовка к выписке
- Преемственность

**Неуспех амбулаторной тактики**

**Неуспех в стационаре = повторная госпитализация / смерть**

# КОМПОНЕНТЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ГОТОВНОСТЬ ПАЦИЕНТА К ВЫПИСКЕ

1. Разрешение острой декомпенсации СН
2. Оптимизация доказанной болезнь-модифицирующей терапии
3. Обучение пациента и родственников
4. Разработка плана ведения после выписки

# ОЦЕНКА ТРАЕКТОРИИ ТЕЧЕНИЯ СН И ПЛАНИРОВАНИЕ ВЫПИСКИ УЖЕ НА ЭТАПЕ ПОСТУПЛЕНИЯ В СТАЦИОНАР



# СТАДИИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСН

| Цели  | Процедуры  |
|---|--|
| <b>Немедленная</b>  |  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Определить этиологию</li><li>• Облегчить симптомы,</li><li>• Уменьшить застой и улучшить перфузию органов</li><li>• Восстановить оксигенацию</li><li>• Снизить ПОМ (сердце, почки, печень, кишечник)</li><li>• Профилактика ТЭО</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Тщательный мониторинг жизненно важных функций и определение тяжести симптомов/признаков</li><li>• Определение отделения для госпитализации</li><li>• Начальная терапия для поддержки гемодинамики и коррекции дыхательной недостаточности (вазодилататоры, вазопрессоры, инотропы, диуретики и кислородотерапия)</li></ul>                         |
| <b>Промежуточная</b>  |  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Определить этиологию</li><li>• Облегчить симптомы</li><li>• Снижение органного поражения</li><li>• Профилактика ТЭО</li></ul>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Определение этиологии и значимых сопутствующих заболеваний, начало соответствующей терапии</li><li>• Титрование терапии для контроля симптомов и уменьшения застоя, уменьшение гипоперфузии и оптимизация АД</li><li>• Инициация и титрование болезнь-модифицирующей терапии</li><li>• Определить показания к имплантируемым устройствам</li></ul> |
| <b>Перед выпиской и продолжение терапии</b>   |  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Облегчить симптомы и улучшить качество жизни</li><li>• Достичь эуволемии</li><li>• Предотвратить ранние повторные госпитализации</li><li>• Улучшить выживаемость</li></ul>  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Инициация и титрование болезнь-модифицирующей терапии, имплантация устройств</li><li>• Разработка плана лечения с определением лиц по уходу, графиком титрования и мониторингования терапии, пересмотру имплантируемых устройств</li><li>• Включение в программы управления заболеванием</li></ul>   |

# КРИТЕРИИ РАЗРЕШЕНИЯ ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ СН

- **Стабильная гемодинамика на протяжении не менее 48 часов:**
  - САД > 85 мм рт. ст.,
  - ЧСС < 110 уд/мин при ФП и ЧСС < 80 уд/мин при синусовом ритме
  - Отсутствие ортостатической гипотонии
- **Отсутствие значимых нарушений электролитного обмена:**
  - Калий 3,5–5,5 ммоль/л, натрий 130–145 ммоль/л, кальций 2,1–2,6 ммоль/л, магния > 0,7 ммоль/л
- **Эвулемия:**
  - Отсутствие отеков, ортопноэ, набухания шейных вен, гепато-югулярного рефлюкса, асцита, застоя и гидроторакса по данным рентгенографии грудной клетки, снижение уровня НУП
- **Стабильная почечная функция** в течение по крайней мере последних 24 часов на фоне пероральной терапии диуретиками
- **Стабильный режим пероральной терапии диуретиками в течение по крайней мере 24–48 часов**

# ПРИНЦИПАЛЬНАЯ ВАЖНОСТЬ РЕГРЕССА ЗАСТОЯ ПЕРЕД ВЫПИСКОЙ



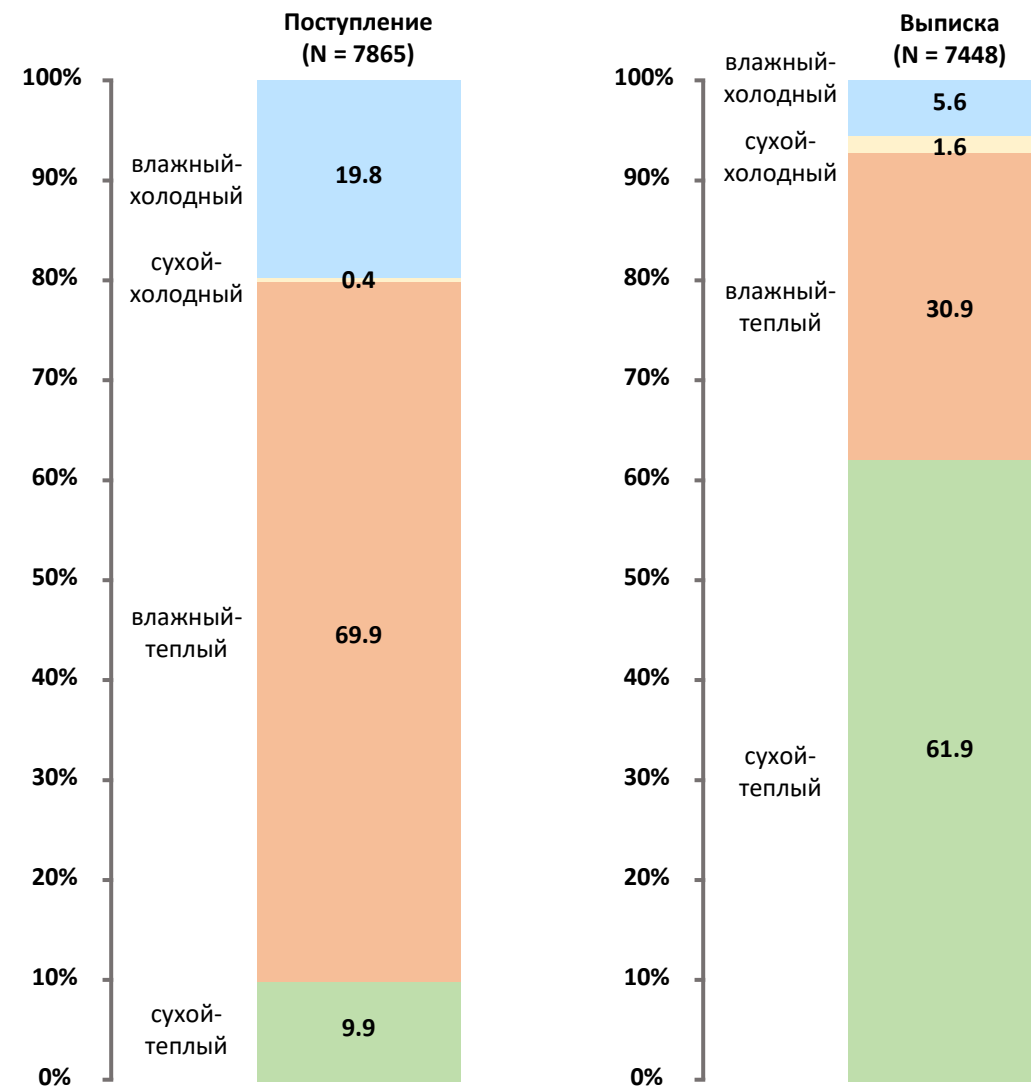
Регистр ESC-HF-LT, **89,7%** (72,8–96,3) с профилем «мокрый» при поступлении **36,5%** — остаточный застой при выписке, ассоциированный с более высоким риском смерти в течение 1 года (**28% vs. 18.5%**)

Рекомендована **тщательная оценка для исключения сохраняющихся признаков застоя** и для оптимизации пероральной терапии перед выпиской госпитализированного пациента с СН

**IC**

Рекомендуется ранний визит через 1–2 недели после выписки **для оценки признаков застоя, переносимости препаратов и старта/титрования доказанной терапии**

**IC**

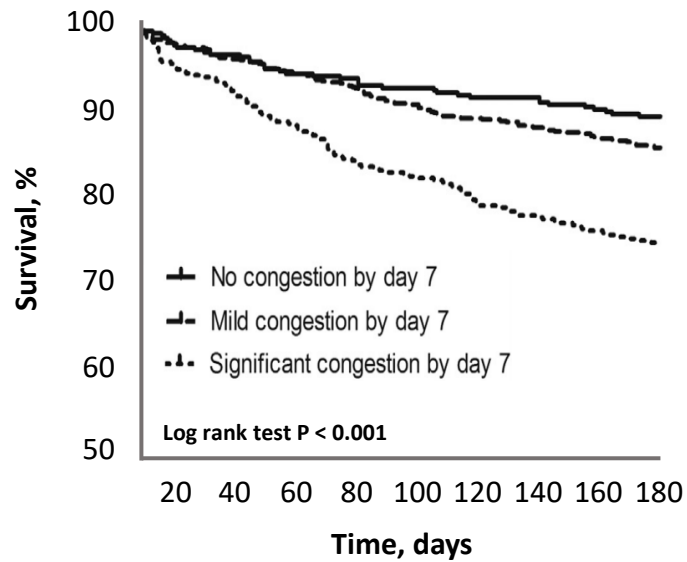


# НЕБЛАГОПРИЯТНОЕ ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЗАСТОЯ (КЛИНИЧЕСКОГО И СУБКЛИНИЧЕСКОГО) ПРИ ВЫПИСКЕ

## Клинический застой

(Composite congestion score — ортопноэ, отеки, НШВ)

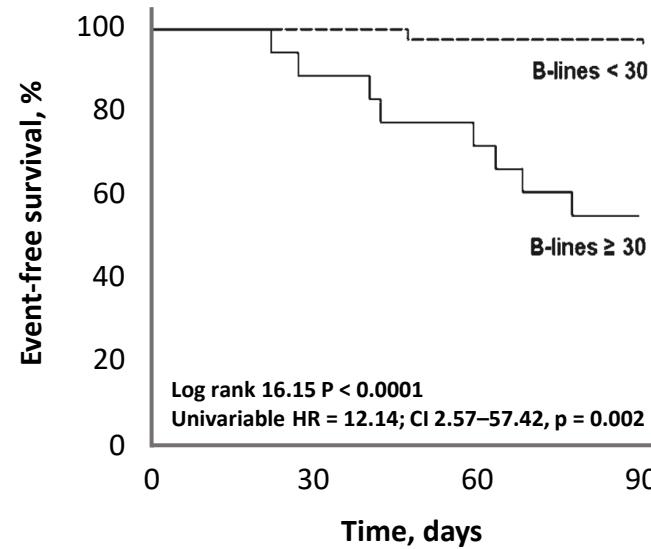
### Смерть от всех причин



## Легочный застой

В-линии

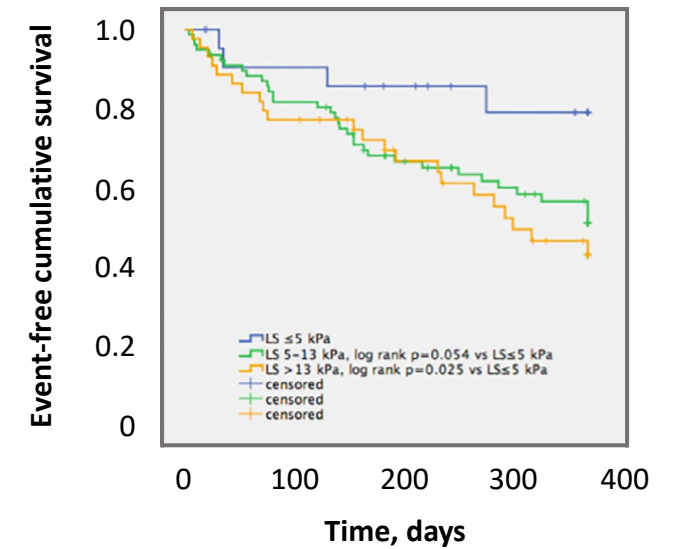
### Смерть от всех причин



## Застой по большому кругу кровообращения

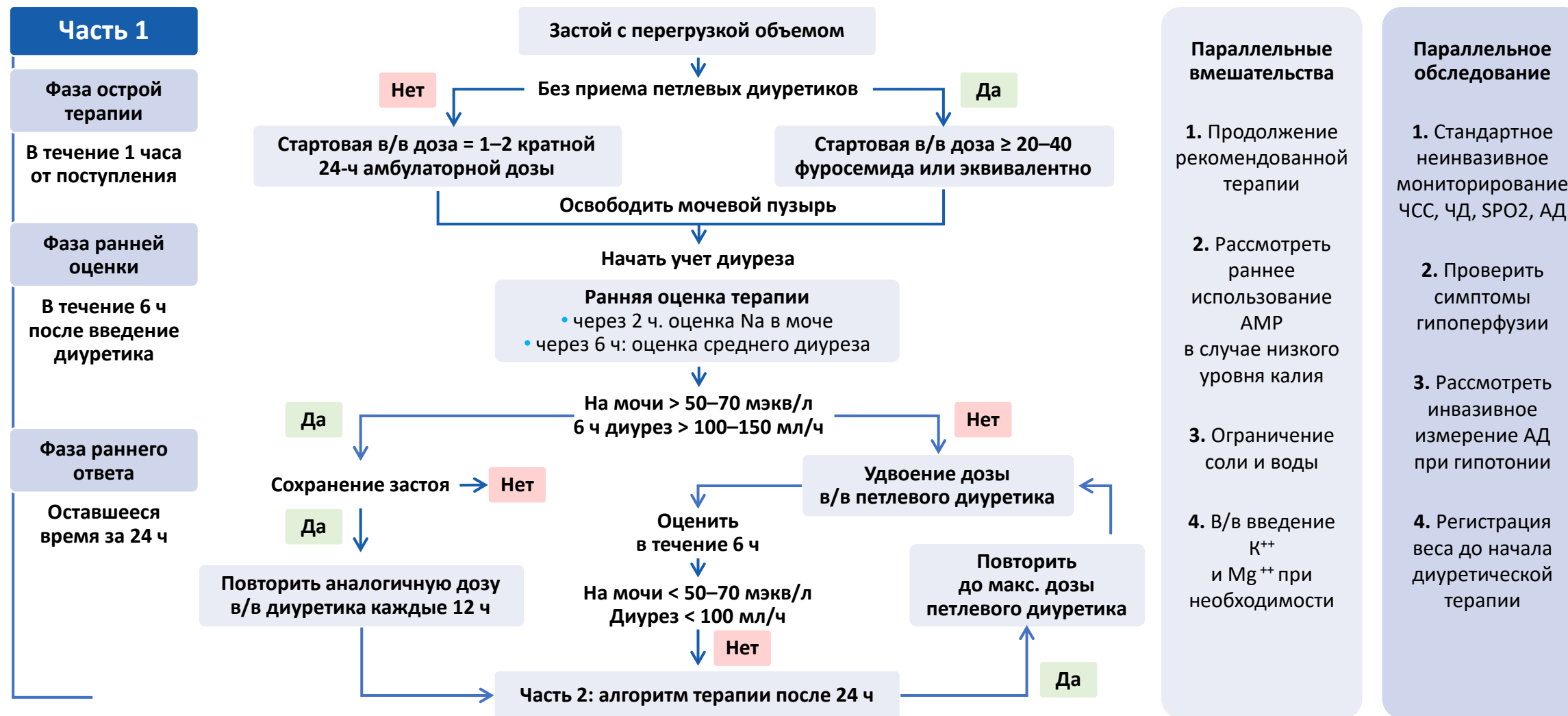
(Плотность печени при непрямой эластометрии)

### Смерть от всех причин или повторная госпитализация с СН

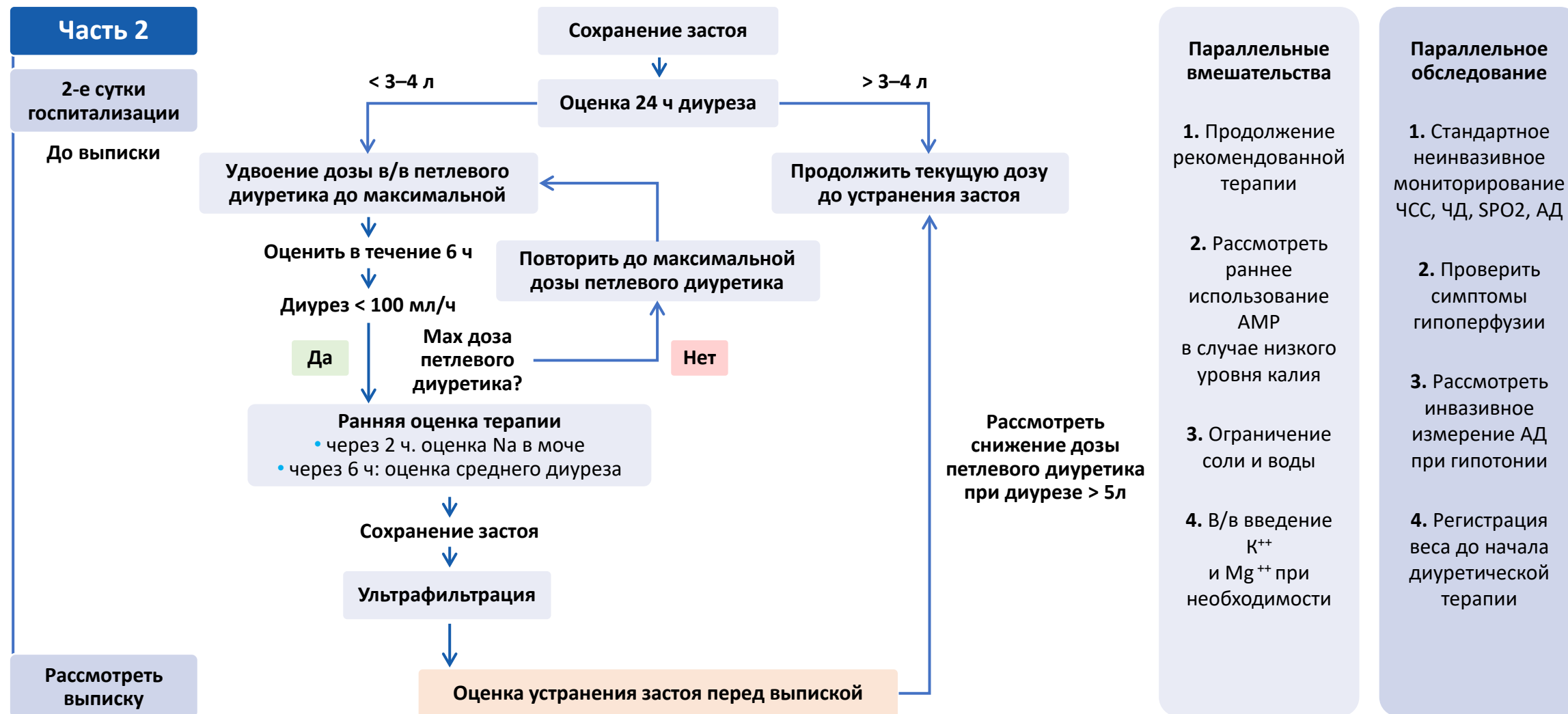




# АЛГОРИТМ ДИУРЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСН (1)



# АЛГОРИТМ ДИУРЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ УХУДШЕНИИ (2)



# КОМПОНЕНТЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ГОТОВНОСТЬ ПАЦИЕНТА К ВЫПИСКЕ

1. Разрешение острой декомпенсации СН
- 2. Оптимизация рекомендованной болезнь-модифицирующей терапии**
3. Обучение пациента и родственников
4. Разработка плана ведения после выписки

# ИНИЦИАЦИЯ БОЛЕЗНЬ-МОДИФИЦИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ В СТАЦИОНАРЕ БЕЗОПАСНА И МОЖЕТ УЛУЧШИТЬ ПРОГНОЗ

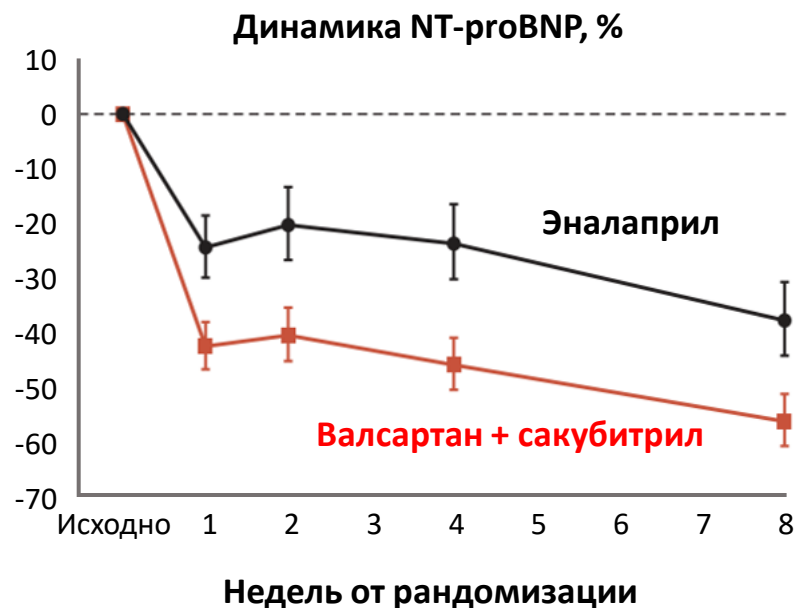
## Исследование PIONEER-HF, Валсартан + сакубитрил vs. плацебо

N = 881, ОДСН, ФВ ≤ 40%

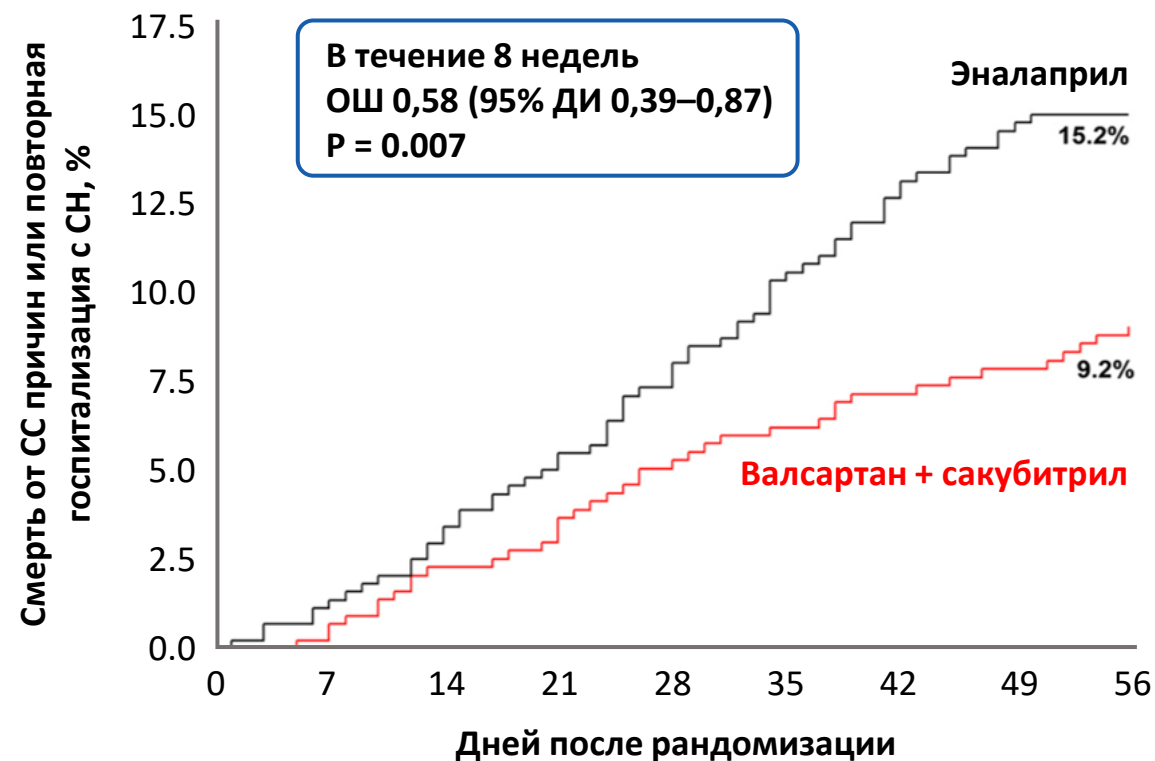
BNP/NT-proBNP > 400/1600 пг/мл

1–10 сут от поступления

Критерии стабилизации в течение 6 часов (САД ≥ 100 мм рт. ст.,  
отсутствие увеличения дозы диуретиков в/в, отсутствие  
в/в терапии нитратами и инотропами (в течение 24 часов)



Velazquez et al. N Engl J Med. 2019;380:539–48



# ИНИЦИАЦИЯ АРНИ ПРИ СНФВ В СТАЦИОНАРЕ У ПАЦИЕНТОВ, РАНЕЕ НЕ ПОЛУЧАВШИХ ИАПФ

## Принципиальные преимущества



Инициация вместо иАПФ/АРА у пациентов, госпитализированных по причине декомпенсации ХСН после стабилизации параметров гемодинамики для дальнейшего снижения риска госпитализаций из-за СН и смерти  
**(ЕОК IIaB, УУР B, УДД 2)**



Инициация в стационаре у пациентов, ранее не получавших иАПФ **(IIbB)**



Следует начинать de novo у пациентов, госпитализированных с острой СНФВ, перед выпиской при отсутствии противопоказаний  
**(без класса/уровня рекомендаций)**

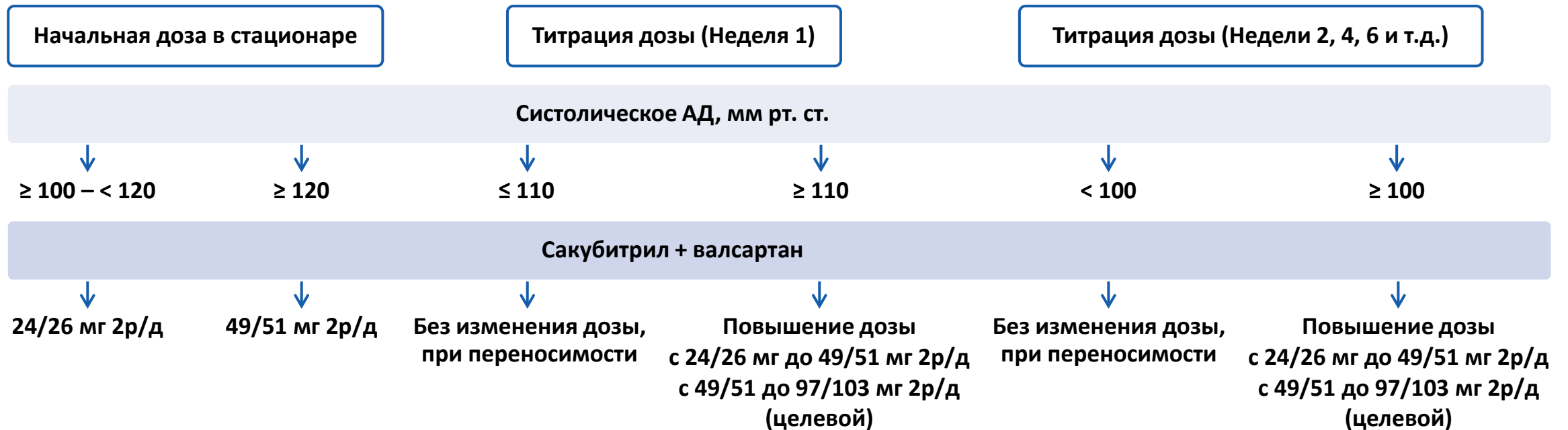
# ПРЕДЛОЖЕННЫЕ КРИТЕРИИ ДЛЯ ИНИЦИАЦИИ АРНИ В СТАЦИОНАРЕ И АЛГОРИТМ ДАЛЬНЕЙШЕГО ТИТРОВАНИЯ

## Характеристика пациента

1. СН с низкой ФВ ( $\leq 40\%$ )
2. Отсутствие отека Квинке в анамнезе
3. СКФ  $\geq 30$  мл/мин/1.73 м<sup>2</sup>
4. Калий сыворотки  $\leq 5.2$  мЕкв/л

## Гемодинамическая стабильность

1. САД  $\geq 100$  мм рт. ст. в предшествующие 6 ч
2. Отсутствие увеличения дозы в/в диуретиков в предшествующие 6 ч
3. Отсутствие в/в терапии вазодилататорами в предшествующие 6 ч
4. Отсутствие инотропной терапии в предшествующие 24 ч

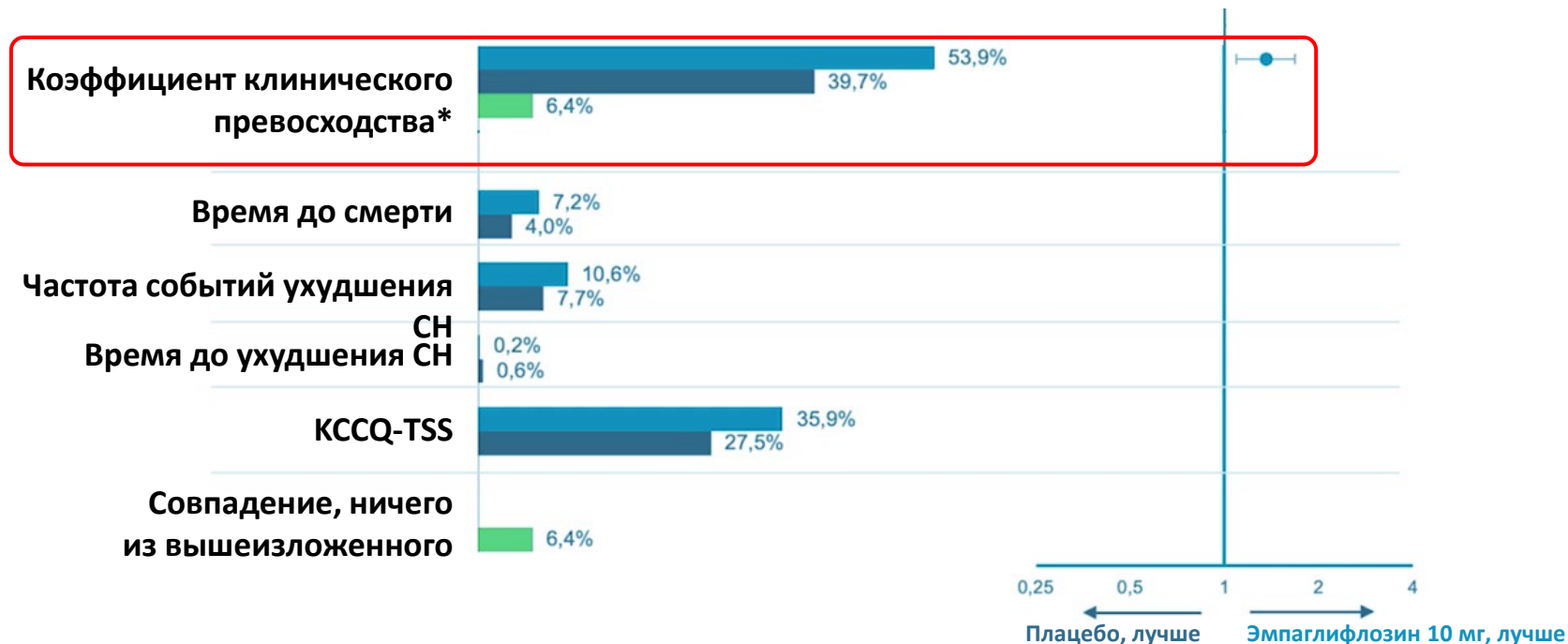


# ИНИЦИАЦИЯ БОЛЕЗНЬ-МОДИФИЦИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ В СТАЦИОНАРЕ БЕЗОПАСНА И МОЖЕТ УЛУЧШИТЬ ПРОГНОЗ

## Исследование EMPULSE, Эмпаглифлозин 10 мг vs. плацебо

N = 530, ОСН (вне зависимости от ФВ), рандомизация в течение  $\geq 24$  ч и  $\leq 5$  дней после поступления при достижении стабилизации состояния, NT-proBNP/BNP  $\geq 1600/400$  пг/мл (на 50% выше при ФП)

Средний возраст 71 год, 33% женщины, 47% СД, средняя ФВ 31%



Стратифицированный коэффициент клинического превосходства  
1.36 (95% ДИ 1.09–1.68)  
p = 0.0054

### Смерть:

Эмпаглифлозин 4.2%  
Плацебо 8.3%

### Событие СН:

Эмпаглифлозин 10.6%  
Плацебо 14.7%

- Эмпаглифлозин, лучше
- Плацебо, лучше
- Совпадения

Критерии стабилизации в течение 6 часов САД  $\geq 100$  мм рт. ст. и нет симптомов гипотонии, отсутствие увеличения дозы диуретиков в/в, отсутствие в/в терапии нитратами, в течение 24 ч — отсутствие инотропной терапии

# ИНИЦИАЦИЯ КВАДРОТЕРАПИИ ПРИ СНФВ В СТАЦИОНАРЕ



Рекомендуется назначение пероральной доказанной болезнью-модифицирующей терапии СН перед выпиской

IC



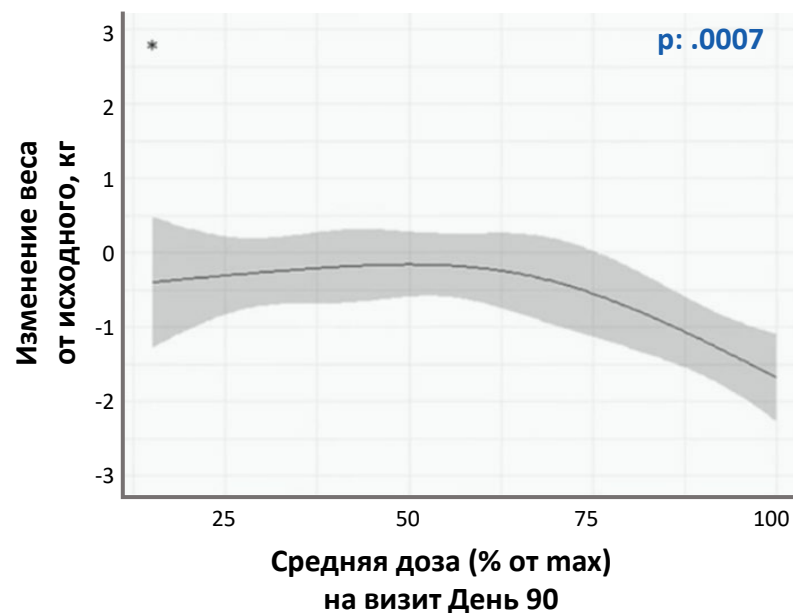
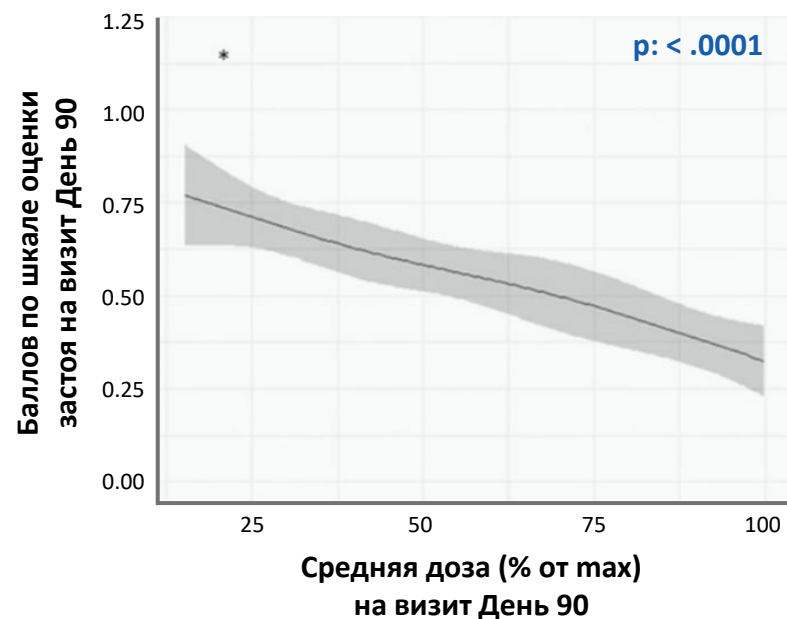
1. McDonagh TA et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure Eur Heart J. 2021;00:1–128

2. Greene SJ, Butler J & Fonarow GC. Eur J Heart Fail. 2022;24(1):227–229



# НАЗНАЧЕНИЕ БОЛЕЗНЬ-МОДИФИЦИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ АССОЦИИРОВАНО С БОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫМ РЕГРЕССОМ ЗАСТОЯ

Под-анализ исследования STRONG-HF, шкала оценки застоя  
на основе оценки отеков, набухания шейных вен, хрипов



**В группе интенсивного ведения  
более выраженная динамика застоя:**

- меньше частота клинических признаков застоя:
- более значимое снижение веса: -1.36 кг (от -1.92 до -0.79)
- более значимое снижение NT-proBNP

**при меньшей средней  
дозе петлевого диуретика  
(52.8 мг vs. 59.4 мг)**

Быстрое достижение нейрогуморальной блокады (иРААС, ББ, ...), которая напрямую нарушает механизмы развития застоя, может способствовать более быстрому его регрессу, приводя к более длительному клиническому эффекту и (как минимум теоретически) — к позитивному влиянию на долгосрочные исходы

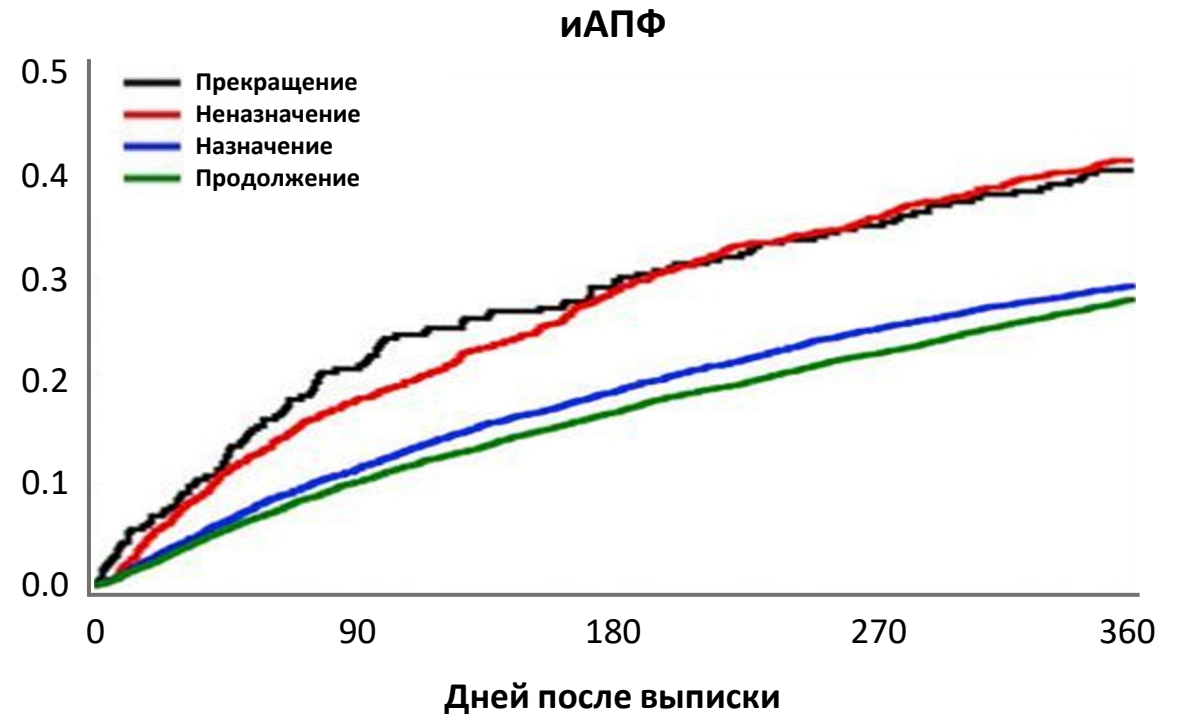
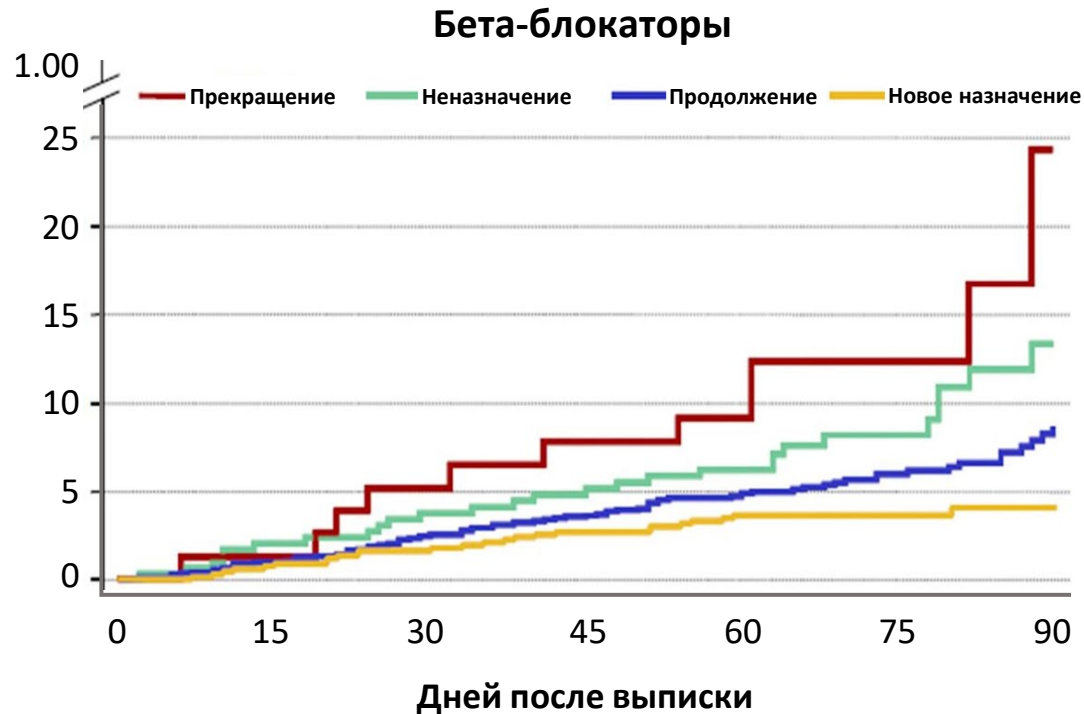
Presented by P Ponikowski at ESC Congress 2023.

Презентация основывается на данных, предоставленных к.м.н. Соловьевой А.Е. (НМИЦ им. В. А. Алмазова ММЗ РФ)

и полученных ею в результате врачебной практики. Позиция ООО «Новартис Фарма» может не совпадать с мнением автора

# РИСКИ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С НЕВОЗМОЖНОСТЬЮ ПРОДОЛЖИТЬ / НАЧАТЬ / ПЕРЕЙТИ НА БОЛЕЗНЬ-МОДИФИЦИРУЮЩУЮ ТЕРАПИЮ ЗА ВРЕМЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

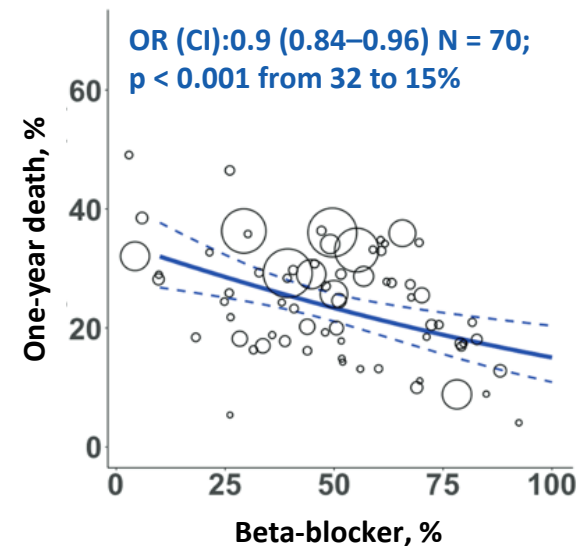
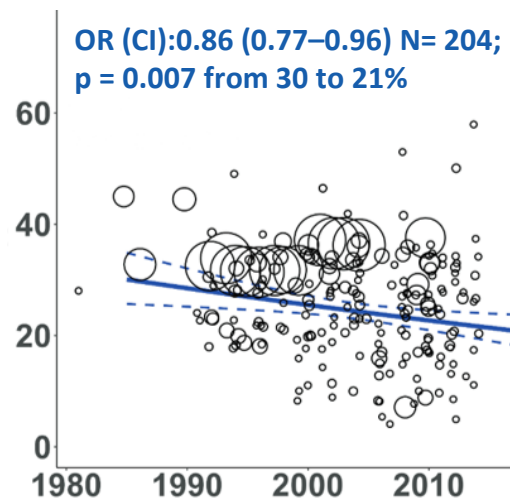
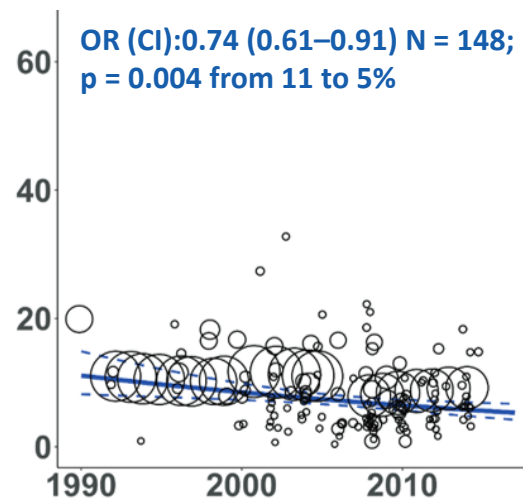
- ↑ Риска регоспитализаций и кратко-, средне- и долгосрочной смертности
- ↓ Приверженности к терапии и ее удержания
- Существенное ↑ вероятности (> 75%) никогда не начать или не перейти на ОМТ амбулаторно
- Упущение момента для обучения аспектам контроля лекарственной терапии за время госпитализации



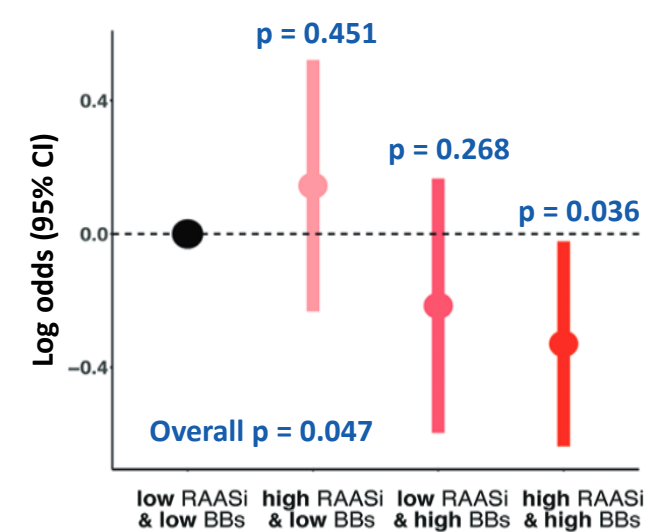
# УЛУЧШЕНИЕ ПРОГНОЗА ПОСЛЕ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С ОН АССОЦИИРОВАНО С ТЕРАПИЕЙ ББ И иРААС

Систематический обзор 285 исследований, 15 млн пациентов (включение > 100 пациентов, 1980–2017 гг.)

Тренд к снижению смертности от всех причин в течение 30 дней и 1 года (мета-регрессия, ОШ для 10-летнего прироста)



Корреляции смертности в течение 1 года с частотой назначения терапии ББ, в особенности в комбинации с иРААС



# ЖЕЛЕЗА КАРБОКСИМАЛЬТОЗАТ — ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ПРОГНОЗА ПОСЛЕ ВЫПИСКИ



Исследование AFFIRM-HF: Пациенты, госпитализированные с ОСН и ФВ < 50% и Нв 8–15 г/дл + дефицит железа (ферритин < 100 нг/мл или 100–299 нг/мл + насыщение трансферрина < 20%)

N = 1,132, средний возраст 71 год, 44% женщины, 41% СД

В/в железа карбоксимальтозат (500–1000 мг в зависимости от веса и Нв, 1ая доза до выписки) vs. плацебо

Наблюдение 52 нед, у 80% потребовалось 1–2 дозы в течение всего периода (средняя доза 1354 мг)

|   | Популяция по намерению лечить<br>ОР или снижение риска (95% ДИ) | Под-анализ до пандемии COVID-10<br>ОР или снижение риска (95% ДИ) |
|---|---|---|
| Общее число госпитализаций с СН и СС смерть | 0.79 (0.62–1.01), p = 0.059                                     | 0.75 (0.59–0.96), p = 0.024                                       |
| Общее число госпитализаций с СН             | 0.74 (0.58–0.94), p = 0.013                                     | 0.70 (0.55–0.90), p = 0.005                                       |
| СС смерть                                   | 0.96 (0.70–1.32), p = 0.81                                      | 0.94 (0.68–1.29), p = 0.69  |
| Первая госпитализация с СН и СС смерть      | 0.80 (0.66–0.98), p = 0.030                                     | 0.79 (0.65–0.97), p = 0.023                                       |
| Общее число СС госпитализаций и СС смерть   | 0.80 (0.64–1.00), p = 0.050                                     | 0.77 (0.62–0.97), p = 0.024                                       |

Железа карбоксимальтозат следует рассмотреть при дефиците железа, определяемом как ферритин сыворотки < 100 нг/мл или ферритин сыворотки 100–299 нг/мл в сочетании с насыщением трансферрина < 20%, для улучшения симптомов и снижения числа повторных госпитализаций

**IIaB**

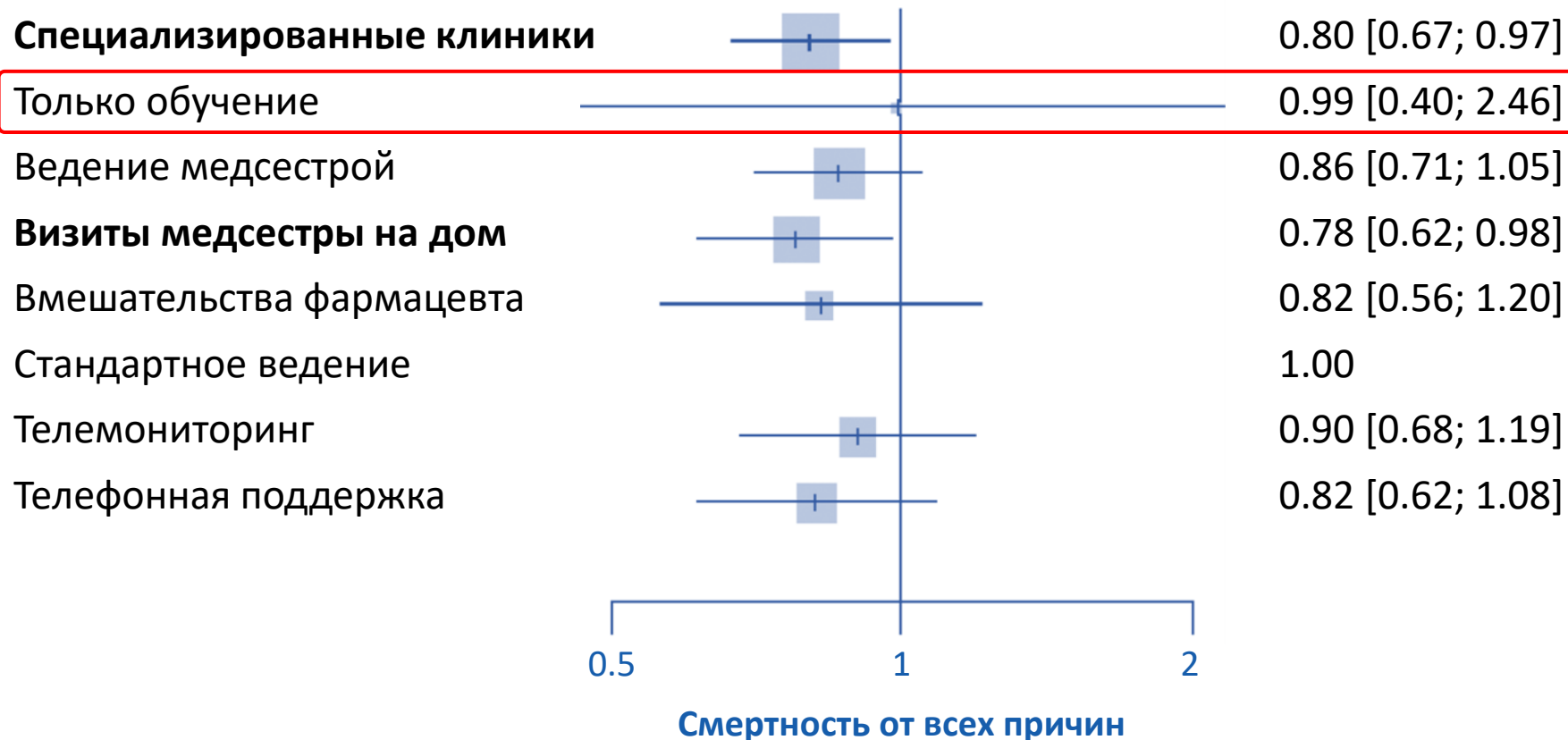
# КОМПОНЕНТЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ГОТОВНОСТЬ ПАЦИЕНТА К ВЫПИСКЕ

1. Разрешение острой декомпенсации СН
2. Оптимизация доказанной болезнь-модифицирующей терапии
- 3. Обучение пациента и родственников**
4. Разработка плана ведения после выписки

# ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ В ВИДЕ МОНОСТРАТЕГИЙ НЕ СНИЖАЮТ ОБЩУЮ СМЕРТНОСТЬ



Систематический обзор и сетевой метаанализ 53 РКИ (N = 12356), опубликованных в 2000–2015гг.

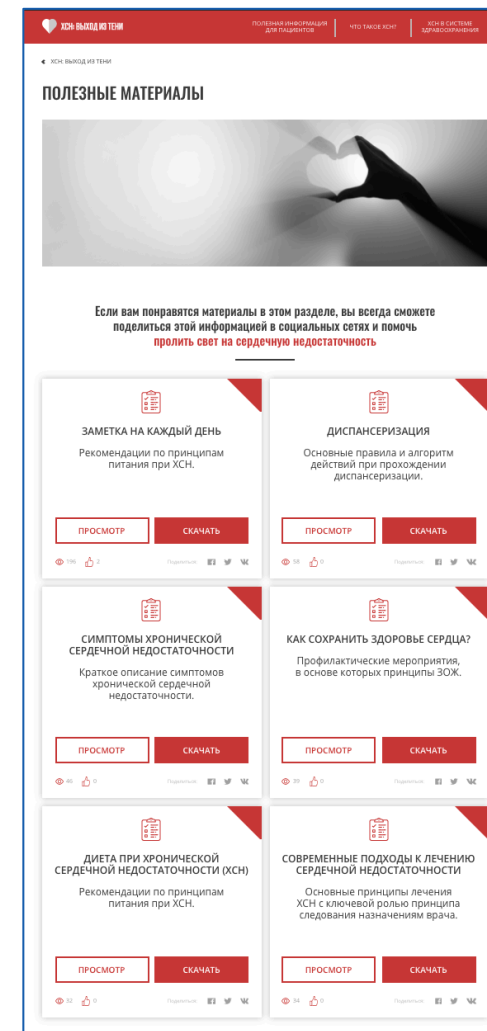
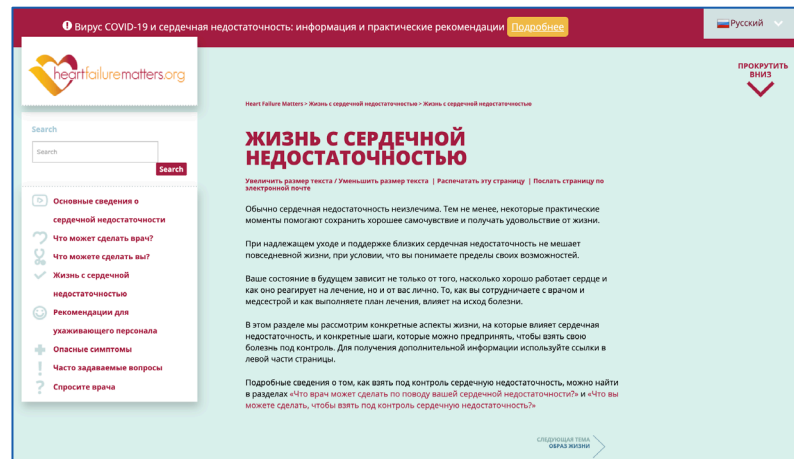
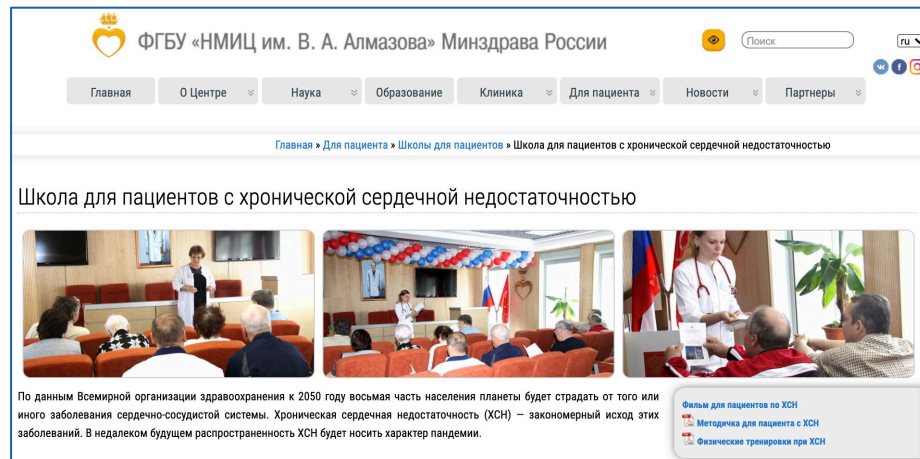


# ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ПРИ ОБУЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ

1. Текущая терапия (четко прописанные доза и кратность приема, протокол титрования, показания и потенциальные побочные эффекты, потенциальные проблемы при несоблюдении приверженности)
2. Физическая активность
3. Рекомендации по диете (ограничение соли, жидкости)
4. Контроль веса, АД, ЧСС (дневник)
5. Оценка периферических отеков
6. Консультация по отказу от курения, употреблению алкоголя
7. Перечень симптомов декомпенсации
8. Что принести на следующий визит (перечень лекарственных препаратов, дневник веса)
9. К кому обратиться в случае ухудшения (контакты)
10. План дальнейшего лечения (дата следующего амбулаторного визита, телефонного контакта, планируемые обследования/вмешательства/операции/, реабилитация и др.)

# ВАРИАНТЫ ОБУЧЕНИЯ И ОСНОВНЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ РЕСУРСЫ

- Индивидуальное обучение
- Групповые школы пациентов ХСН (в стационаре, амбулаторно)
- Вербальное общение, письменные инструкции, онлайн-обучение (материалы и школы для пациентов с ХСН на сайтах heartfailurematters.org, странице НИО СН НМИЦ им. В.А. Алмазова, портале «Карта Жизни»)
- Кратность и длительность



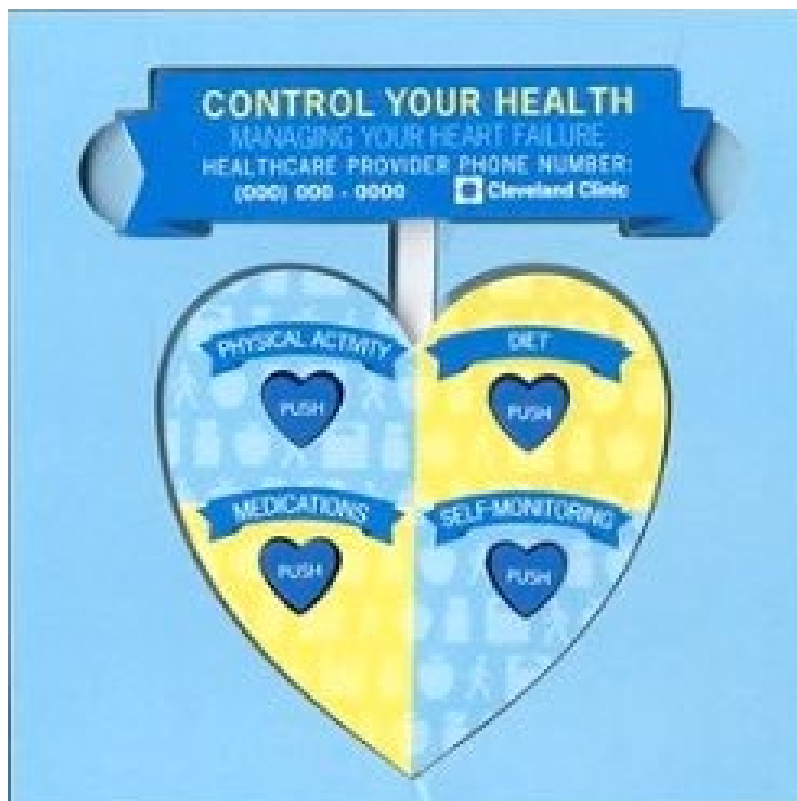
Презентация основывается на данных, предоставленных д.м.н. Виллевалде С.В., к.м.н. Соловьевой А.Е (НМИЦ им. В.А. Алмазова МЗ РФ) и полученных ими в результате врачебной практики. Позиция ООО «Новартис Фарма» может не совпадать с мнением авторов



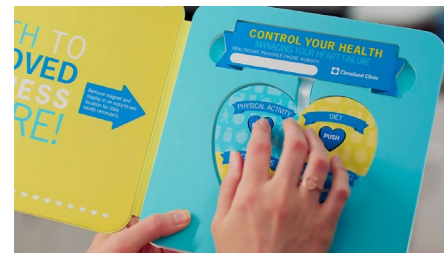


## MyROAD, 1073 пациентов перед выпиской из стационара

Карточка с записанными аудиоинструкциями о физической активности, диете, лекарствах, самоконтроле у пациентов с ХСН



- на **27% меньше** обращений в отделения неотложной помощи в течение 30 дней
- на **40% ниже** вероятность проведения поддержки кровообращения, ТС или наступления смерти в течение 90 дней
- на **50% меньше** вероятность смерти от СН в течение 90 дней
- на **40% меньше** вероятность смерти от всех причин через 90 дней



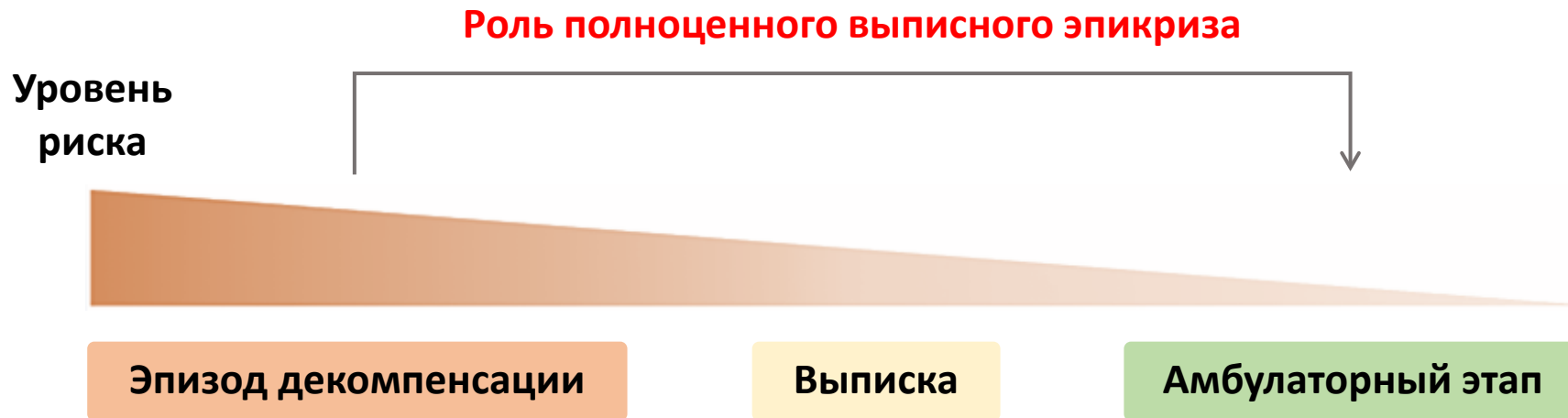
**«Эти результаты могут стимулировать использование инновационных методов повышения качества информации о выписке и раннем уходе на дому»**

# КОМПОНЕНТЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ГОТОВНОСТЬ ПАЦИЕНТА К ВЫПИСКЕ

1. Разрешение острой декомпенсации СН
2. Оптимизация доказанной болезнь-модифицирующей терапии
3. Обучение пациента и родственников
- 4. Разработка плана ведения после выписки**

# ВЫПИСКА — СВЯЗУЮЩИЙ ЭТАП ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, В ИДЕАЛЕ ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЙ:

1. Формирование представления о текущем течении СН и сопутствующих заболеваний
2. Прогнозирование дальнейшей траектории развития событий и планирование дальнейшей (в т.ч. высокотехнологичной) помощи
3. Передачу всей информации за период госпитализации и вовлечение врача амбулаторного звена
4. Улучшение исходов при координации и непрерывности оказания помощи

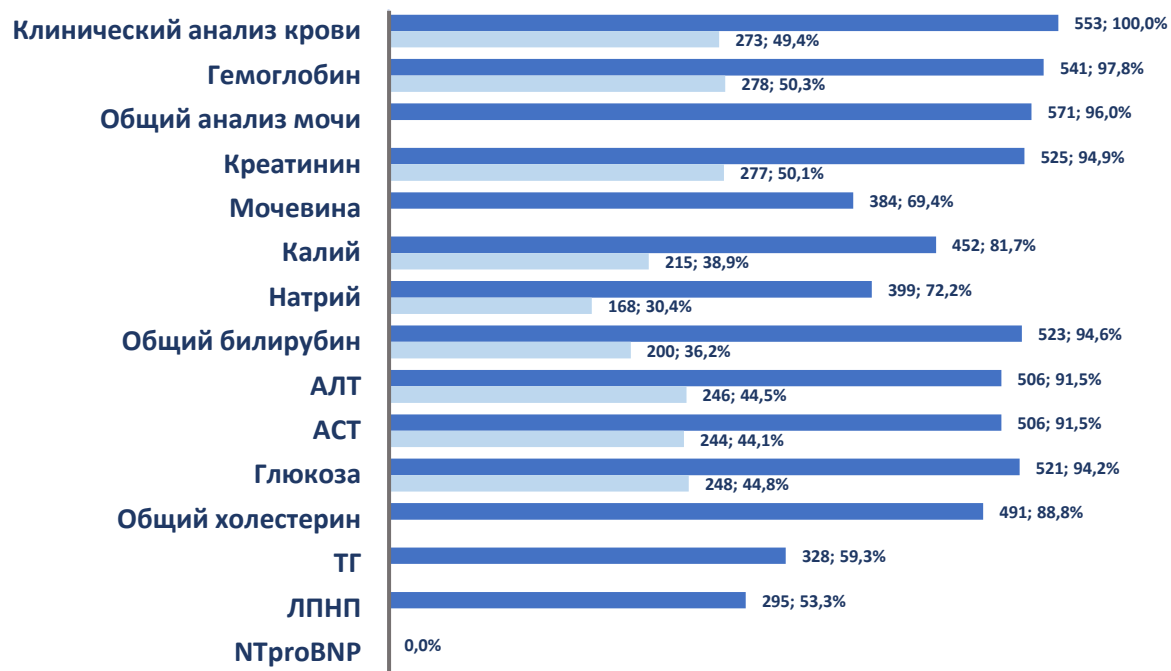


# АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ВЫПИСНЫХ ЭПИКРИЗОВ И СООТВЕТСТВИЯ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ КРИТЕРИЯМ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ХСН

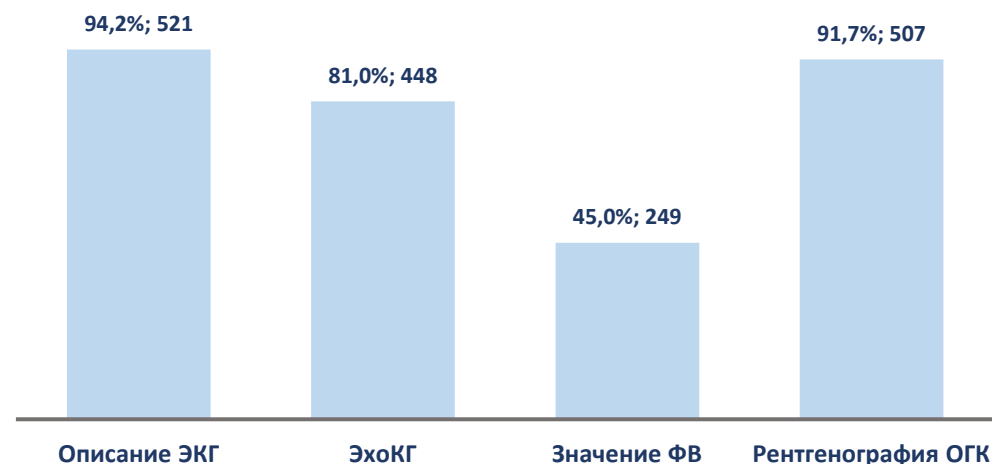
- 553 выписных эпикриза пациентов с диагнозом I50.x (51% кардиологическое отделение, средний койко-день  $14 \pm 5$  дней)
- Причина для госпитализации, клинический статус не был указан ни в одном выписном эпикризе

## Выполнение лабораторных исследований

■ Первичное исследование    ■ Повторное исследование



## Выполнение инструментальных исследований



Значение ФВ и/или информация о глобальной сократимости ЛЖ представлены в 75,4% выписных эпикризов (60% числовые значения показателя ФВ, 40% — только информация о глобальной сократимости ЛЖ)

Ендубаева Г.В. и соавторы (в печати).

Презентация основывается на данных, предоставленных д.м.н. Виллевалде С.В. и к.м.н. Соловьевой А.Е. (НМИЦ им. В.А. Алмазова МЗ РФ) и полученных ими в результате врачебной практики. Позиция ООО «Новартис Фарма» может не совпадать с мнением авторов

# СООТВЕТСТВИЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ КРИТЕРИЯМ КАЧЕСТВА СОГЛАСНО КЛИНИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ ХСН МИНЗДРАВА РОССИИ, 2020

Критерии качества обследования (N = 7)

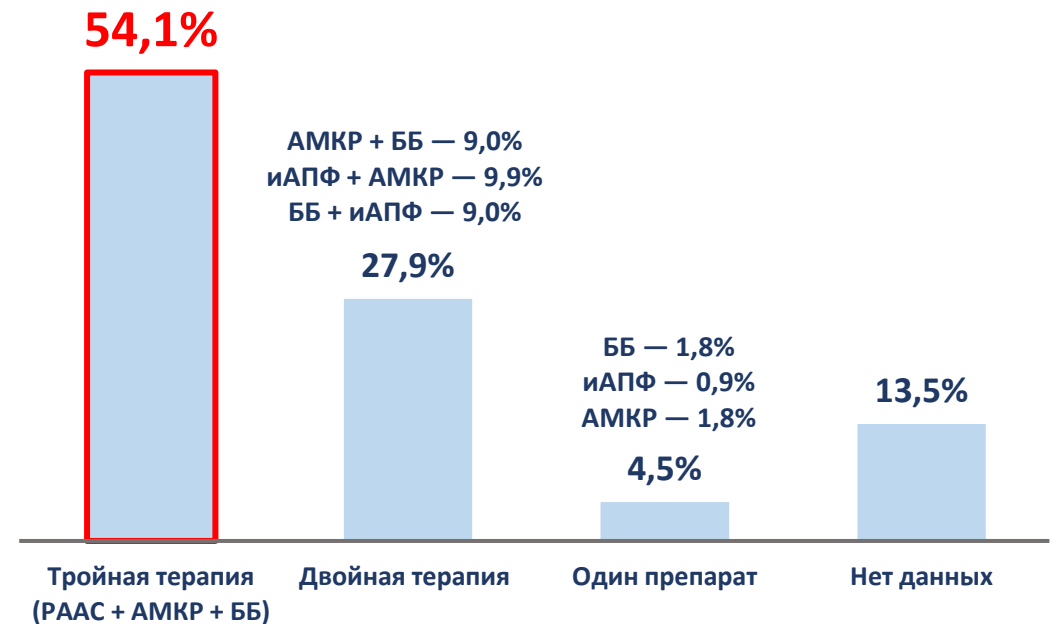
ОАК, ОАМ, Б/х анализ крови, НУП, ЭКГ, Rg ОГК, ЭхоКГ

Число (%) выписных эпикризов, удовлетворяющих критериям качества обследования пациентов



Критерии качества лечения (N = 2)\*

Терапия при низкой и умеренно сниженной ФВ ЛЖ (при отсутствии противопоказаний)



\* — Соответствие критерию качества «У пациентов с острой декомпенсацией СН проведена терапия петлевыми диуретиками, при необходимости — вазодилататорами и/или инотропными препаратами и/или вазопрессорами» не оценивалось ввиду недостаточности данных о декомпенсации СН и объективном статусе.

Ендубаева Г.В. и соавторы (в печати).

Презентация основывается на данных, предоставленных д.м.н. Виллевалде С.В. и к.м.н. Соловьевой А.Е. (НМИЦ им. В.А. Алмазова МЗ РФ)

и полученных ими в результате врачебной практики. Позиция ООО «Новартис Фарма» может не совпадать с мнением авторов

# ТИПОВЫЕ ДОКУМЕНТЫ В ПОМОЩЬ СПЕЦИАЛИСТАМ, УЧАСТВУЮЩИМ В ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ СН

**ПОЛОЖЕНИЕ  
О ШКОЛЕ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

1. Школа для пациентов старше 18 лет с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) (далее - Школа) осуществляет свою деятельность в рамках деятельности первичной помощи. Цель Школы ХСН: проведение обучающих занятий.

2. Основные задачи Школы:  
- повышение уровня знаний пациентов (лиц, осуществляющих уход);  
- обучение и изменение их поведения и привычек;  
- помощь в приобретении навыков самоконтроля;  
- увеличение осведомленности о необходимости ХСН, развития жизнеугрожающих состояний;  
- увеличение мотивации и приверженности.

3. Направление в Школу пациентов и их родственников (семейный врач) и врач общей практики.

4. В Школу направляются: пациенты с диагнозом ХСН.

5. Форма проведения Школы: обучающие занятия дополнительного профессионального образования средним медицинским образованием, с предоставлением ухода информационными материалами для пациентов, дневники самоконтроля.

6. Медицинский работник, проводящий Школу:  
1) формирование списков лиц, посетивших школу;  
2) информирование медицинского персонала о работе Школы.

7. Организация проведения, порядок и режим медицинской организации, либо уполномоченного руководителя.

**ПРИМЕРНАЯ ПРОГРАММА ШКОЛЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

**ПЕРИОДИЧНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ**  
амбулаторно 1-2 раза в месяц (зависит от потока пациентов в стационаре) 1 раз в 1 - 2 недели (зависит от потока пациентов в стационаре)

**РЕКОМЕНДУЕМАЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ**  
40-60 минут

**РЕКОМЕНДУЕМЫЙ ФОРМАТ**  
презентации с иллюстрациями и инструкциями и видеоматериалами

**НЕОБХОДИМОЕ ОСНАЩЕНИЕ**  
персональный компьютер или ноутбук, видеопроектор

**НЕОБХОДИМЫЕ МАТЕРИАЛЫ**  
презентации в формате PowerPoint (или другие) наглядные материалы (например, дневники контроля приема лекарств, соответствующей в лечении)

**ОСНОВНЫЕ РАЗДЕЛЫ В ПРОГРАММЕ**

1. Строение и функции сердца  
2. Что такое сердечная недостаточность  
3. Основные причины развития сердечной недостаточности  
4. Проявления сердечной недостаточности  
5. Причины и проявления декомпенсации сердца  
6. Основные симптомы, на которые следует обращать внимание  
7. Когда следует обращаться к врачу  
8. Правила образа жизни при сердечной недостаточности  
9. Ограничение потребления поваренной соли, натрия хлорида  
10. Ограничение потребления жидкости  
11. Самоконтроль пациента с сердечной недостаточностью, оценка периферических отеков  
12. Необходимость регулярных дозированных физических нагрузок  
13. Важные признаки и симптомы ухудшения состояния  
14. Обучение основам приема лекарственных препаратов  
15. Базовые данные об основных препаратах для лечения ХСН  
16. Показания и потенциальные побочные эффекты  
17. Понятие целевой (максимально переносимой) дозы  
18. Потенциальные проблемы при необходимости  
19. Ответы на вопросы пациентов

**ПОКАЗАТЕЛИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ ВЫСОКИЙ РИСК НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СОБЫТИЙ, КОТОРЫЕ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПРИ РЕШЕНИИ ВОПРОСА О НАПРАВЛЕНИИ ПАЦИЕНТОВ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

**КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ**

- Впервые диагностированная СН любого ФК и стадии - для определения этиологии, назначения терапии, соответствующей клиническим рекомендациям, оценки дальнейшей стратегии и тактики
- >1 госпитализации из-за СН в течение последних 12 мес.
- III-IV функциональный класс по NYHA
- Стойкие признаки застоя или сохраняющиеся отеки, несмотря на увеличение дозы диуретиков
- Возрастающая потребность в диуретиках при отсутствии обратимых причин
- Непереносимость оптимальной дозы или необходимости снижения дозы любого из рекомендованных классов лекарственных препаратов, модифицирующей терапии
- Внутрирвнная анотропная поддержка
- Систолическое АД <90 мм рт.ст. или симптоматическая гипотония, ортостатическая гипотония
- Высокая ЧСС >90 ударов в минуту на фоне максимально возможных индивидуальных доз ритмрегулирующей терапии или ЧСС <50 ударов в минуту
- Впервые возникшая или резистентная к медикаментозной терапии ФП, устойчивые желудочковые нарушения ритма, брадикардии
- Синкопальные состояния
- Срабатывание дефибриллятора
- Дистанция теста 6-минутной ходьбы <300 метров вследствие одышки или слабости на фоне максимально переносимой лекарственной/модифицирующей терапии
- Отсутствие клинического ответа на СРТ, иные электрофизиологические и кардиохирургические вмешательства после 3 месяцев от вмешательства
- Квексия, непреднамеренная потеря веса
- Прогрессирование клинических симптомов СН, увеличение признаков задержки жидкости (более 2 кг за 3 дня), повышение натрийуретических пептидов, появление признаков повреждения органов-мишеней, ухудшение переносимости физических нагрузок (снижение толерантности к физической нагрузке >25%), признаки ухудшения при визуализации сердца при отсутствии очевидной причины декомпенсации
- Значимая коморбидность, ограничивающая возможности титрования лекарственной/модифицирующей терапии или требующая изменения тактики из-за наличия СН (ХОБЛ, ЗПА, подагра, ревматические заболевания, беременность, старческий возраст, нарушение дыхания во сне, диабет)
- Несвязанная этиология СН (необходимость исключения ишемической этиологии, подтверждение на микроциркуляторном уровне или предполагаемые специфические поражения миокарда или кардиомиопатия: гипертрофическая кардиомиопатия, аритмогенная дисплазия правого желудочка, болезнь Чагаса, рестриктивная кардиомиопатия, саркоидоз сердца, амилоидоз)

**ЛАБОРАТОРНЫЕ КРИТЕРИИ**

- Расчетная СКФ <45 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>
- Нарастание уровня креатинина или креатинин сыворотки ≥160 мкмоль/л
- Гемоглобин <120 г/л у женщин и <130 г/л у мужчин
- Натрий в сыворотке <135 ммоль/л
- Калий в сыворотке <5,5 или <3,5 ммоль/л
- NT-proBNP >1000 пг/мл, стойкое повышение/отсутствие динамики
- Устойчивое отклонение печеночных тестов от нормальных значений
- Снижение уровня альбумина ≤34 г/л

**ЭКХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ**

- Фракция выброса левого желудочка <35%
- Крупные зоны акинезии/дискинезии или аневризма левого желудочка
- Умеренная-тяжелая митральная/трикуспидальная недостаточность
- Аортальный стеноз
- Дисфункция правого желудочка (TAPSE <16 мм)
- Систолическое давление в легочной артерии ≥50 мм рт.ст.
- Дилатация нижней полой вены, коллабирование на вдохе <50%

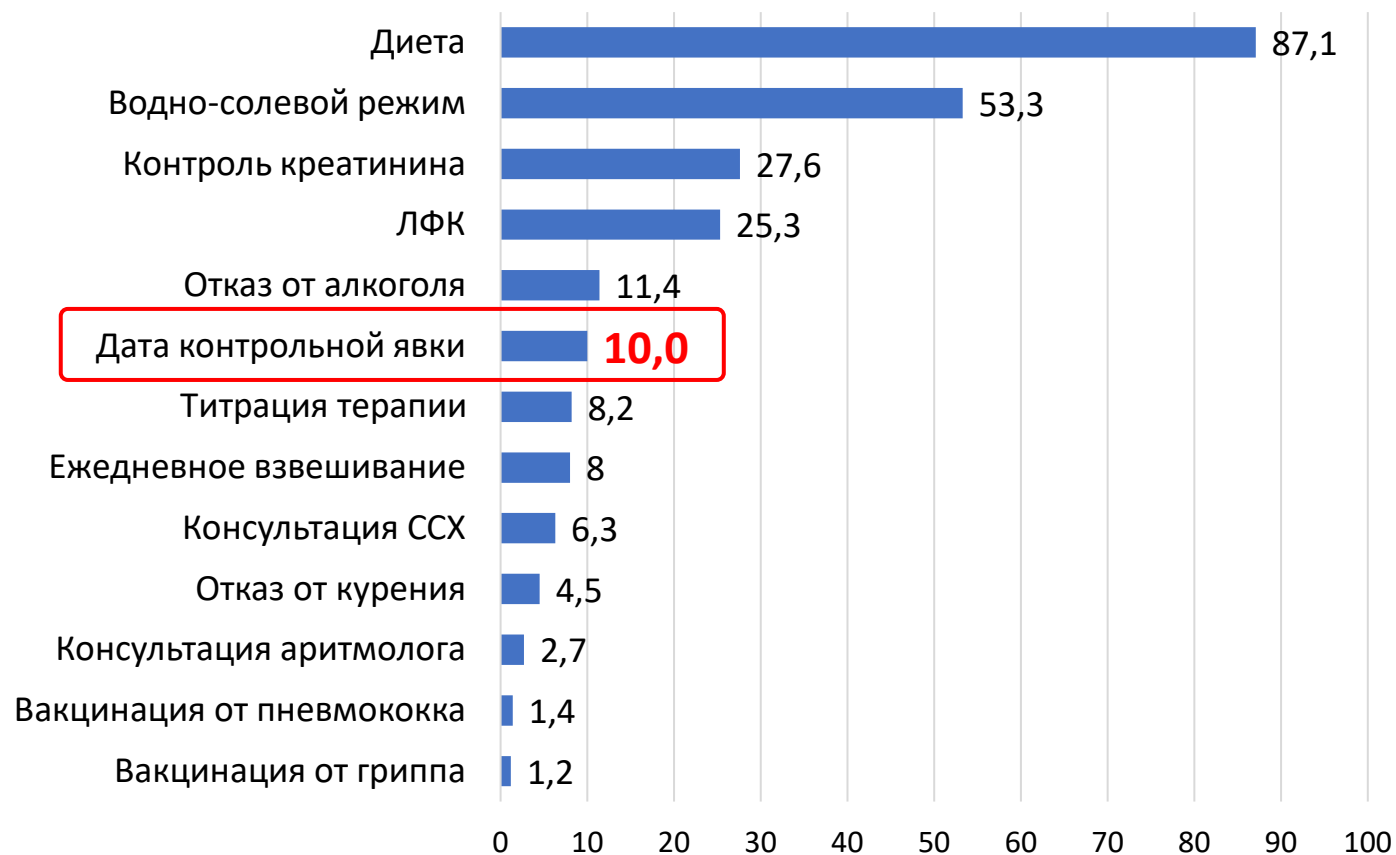
Примечания: TAPSE - систолическая экскурсия кольца трехстворчатого клапана, NT-proBNP - N-концевой предшественник мозгового натрийуретического пептида, СН - сердечная недостаточность, АД - артериальное давление, ЧСС - частота сердечных сокращений, ФП - фибрилляция предсердий, СРТ - сердечная ресинхронизирующая терапия, ХОБЛ - хроническая обструктивная болезнь легких, ЗПА - заболевание периферических артерий.

- Группы риска развития сердечной недостаточности
- Критерии направления пациентов в специализированный Центр сердечной недостаточности
- Критерии необходимости консультации в экспертном Центре сердечной недостаточности, для решения вопроса о проведении трансплантации сердца, механической поддержки кровообращения или паллиативных мероприятий
- Положение об отборе пациентов на СРТ, ИКД
- Пример выписного эпикриза
- Документы для образовательных мероприятий
- Форма структурированного телефонного контакта
- Алгоритм проведения теста шестиминутной ходьбы
- Дозы и режим титрования болезнь-модифицирующих препаратов
- Дневники самоконтроля, лекарственной терапии



# СУЩЕСТВЕННЫЕ РЕЗЕРВЫ В УЛУЧШЕНИИ РЕКОМЕНДАЦИЙ В ВЫПИСНОМ ЭПИКРИЗЕ ПАЦИЕНТОВ С СН

## Частота рекомендаций при выписке, %



- Неудовлетворительный состав рекомендаций по модификации образа жизни
- Низкая частота рекомендаций о титровании доз препаратов и явки в поликлинику

### Цитаты из рекомендаций

- Отказ от физической нагрузки
- ЛФК
- Ограничение жидкости и соли
- Диета НКД, ВБД
- Контроль веса
- Контроль факторов риска

Ендубаева Г.В. и соавторы (в печати).

Презентация основывается на данных, предоставленных д.м.н. Виллевальде С.В. и к.м.н. Соловьевой А.Е. (НМИЦ им. В.А. Алмазова МЗ РФ) и полученных ими в результате врачебной практики. Позиция ООО «Новартис Фарма» может не совпадать с мнением авторов



## Позиция клинических рекомендаций



Клинические рекомендации

**Хроническая сердечная  
недостаточность**

МКБ 10: I50.0, I50.1, I50.9

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Пациентам с ОДСН для улучшения клинических исходов **рекомендуется проведение первого амбулаторного визита к врачу** или другому медицинскому работнику, вовлеченному в оказание медицинской помощи подобным пациентам **в первую неделю после выписки** (альтернативный подход — звонок по телефону в первые 3 дня и визит в пределах 2 недель после выписки).

**ЕОК IV (УУР А, УДД 1)**

# ЕВРОПЕЙСКИЕ КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, 2021



## 2021 ESC HFA Quality Indicators for Heart Failure

5 доменов



### Домен 1: Структура организации помощи

- 1.1. Центры должны иметь специализированную междисциплинарную команду специалистов для ведения пациентов с СН
- 1.2. Центры должны иметь специально тренированных специалистов с целью обучения пациентов самопомощи

### Домен 2: Обследование пациентов\*

- 2.1. Доля пациентов с СН с документированным клиническим типом СН (СНнФВ, СНунФВ, СНсФВ)
- 2.2. Доля пациентов с документированными результатами ЭКГ
- 2.3. Доля пациентов, у которых определен уровень НУП
- 2.4. Доля пациентов с документированными результатами лабораторных анализов
- 2.5. Доля госпитализированных пациентов, направленных на программы реабилитации

**2.6. Доля госпитализированных пациентов с визитом к врачу в течение 4 нед после выписки**

### Домен 3. Исходная терапия

- 3.1. Доля пациентов с СНнФВ, которым назначен рекомендованные ББ при отсутствии противопоказаний
- 3.2. Доля пациентов с СНнФВ, которым назначены иАПФ/БРА/АРНИ при отсутствии противопоказаний
- 3.3. Доля пациентов с СНнФВ, которым назначены АМР при отсутствии противопоказаний
- 3.4. Доля пациентов с СНнФВ, которым назначен иНГТ2 при отсутствии противопоказаний
- 3.5. Доля пациентов с доказанным застоем, которым назначена диуретическая терапия

### Домен 4. Оптимизация терапии

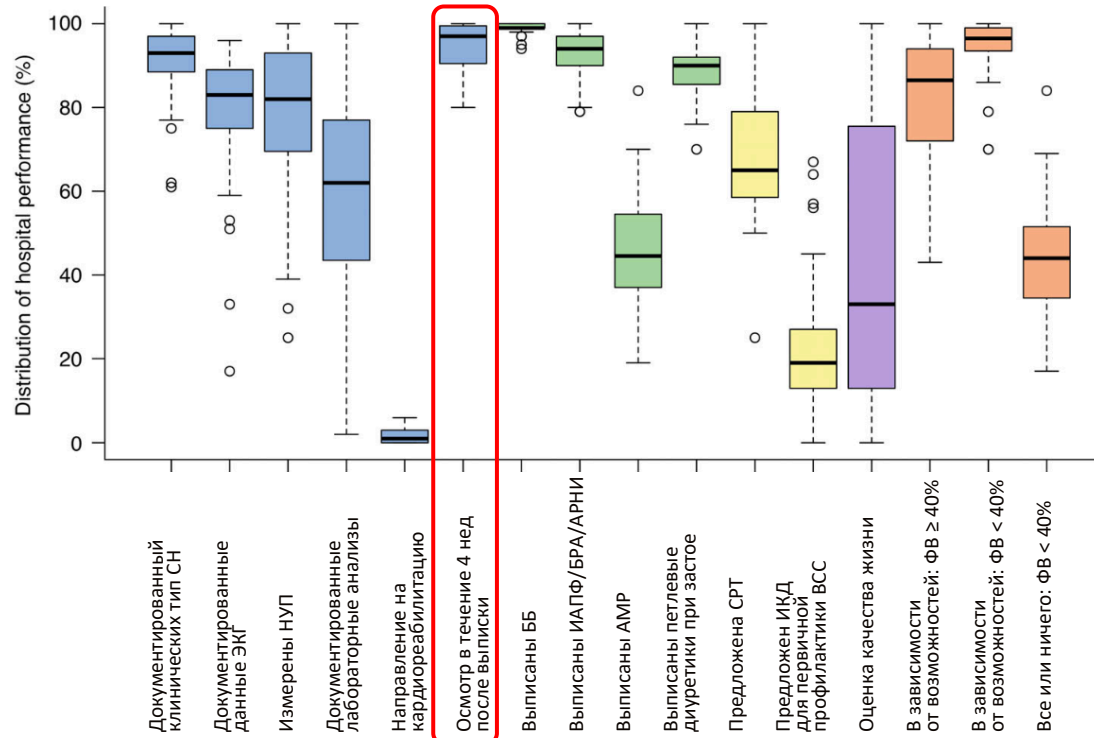
- 4.1. Доля симптомных пациентов с СНнФВ, синусовым ритмом, QRS  $\geq$  150 мс и БЛНПГ и ФВ  $\leq$  35% несмотря на  $\geq$  3 мес ОМТ, которые были направлены на СРТ
- 4.2. Доля симптомных пациентов с СНнФВ  $\leq$  35% несмотря на  $\geq$  3 мес ОМТ, которые были направлены на имплантацию ИКД с целью первичной профилактики ВСС

### Домен 5. Оценка качества жизни, связанного со здоровьем

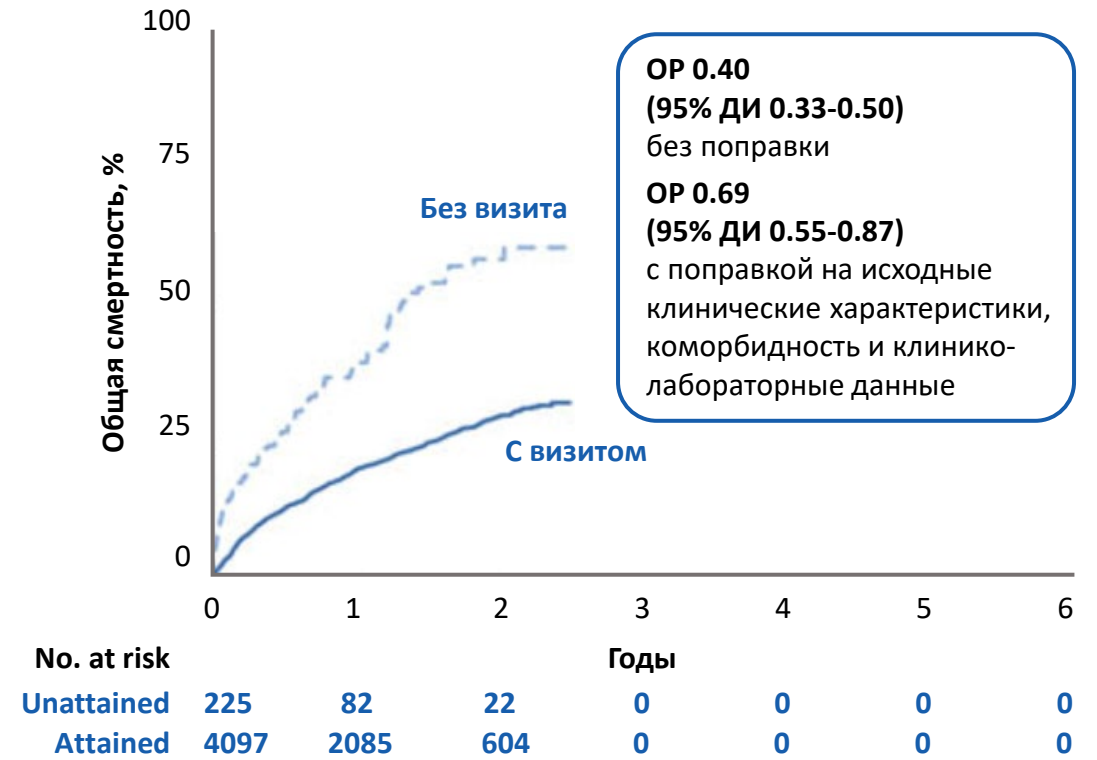
# СОБЛЮДЕНИЕ КРИТЕРИЕВ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ СН ВАРИРУЕТ МЕЖДУ СТАЦИОНАРАМИ И АССОЦИИРУЕТСЯ С ЛУЧШИМ ПРОГНОЗОМ

N = 43 704, Шведский регистр СН (Swedish HF registry), 80 госпиталей, 2013–2019, медиана наблюдения 23.6 мес > 80% критериев качества ESC могут быть оценены по данным регистра

Высокая частота соблюдения критерия\*



Ассоциации визита после выписки с выживаемостью




\* — на исходные клинические характеристики, коморбидность и клинико-лабораторные данные.


# УСТАНОВЛЕНИЕ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПОСЛЕ ВЫПИСКИ ИЗ СТАЦИОНАРА

## Пункт 4.

Диспансерное наблюдение устанавливается в течение 3 рабочих дней после:

1. Установления диагноза при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях
2. Получения выписного эпикриза из медицинской карты стационарного больного по результатам оказания медицинской помощи в стационарных условиях

  
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(МИНЗДРАВ РОССИИ)

  
МИНИСТЕРСТВО ЮСТИЦИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ЗАРЕГИСТРИРОВАНО  
Регистрационный № 68288  
от 21 апреля 2022 г.  
№ 168н

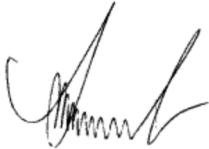
**ПРИКАЗ**

15 марта 2022 г.  
Москва

**Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми**

В соответствии с частью 7 статьи 46 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2016, № 27, ст. 4219) п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить прилагаемый порядок проведения диспансерного наблюдения за взрослыми.
2. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 марта 2019 г. № 173н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 25 апреля 2019 г., регистрационный № 54513).
3. Настоящий приказ вступает в силу с 1 сентября 2022 г. и действует до 1 сентября 2028 г.

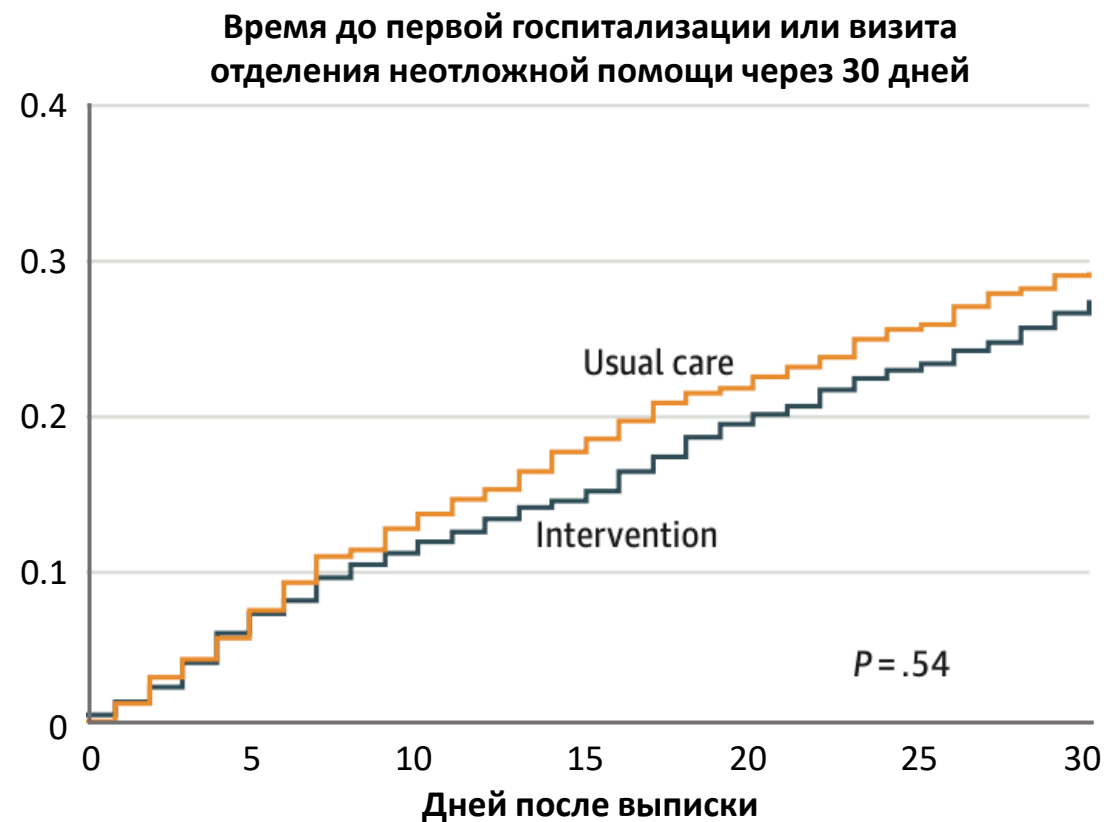
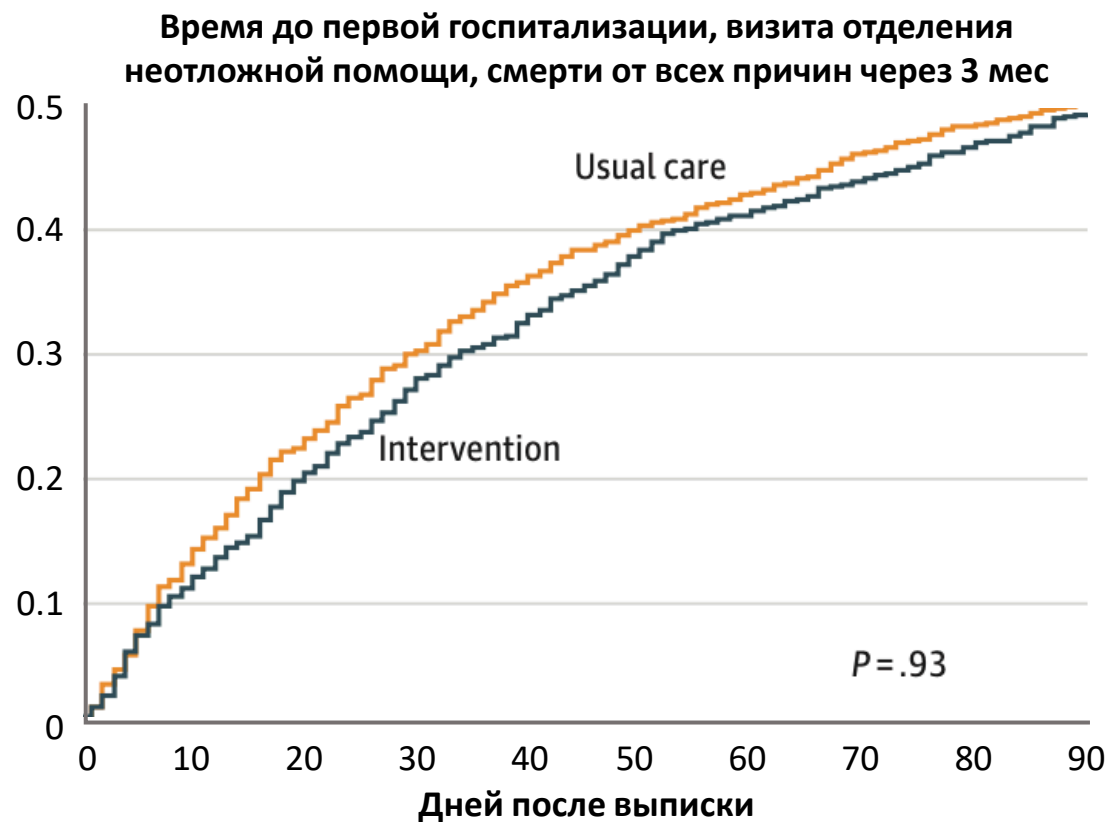
Министр  М.А. Мурашко

# ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННАЯ МОДЕЛЬ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: РАСТ-НФ

Кластер-рандомизированное исследование, Канада

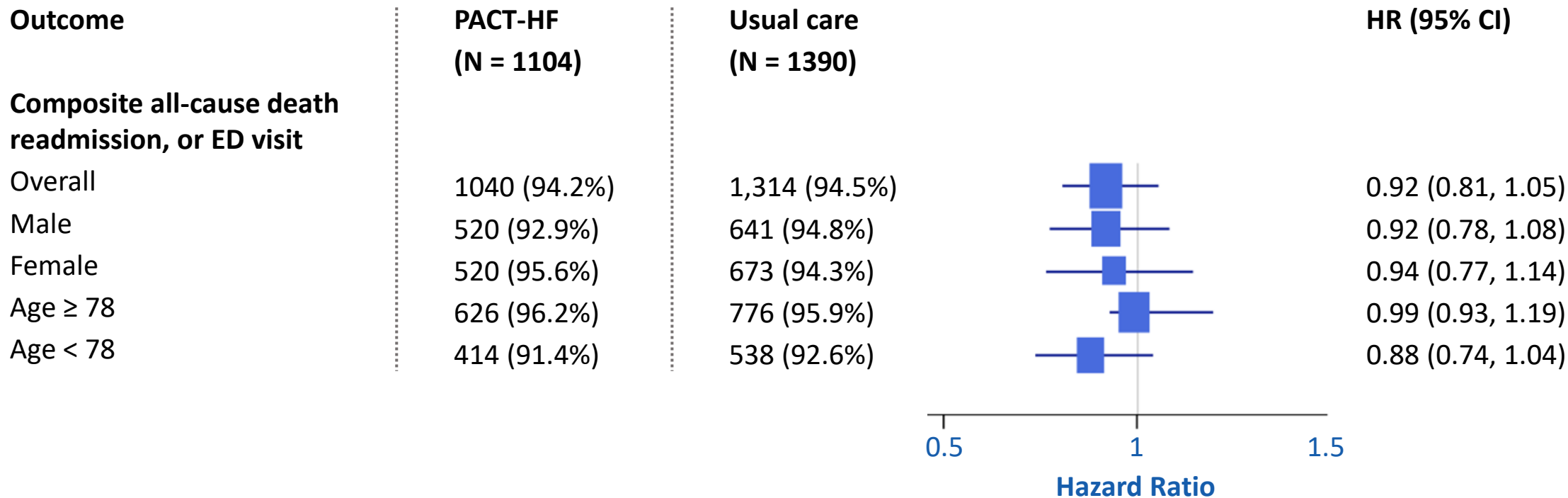
**2 стратегии:** Вмешательства (обучение самопомощи медсестрами, структурированный выписной эпикриз, визит к врачу в течение 1 недели или для пациентов высокого риска (40%) — визит медсестры на дом, N = 1104) vs. стандартная практика (N = 1390)

**Отсутствие влияния на исходы, но — улучшение качества жизни и готовности к выписки**



# РАСТ-НФ: ИСХОДЫ В ТЕЧЕНИЕ 3 ЛЕТ НАБЛЮДЕНИЯ

## Анализ по намерению лечить



Сопоставимые результаты при анализе по протоколу

При анализе с учетом конкурирующего риска смерти — **снижение риска госпитализаций с СН (ОР 0.88, 95% ДИ 0.78–1.00)** и отсутствие влияния на риск госпитализаций по любой причине (ОР 0.98, 95% ДИ 0.90–1.07), обращений в отделение неотложной помощи (ОР 0.91, 95% ДИ 0.83–1.01)

Presented by Van Spall HGC at the HF Congress 2023.

Презентация основывается на данных, предоставленных д.м.н. Виллевалде С.В. и к.м.н. Соловьевой А.Е. (НМИЦ им. В.А. Алмазова МЗ РФ) и полученных ими в результате врачебной практики. Позиция ООО «Новартис Фарма» может не совпадать с мнением авторов

## Возможные объяснения полученных результатов

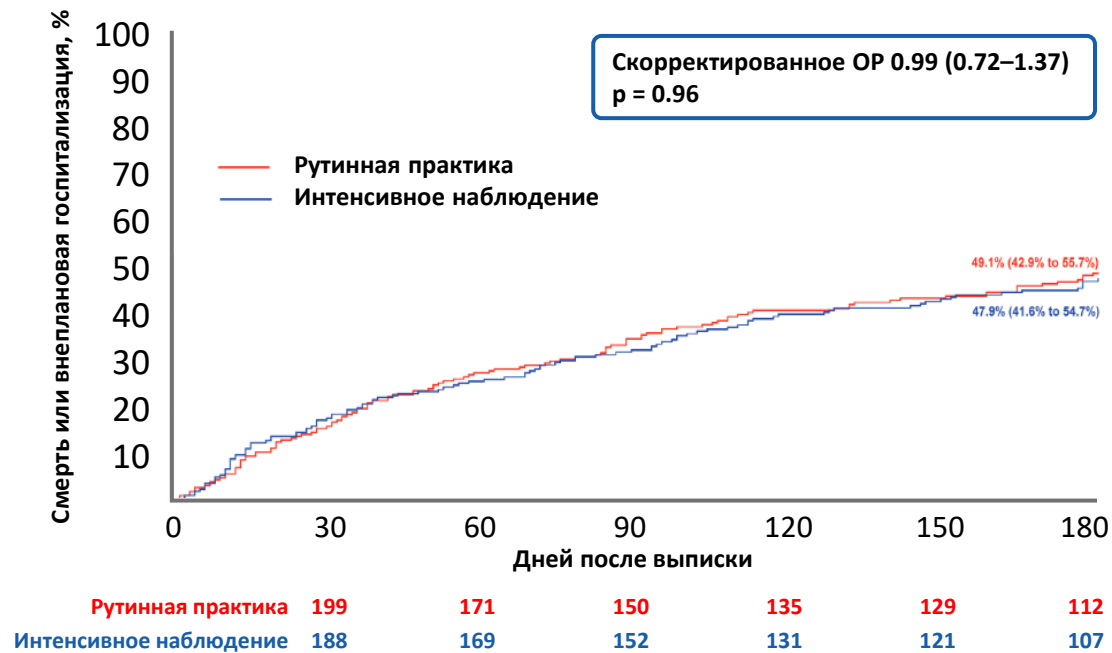
1. Сложности в сопоставлении вмешательств на уровне РКИ и всей системы здравоохранения (разные популяции пациентов, тяжесть заболевания, ФВ, прогноз, место пребывания, социально-экономический статус, географическая гетерогенность)
2. Включение тяжелой популяции пациентов из реальной клинической практики — сложности в достижении эффекта при неотвратимой потребности в госпитализации
3. Краткосрочное вмешательство и короткий период наблюдения
4. Невозможность оценки индивидуального компонента (следование рекомендациям по немедикаментозному/ медикаментозному воздействию, самоконтролю)
5. Разный уровень лечебных учреждений, кадрового обеспечения и технического оснащения
6. (?) **Само наличие контакта не имеет значения, если ничего не меняется в терапии**

# ESAD-HF: СТРАТЕГИЯ РАННЕГО ВИЗИТА ПОСЛЕ ВЫПИСКИ НЕ СОПРОВОЖДАЛАСЬ УЛУЧШЕНИЕМ ПРОГНОЗА ПО СРАВНЕНИЮ С РУТИННОЙ ПРАКТИКОЙ ПРИ СОПОСТАВИМОМ НАЗНАЧЕНИИ ОМТ

Открытое рандомизированное исследование, 22 центра, Франция

N = 495, госпитализированные с СН вне зависимости от ФВ с наличием хотя бы 1 критерия: госпитализация с СН в предыдущие 6 мес, стойкое повышение НУП, умеренное снижение или ухудшение функции почек, САД ≤ 110 мм рт. ст.

**Рутинная практика vs. интенсивное наблюдение после выписки** (очная консультация специалистом по СН и диетологом через 7 дней и 21 день, лабораторное обследование до каждого визита)



Терапия у пациентов с СНФВ при поступлении, выписке и через 6 мес

|                              | Интенсивное наблюдение |                 |                 | Рутинная практика |                 |                 |
|------------------------------|------------------------|-----------------|-----------------|-------------------|-----------------|-----------------|
|                              | Поступление            | Выписка         | 6 мес           | Поступление       | Выписка         | 6 мес           |
| <b>Петлевые диуретики</b>    | 65.9%                  | 96.2%           | 89.1%           | 67.2%             | 97.0%           | 91.2%           |
| Средняя доза (мг фуросемида) | 50<br>[40; 120]        | 80<br>[40; 125] | 80<br>[40; 160] | 80<br>[40; 125]   | 80<br>[40; 142] | 80<br>[40; 160] |
| <b>иАПФ или БРА</b>          | 55.8%                  | 84.6%           | 78.0%           | 56.8%             | 84.1%           | 74.6%           |
| Средняя доза (% max дозы)    | NA                     | 25<br>[17; 33]  | 33<br>[17; 50]  | NA                | 17<br>[17; 33]  | 17<br>[17; 33]  |
| <b>ББ</b>                    | 61.7%                  | 93.1%           | 93.3%           | 62.6%             | 93.9%           | 93.3%           |
| Средняя доза (% max дозы)    | NA                     | 38<br>[25; 50]  | 38<br>[25; 75]  | NA                | 38<br>[25; 75]  | 50<br>[25; 75]  |
| <b>АМР</b>                   | 19.4%                  | 40.6%           | 34.4%           | 19.7%             | 48.1%           | 41.7%           |
| <b>Дигоксин</b>              | 2.3%                   | 2.3%            | 1.1%            | 1.5%              | 1.5%            | 1.9%            |
| <b>Ивабрадин</b>             | 0.0%                   | 2.3%            | 1.1%            | 1.5%              | 4.6%            | 1.0%            |
| <b>БКК</b>                   | 23.1%                  | 16.0%           | 12.5%           | 12.2%             | 9.8%            | 11.7%           |

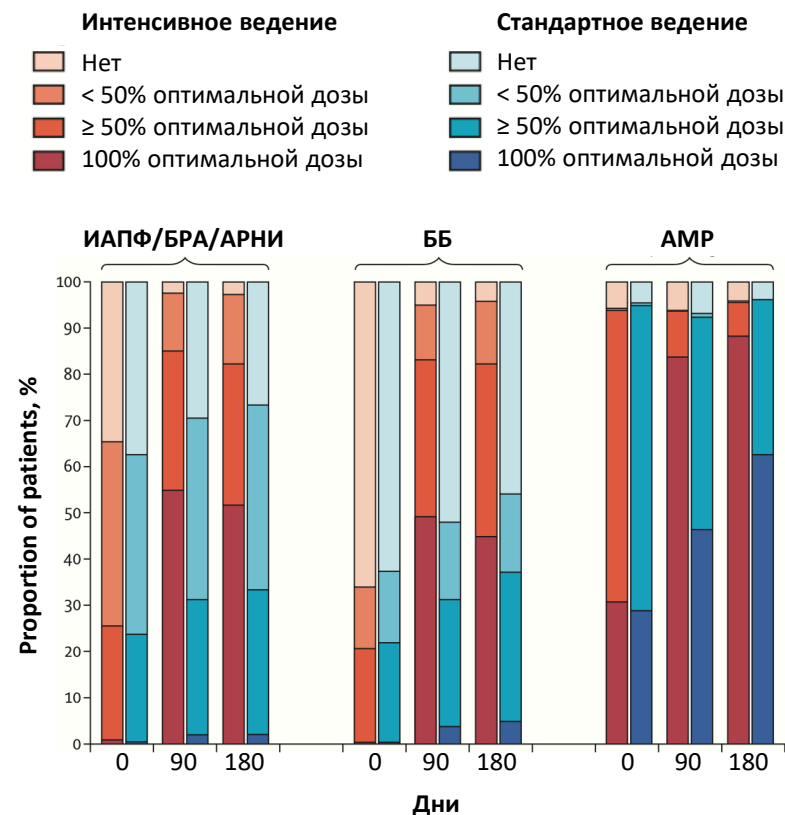
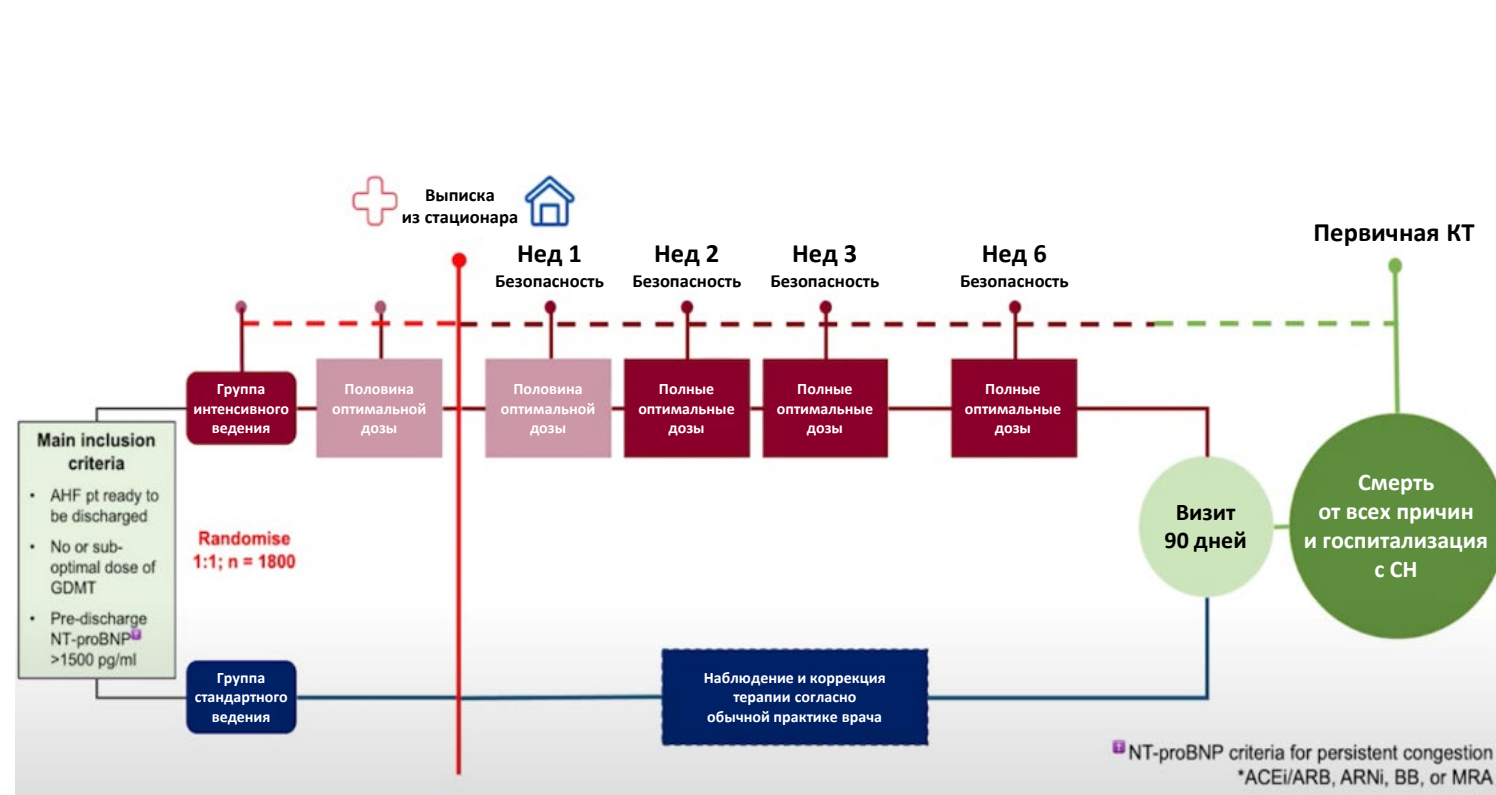
Сопоставимая терапия (АМР — хуже) через 6 мес



# ИНТЕНСИВНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ С БЫСТРЫМ ТИТРОВАНИЕМ ОМТ

Исследование STRONG-HF: N = 1078, средний возраст 63 года, 39% женщины

Рутинная практика vs. 100% дозы ОМТ в течение 2 нед и 4 визита в первые 2 мес после выписки с контролем клинического статуса и лабораторных параметров (включая NTproBNP)



Presented by A. Mebazaa at AHA. 2022.

Mebazaa A et al. Lancet. 2022.12.03;400(10367):1938–1952. doi:10.1016/S0140-6736(22)02076-1

- **Оптимизация пероральной терапии**
  - за 2 дня до предполагаемой выписки — как минимум 50% от оптимальной дозы ББ, иРААС и АМР
  - через 2 недели — 100% оптимальные дозы ББ, иРААС и АМР
- **Частые визиты для контроля безопасности** (физическое обследование, лабораторный контроль: глюкоза, СКр, СКФ, натрий, калий, Hb, NT-proBNP)
  - через 1, 2, 3 и 6 нед
  - через 1 нед после каждого увеличения дозы в случае более длительного титрования
- **Дополнительные визиты для достижения 100% оптимальных доз ОМТ**

## Схемы титрования в протоколе

- **Титрование ИАПФ/БРА/АРНИ/АМР не проводится, если**
  - САД < 95 мм рт. ст.
  - Калий > 5 ммоль/л
  - СКФ < 30 мл/мин/1.73 м<sup>2</sup>
- **Титрование ББ не проводится, если**
  - ЧСС < 55 уд/мин
  - САД < 95 мм рт. ст.
- **Интерпретация NT-proBNP**
  - Увеличение на > 10% по сравнению со значением перед выпиской — не титровать ББ и увеличить дозу диуретика
- **Снижение дозы на усмотрение врача**

# БЕЗОПАСНОСТЬ ИНТЕНСИВНОГО ВЕДЕНИЯ

Частота НЯ (любых) — у 41% в группе интенсивного ведения vs. 29% в группе стандартного ведения

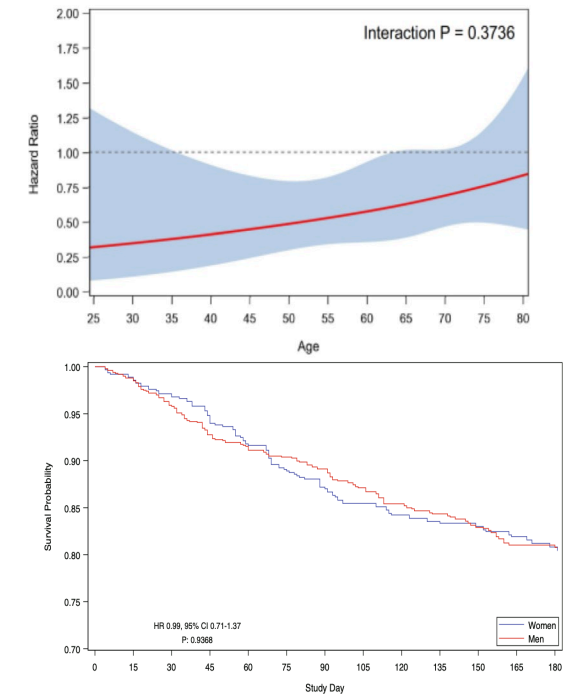
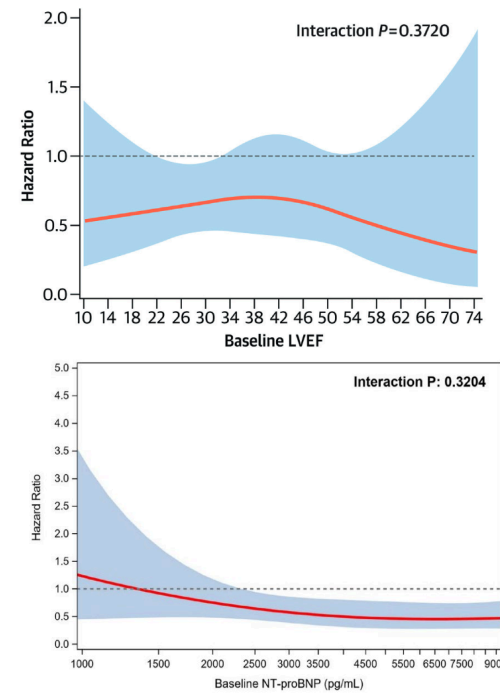
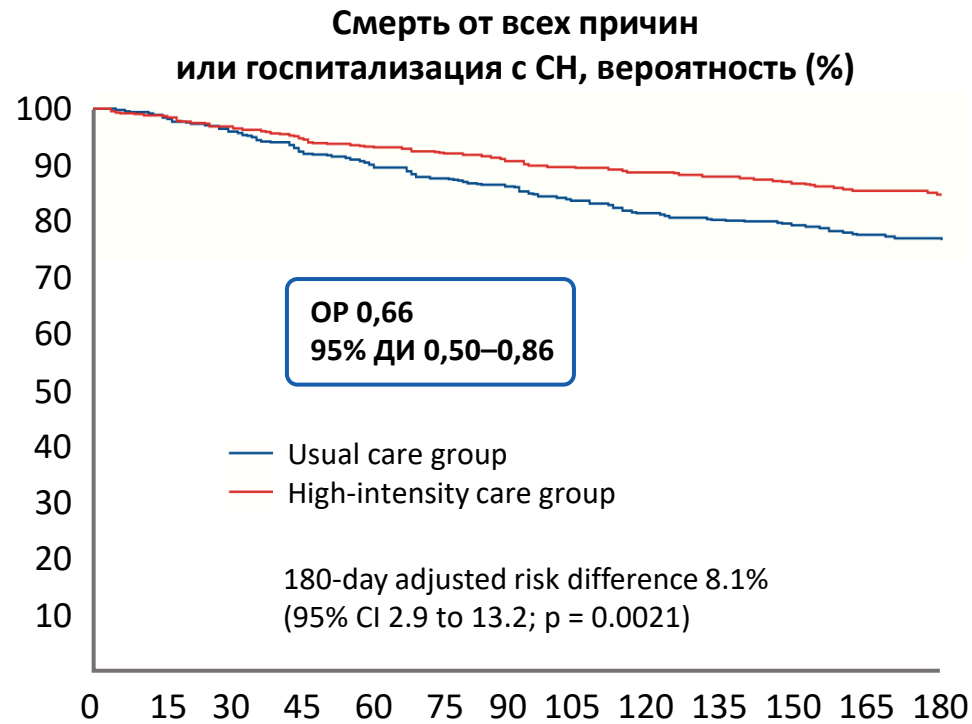
**Наиболее частые НЯ не отличались между группами**  
(интенсивное vs. стандартное ведение):

- Гипотония 5% vs. 0.4%
- Гиперкалиемия 3% vs. 0
- Нарушение функции почек 2.6% vs. 0.2%
- ОПП 0.6% vs. 0%
- Брадикардия 0.7% vs. 0.4%
- Ортостатическая гипотония 0.6% vs. 0%

# ИНТЕНСИВНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ С БЫСТРЫМ ТИТРОВАНИЕМ ОМТ ВОЗМОЖНО, БЕЗОПАСНО И АССОЦИИРОВАНО С УЛУЧШЕНИЕМ ПРОГНОЗА ВНЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФВ, ВОЗРАСТА, ПОЛА, NT-PROBNP

N = 1078, средний возраст 63 года, 39% женщины

Рутинная практика vs. 100% дозы ОМТ в течение 2 нед и 4 визита в первые 2 мес после выписки с контролем клинического статуса и лабораторных параметров (включая NTproBNP)



Исследование STRONG-HF.

1. Mebazaa A et al. Lancet. 2022.12.03;400(10367):1938–1952. doi:10.1016/S0140-6736(22)02076-1 2. Pagnesi M et al. J Am Coll Cardiol. 2023;81(22):2131–2144. Arrigo M et al. Eur J Heart Fail. 2023;25(7):1145–1155 3. Čerlinskaitė-Bajorė K et al. Eur J Heart Fail. 2023;25(7):1156–1165

# НОВАЯ ПОЗИЦИЯ РЕКОМЕНДАЦИЙ ESC 2023 ГОДА ПО ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕД И ПОСЛЕ ВЫПИСКИ



## ESC 2023

Интенсивная стратегия ведения с инициацией и быстрым титрованием дозы ОМТ перед выпиской и во время повторных амбулаторных визитов тщательного наблюдения в течение первых 6 нед после выписки рекомендуется для снижения риска госпитализации с СН или смерти

**IB**

# ОРГАНИЗАЦИЯ РАННЕГО АМБУЛАТОРНОГО ВИЗИТА

В основе — использование многокомпонентных стратегий



- **Обязательное указание в выписке амбулаторного визита**  
Консультация врача-кардиолога в (указать название учреждения, телефон для записи), (указать дату в течение 7–14 дней после выписки из стационара).  
Явка с дневником самоконтроля и информацией по дозам текущей терапии



- **Структурированная телефонная поддержка и телемониторинг**  
веса, основных параметров жизнедеятельности или других показателей функционального статуса, контроль терапии



- **Патронаж на дому для клинической оценки и обучения**



- **Оповещение амбулаторно-поликлинической службы по телефону**  
**Автоматическое оповещение и запись пациента/родственников по телефону**



- **Единая МИС, открывающая широкие возможности**  
(просмотр электронной медицинской карты больного, автоматические оповещения, запись на прием, организация ЛЛО, учет заболеваемости и смертности и аналитические возможности)

# ИНТЕГРАЛЬНЫЙ АНАМНЕЗ ПАЦИЕНТА

**Портал врача**  
Врач

**Заболевания**

- VII. Болезни глаза и его придаточного аппарата (3)
- VIII. Болезни уха и сосцевидного отростка (1)
- IX. Болезни системы кровообращения (4)
- X. Болезни органов дыхания (1)
- XIII. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (1)

И11.9. Гипертензивная [гипертоническая] болезнь с преимущественным поражением сердца без (застойной) сердечной недостаточности с июля 2018

I25.1. Атеросклеротическая болезнь сердца с октября 2018

I44.2. Предсердно-желудочковая блокада полная с марта 2019

I67.2. Церебральный атеросклероз с апреля 2019

**Календарь обращений**

июл фев мар апр май июн июл авг сен окт ноя дек

2019  
2018  
2017  
2016  
2015

[Раньше](#)

**Интегрированная медицинская карта**

Выберите тип документа

Показано обращений: 7 из 18

**29 апреля 2019**  
(1 день)  
СПб ГБУЗ "Городская поликлиника №94"/ЛО №94

Предварительный диагноз (I67.2) Церебральный атеросклероз

комментарий к диагнозу

**Портал врача**  
Врач

недостаточности с июля 2018

I25.1. Атеросклеротическая болезнь сердца с октября 2018

**I44.2. Предсердно-желудочковая блокада полная с марта 2019**

I67.2. Церебральный атеросклероз с апреля 2019

X. Болезни органов дыхания (1)

XIII. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (1)

**Лабораторная диагностика**

[Динамика лабораторных показателей](#)

Определение протромбинового (тромбопластинового) времени в крови или в плазме  
10 декабря 2018

Определение международного нормализованного отношения (МНО)  
10 декабря 2018

**Интегрированная медицинская карта**

Выберите тип документа

Показано обращений: 1 из 1

**с 13 по 27 марта 2019**  
(14 дней)  
СПб ГБУЗ "Городская больница №26"/Стационар

Заключительный диагноз (I44.2) Предсердно-желудочковая блокада полная

ИБС. Хроническая форма фибрилляции предсердий. Полная АВ-блокада. ПЭКС (VV) с 2001г. Истощение источника питания.

Выписной эпикриз пациента: Павлова Павловна 27 марта 2019

[Показать все записи](#)

Возможность просмотреть документацию

Возможность просмотреть результаты анализов

Из личного архива Звартау Н.Э.

Презентация основывается на данных, предоставленных д.м.н. Виллевалде С.В. и к.м.н. Соловьевой А.Е. (НМИЦ им. В.А. Алмазова МЗ РФ) и полученных ими в результате врачебной практики. Позиция ООО «Новартис Фарма» может не совпадать с мнением авторов

# ИНТЕГРАЛЬНЫЙ АНАМНЕЗ ПАЦИЕНТА

## Пример прикрепленного выписного эпикриза и просмотра анализов

27 марта 2019

СПб ГБУЗ "Городская больница №26" Стационар  
Врач [REDACTED]  
Предсердно-желудочковая блокада полная

**Дата поступления:** 13.03.2019 09:50  
**Дата выписки:** 27.03.2019  
**Госпитализация:** Плановая  
**Направлен:** Николаевская больница  
**Полис:** ОМС, ЕП 7871760888000346  
**Диагноз направления:**  
ИБС  
**Диагноз при госпитализации:**  
ИБС  
**Диагноз при выписке:**  
**1) Основной:**  
ИБС. Хроническая форма фибрилляции предсердий. Полная АВ-блокада. ПЭКС (VVI) с 2001г. Истощение источника питания. (I44.2)  
**2) Сопутствующий:**  
Гипертоническая болезнь III ст., риск 4.  
**Операции и манипуляции:**  
1. Имплантация однокамерного электрокардиостимулятора+ деимплантация ЭКС. Доступ: vsulclavia dex. Электрод - BEFLEX RF46D (SORIN). Аппарат - REPLY SR (SORIN). Дата: 21.03.2019 14:40 - 15:30  
**Состояние при поступлении:** Удовлетворительное

**ДАнные лабораторных исследований**  
**Биохимия:**  
14.03.19: Глюкоза - 6,3; Общий белок - 82,3; Холестерин - 6,9; Общий билирубин - 14,7; Альбумин - 44,7; АСТ - 24,4; АЛТ - 10,6; Креатинин - 93; Мочевина - 5,98; Креатиницид МВ - 31,1; СКФ - 56,1  
**Клинический анализ крови полный:**  
14.03.19: СОЭ - 23; Лейкоциты (WBC) - 9,27; Эритроциты (RBC) - 4,64; Гемоглобин (HGB) - 154; Гематокрит (HCT) - 48,5; Ср.объем эритроц. (MCV) - 104,5; Ср.содержание гемогл. (MCH) - 33,2; Ср.конц. гемогл. (MCHC) - 318; Тромбоциты (PLT) - 234; Лимфоциты % (LYMPH%) - 44,3; Моноциты % (MONO%) - 8,2; Нейтрофилы % (NEUT%) - 44,6; Эозинофилы % (EO%) - 2,5; Базофилы % (BASO%) - 0,4; Лимфоциты (LYMPH) - 4,11; Моноциты (MONO) - 0,76; Нейтрофилы (NEUT) - 4,13; Эозинофилы (EO) - 0,23; Базофилы (BASO) - 0,04; Распр.эритроц. (RDW-CV) - 12,6; Ш.распр.эритроц. (RDW-SD) - 48,1; Ш.распр.тромб. (PDW) - 15,5; Ср.объем тромбоц. (MPV) - 8,9; Крупных тромбоц. (P-LCR) - 28,4; Тромбоцит (PCT) - 0,208  
**Общий анализ мочи:**  
14.03.19: Кислотность (PH) - Кислая; Белок (PRO) - 0,028; Эпителий плоский - Большое кол-во; Бактерии - 1+; Мутность - Прозрачная; Цвет - Светло-желтый; Относительная плотность (SG) - мало мочи; Лейкоциты - 1-2 в поле зрения до 30; Эритроциты неизмененные - 0-2  
**RW:**  
18.03.19: ИФА-суммарные АТ к Треропети rabditum - ; РМП с сывороткой - -

**ДАнные инструментальных исследований**  
**ЭКГ :** от 25.03.2019:  
Эффективная ПЭКС желудочков 65 в 1 мин.

**ПРОВЕДЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ:**  
аспирин, гипотиазид, эналаприл, этилол

Из личного архива Звартау Н.Э.

Презентация основывается на данных, предоставленных д.м.н. Виллевалде С.В. и к.м.н. Соловьевой А.Е. (НМИЦ им. В.А. Алмазова МЗ РФ) и полученных ими в результате врачебной практики. Позиция ООО «Новартис Фарма» может не совпадать с мнением авторов

## Лабораторное исследование

Определение международного нормализованного отношения (МНО)

10 декабря 2018

СПб ГБУЗ "Николаевская больница" ИМЦКДЛ

Врач 608.3 А

| Наименование теста                            | Результат | Норма | Ед. измерения      | Интерпретация | Комментарий |
|---|-----------|-------|--------------------|---------------|-------------|
| Международное нормализованное отношение (МНО) | 1,01      | 3,9   | Микрометр в минуту | N             |             |



## Пример контрольных списков

Регистры заболеваний

Регистры → Регистр пациентов с ХСН

Контрольные списки (2/2)

Контрольные списки

Добавить новый список

| Название                                    | Кол-во пациентов | Действия |
|---|------------------|----------|
| На диспансерном наблюдении                  | не пересчитан    | 🗑️ ✅     |
| Была госпитализация в ГВБ с 2019 года       | не пересчитан    | 🗑️ ✅     |
| Лечились в 2019г в Александровской больнице | не пересчитан    | 🗑️ ✅     |
| Лечились в 2019г в ГБ №26                   | не пересчитан    | 🗑️ ✅     |
| Лечились в 2019г в ГВБ                      | не пересчитан    | 🗑️ ✅     |
| Отбор пациентов по номерам                  | не пересчитан    | 🗑️ ✅     |
| ХСН стадия III                              | не пересчитан    | 🗑️ ✅     |
| Отбор пациентов по номерам                  | не пересчитан    | 🗑️ ✅     |
| Заболели за дату в МО                       | не пересчитан    | 🗑️ ✅     |
| Умерли за дату в МО                         | не пересчитан    | 🗑️ ✅     |
| Не пустой тип документа                     | не пересчитан    | 🗑️ ✅     |
| Амбулаторные случаи                         | не пересчитан    | 🗑️ ✅     |
| Алм_Выезжала скорая вчера                   | 3                | 🗑️ ✅     |
| Алм_Лечатся в стационаре                    | 1802             | 🗑️ ✅     |
| Алм_Выписаны в последние 2 недели           | 173              | 🗑️ ✅     |

Алм\_Выписаны в последние 2 недели

Открыть настройки контрольного списка

| Дата рождения пациента | ФИО пациента | Дата завершения случая | Идентификатор системы                | МО (краткое наименование) | Действия |
|------------------------|--------------|------------------------|--------------------------------------|---------------------------|----------|
| 22 октября 1940        |              | 06 сентября 2021       | 1819528                              | ГБ №16 Маринская          | 👁️       |
| 03 октября 1960        |              | 09 сентября 2021       | 3fab53aa-a8b9-11eb-80b6-ce48fa16905e | ГБ №1                     | 👁️       |
| 12 апреля 1964         |              | 04 сентября 2021       | 2551720                              | ГБ №16 Маринская          | 👁️       |
| 23 апреля 1955         |              | 10 сентября 2021       | 5d6a46b5-c6c1-4e6d-88ad-3dc564503266 | ФМИЦ им. В.А. Алмазова    | 👁️       |
| 05 марта 1940          |              | 07 сентября 2021       | 2379367                              | ГБ №16 Маринская          | 👁️       |
| 06 апреля 1935         |              | 06 сентября 2021       | 2551813                              | ГБ №16 Маринская          | 👁️       |
| 23 июля 1954           |              | 06 сентября 2021       | 20bc982a-a1c7-4844-8e9d-235f485b8930 | ФМИЦ им. В.А. Алмазова    | 👁️       |
| 13 ноября 1961         |              | 16 сентября 2021       | 7f6dfb7-063d-11ec-80b6-ce48fa16905e  | ГБ №1                     | 👁️       |
| 26 января 1946         |              | 04 сентября 2021       | 000000006706203307C0310C20C7033      | ГБ №3 Св.Елизаветы        | 👁️       |
| 18 ноября 1955         |              | 13 сентября 2021       | 2553810                              | ГБ №16 Маринская          | 👁️       |

Кол-во строк: 10 | 1-10 из 173

версия v 3.10.0

• ключевая информация о пациенте  
• просмотр выписных документов в интегральном анамнезе на портале врача

### Участковый врач:

- Видит прикрепленных к конкретной медицинской организации пациентов
- Может отслеживать по сформированным с учетом потребностей/желания спискам пациентов, в т.ч. высокого риска
- Может контролировать состояние (вызовы СМП, госпитализации)
- Включать в список пациентов без прикрепления после заявки в МИАЦ

**Результат:** улучшение преемственности медицинской помощи и организация автоматизированной системы «реагирования» на неблагоприятные события

Из личного архива Звартау Н.Э.

Презентация основывается на данных, предоставленных д.м.н. Виллевалде С.В. и к.м.н. Соловьевой А.Е. (НМИЦ им. В.А. Алмазова МЗ РФ) и полученных ими в результате врачебной практики. Позиция ООО «Новартис Фарма» может не совпадать с мнением авторов

# КОМПОНЕНТЫ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ХСН ИНТЕГРИРОВАНЫ В ОБЩУЮ СТРУКТУРУ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ОБНОВЛЕННОЙ РЕДАКЦИИ ПОРЯДКА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ССЗ

## Приказ Минздрава РФ №918н

Кабинет/отделение ХСН — функциональные специализации кардиологического кабинета/отделения с увеличением штата среднего медицинского персонала

Отдельное приложение «**Положения о маршрутизации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями с порядком взаимодействия медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь при сердечно-сосудистых заболеваниях**»

**Ключевое требование — наличие регионального порядка маршрутизации пациентов с ССЗ в каждом субъекте РФ** (общая часть с перечнем медицинских организаций и приложения с регламентом маршрутизации пациентов с отдельными нозологическими формами, в том числе хроническими ССЗ)

Необходимость адаптации «лучших практик» и выстраивания оптимальной регион-специфичной системы помощи

# СИСТЕМА УПРАВЛЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ РИСКАМИ — ОСНОВА ДЛЯ РЕАЛИЗАЦИИ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО «БЕСШОВНОГО» ПОДХОДА ПРИ СН



Шляхто Е.В., Звартау Н.Э., Виллевалде С.В., Яковлев А.Н., Соловьева А.Е., Авдоница Н.Г., и соавторы, Российский кардиологический журнал. 2020;25(4):3792 doi:10.15829/1560-4071-2020-4-3792



Телемониторинг



- Сестринский патронаж  
- Социальные работники



Телемедицина



Школы для пациентов

Только для медицинских и фармацевтических работников. Для распространения в местах проведения медицинских или фармацевтических выставок, семинаров, конференций и иных подобных мероприятий.

Материал подготовлен при финансовой поддержке ООО «Новартис Фарма».  
Мнение ООО «Новартис Фарма» может отличаться от мнения автора.

**ООО «Новартис Фарма»**  
Ленинградский проспект, д. 70  
Москва, 125315  
Россия  
**Тел:** +7 (495) 967-12-70  
**Факс:** +7 (495) 967-12-68