



РОССИЙСКОЕ
КАРДИОЛОГИЧЕСКОЕ
ОБЩЕСТВО

Диспансерное наблюдение пациентов с ХСН

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

Виноградова Надежда Георгиевна

д.м.н., доцент кафедры терапии и кардиологии
ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

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

г. Нижний Новгород

ПЛАН ПРЕЗЕНТАЦИИ

- Определение диспансерного наблюдения (ДН) и профилактического консультирования
- Цели и задачи ДН
- Кто осуществляет ДН
- Сроки и реализация ДН
- ДН при ХСН в зависимости от стадий и функционального класса
- Применение информационных технологий и телемедицины при ДН пациентов с ХСН
- Контроль выполнения и критерии эффективности ДН

СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ (СН)

Это клинический синдром, характеризующийся наличием типичных симптомов (одышка, повышенная утомляемость, отечность голеней и стоп) и признаков (повышение давления в яремных венах, хрипы в легких, периферические отеки), вызванных нарушением структуры и/или функции сердца, приводящим к снижению сердечного выброса и/или повышению давления наполнения сердца в покое или при нагрузке

Кодирование по МКБ-10:

- **I50.0** — Застойная сердечная недостаточность
- **I50.1** — Левожелудочковая недостаточность
- **I50.9** — Сердечная недостаточность неуточненная

- **I стадия.** Начальная стадия заболевания (поражения) сердца. Гемодинамика не нарушена. Скрытая СН. 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. Дезадаптивное 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

- **I ФК.** Ограничения физической активности отсутствуют: привычная физическая активность не сопровождается быстрой утомляемостью, появлением одышки или сердцебиения. Повышенную нагрузку больной 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

Подлежат ДН:

- **I50.1** Хроническая сердечная недостаточность с низкой ФВ (32%), стадия IIБ, ФК III (NYHA)
- **I50.1** Хроническая сердечная недостаточность с сохраненной ФВ (54%), стадия IIА, ФК III (NYHA)

Не подлежат ДН на данный момент, требуется госпитализация или дообследование:

- **I50.0** Хроническая декомпенсированная сердечная недостаточность с умеренно сниженной ФВ (45%), стадия IIБ, ФК IV (NYHA)
- **I50.9** Сердечная недостаточность неуточненная с сохраненной ФВ (57%)

- **Диспансерное наблюдение** — проводимое с определенной периодичностью необходимое обследование лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных патологических состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц
- **Профилактическое консультирование** — это процесс информирования и обучения пациента для повышения его приверженности к выполнению врачебных назначений и формированию поведенческих навыков, способствующих снижению риска заболевания (при отсутствии заболеваний) и осложнений заболеваний (при их наличии). Профилактическое консультирование может проходить в нескольких формах: краткое, углубленное (индивидуальное), групповое (школы для пациентов с ХСН)

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 168н от 15.03.2022 «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми». <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202204210027>

Приказ Минздрава России от 27.04.2021 № 404н (в ред. Приказа Минздрава РФ от 01.02.2022 № 44н) «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения». <https://kapmed.ru/upload/iblock/49a/i54k7aomndz5985ynjnyjdgid6kzuyub.pdf>

ОСНОВНЫЕ ЦЕЛИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Диспансерное наблюдение за пациентами с ХСН преследует следующие цели:

1. Замедление прогрессирования ХСН
2. Профилактика госпитализаций по причине ХСН и другим сердечно-сосудистым причинам
3. Улучшение прогноза и качества жизни пациентов с ХСН
4. Профилактика развития и прогрессирования инфекционных и других хронических неинфекционных заболеваний у больных ХСН

ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

1. Максимальный охват пациентов с ХСН диспансерным наблюдением
2. Контроль за соблюдением немедикаментозного и медикаментозного лечения ХСН
3. Достижение целевых клинико-лабораторных показателей у пациентов с ХСН в соответствии с клиническими рекомендациями
4. Сокращение числа незапланированных амбулаторных обращений по поводу ухудшения клинического течения ХСН и госпитализаций по поводу декомпенсации ХСН
5. Сокращение числа вызовов бригад скорой и неотложной медицинской помощи
6. Уменьшение числа случаев и количества дней временной нетрудоспособности
7. Проведение реабилитационных программ в целях повышения толерантности к физической нагрузке
8. Снижение смертности пациентов с ХСН

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ (ДН) ПРИ ХСН

Кто осуществляет диспансерное наблюдение за пациентами с хронической сердечной недостаточностью?

Согласно Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации (МЗ РФ) № 168н от 15 марта 2022 г. «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»:

- 1. Врач-терапевт** (врач-терапевт участковый, врач-терапевт участковый цехового лечебного участка, врач общей практики (семейный врач))
- 2. Врач-кардиолог**
- 3. Врач по медицинской профилактике** (фельдшер) отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья
- 4. Фельдшер фельдшерско-акушерского пункта** (фельдшерского здравпункта) в случае возложения на него руководителем медицинской организации отдельных функций лечащего врача, в том числе по проведению ДН

КОНТИНГЕНТ, ПОДЛЕЖАЩИЙ ДН ПРИ ХСН

Кто осуществляет диспансерное наблюдение за пациентами с ХСН в зависимости от стадии заболевания?

Согласно Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации (МЗ РФ) № 168н от 15 марта 2022 г. «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»:

- 1.** ДН за пациентами с **ХСН I–IIA стадии, I–II ФК** осуществляет терапевт
- 2.** Пациенты с **ХСН IIB–III стадии и III–IV ФК** (при стабильном клиническом течении) находятся под ДН у кардиолога, а при его отсутствии — у терапевта

Согласно Приказу Минздрава России от 21 декабря 2012 г. № 1344н **врач (фельдшер) отделения (кабинета) медицинской профилактики** может осуществлять ДН за гражданами, отнесенными к III группе здоровья, то есть имеющими хроническое неинфекционное заболевание (ХНИЗ), **только в части, касающейся контроля за факторами риска и, главным образом, коррекции этих факторов риска**

Кто осуществляет диспансерное наблюдение за пациентами с ХСН в зависимости от стадии заболевания?

Медицинские показания для ДН, периодичность наблюдения пациентов и объем профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий определяются медицинским работником, осуществляющим ДН, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (от 21.11.2011 № 323-ФЗ в редакции от 22.12.2020 № 438-ФЗ), Порядком проведения ДН (Приказ МЗ РФ № 168н от 15 марта 2022 г), с учетом стандартов медицинской помощи, и в соответствии с клиническими рекомендациями, утвержденными МЗ РФ

1. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ в редакции от 22.12.2020 № 438-ФЗ, с изм., внесенными Постановлением КС РФ от 13.01.2020 № 1-П. Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ Проверено 11.08.2023. 2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 168н от 15.03.2022 г «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми». Режим доступа: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=421040> Проверено 11.08.2023. 3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.04.2022 № 272н «Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при хронической сердечной недостаточности (диагностика, лечение и диспансерное наблюдение)» (Зарегистрирован 02.06.2022 № 68714) Режим доступа: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202206020034> Проверено: 11.08.2023. 4. Клинические рекомендации по хронической сердечной недостаточности МЗ РФ. Год утверждения 2020, 155 с. ID 156. https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/156_1, дата посещения 15.08.2023. URL: Рубрикатор КР (minzdrav.gov.ru)

1. ДН устанавливается в течение **3 рабочих дней** после постановки диагноза при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях **или в течение 3 рабочих дней после выписки пациента из стационара**
2. В рамках диспансерного наблюдения (при проведении первого в текущем году диспансерного приема (осмотра, консультации) организуется проведение профилактического медицинского осмотра
3. Сведения о диспансерном наблюдении вносятся в медицинскую документацию пациента, а также в учетную форму **№ 030/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения»**
4. Врач-терапевт, врач-кардиолог, фельдшер фельдшерско-акушерского пункта или здравпункта осуществляет учет и анализ результатов проведения ДН обслуживаемого населения на основании сведений, содержащихся в контрольных картах ДН

ФОРМА № 030/У «КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ»

Наименование медицинской организации _____

Адрес _____

Код формы по ОКУД
Код организации по ОКПО
Медицинская документация
Учетная форма № 030/у
Утверждена приказом Минздрава России
от 15 декабря 2014 г. № 834н

КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ № _____

1. Диагноз заболевания, по поводу которого пациент подлежит диспансерному наблюдению:

Код по МКБ-10 _____

2. Дата заполнения карты: число ____ месяц ____ год ____

3. Специальность врача _____ 4. ФИО врача _____

5. Дата установления диагноза _____ 6. Диагноз установлен: Впервые - 1, повторно - 2.

7. Заболевание выявлено при: обращении за лечением - 1, профилактическом осмотре - 2.

8. Дата начала диспансерного наблюдения _____

9. Дата прекращения диспансерного наблюдения _____

10. Причины прекращения диспансерного наблюдения: выздоровление - 1, выбытие из района обслуживания - 2, смерть - 3.

11. Фамилия, имя, отчество пациента _____

12. Пол: муж. - 1, жен. - 2 13. Дата рождения: число ____ месяц ____ год ____

14. Место регистрации: субъект Российской Федерации _____ район _____

город _____ населенный пункт _____ улица _____ дом _____ квартира _____

тел. _____

15. Код категории льготы _____

16. Контроль посещений:

Даты посещений							
Назначено явиться							
Явился(лась)							

Приказ Минздрава России от 15.12.2014 № 834н (ред. от 02.11.2020) «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению»

ФОРМА № 030/У «КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ» ОБОРОТНАЯ СТОРОНА

оборотная сторона ф. N 030/у

Даты посещений							
Назначено явиться							
Явился(лась)							

17. Сведения об изменении диагноза

Дата	Формулировка диагноза	Код по МКБ-10	ФИО врача

18. Сопутствующие заболевания _____

19. Лечебно-профилактические мероприятия _____

N п/п	Мероприятия	Дата начала	Дата окончания	Отметка о выполнении	ФИО врача

УЧЕТ И АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОВЕДЕНИЯ ДН

- Врач-терапевт, врач-кардиолог, фельдшер фельдшерско-акушерского пункта или здравпункта осуществляет учет и анализ результатов проведения ДН обслуживаемого населения на основании сведений, содержащихся в контрольных картах ДН
- Руководитель медицинской организации либо уполномоченный им заместитель руководителя медицинской организации ежемесячно, не позднее 10 числа месяца, следующего за отчетным, организует обобщение и проводит анализ результатов ДН населения, находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации, в целях оптимизации планирования и повышения эффективности ДН

ПЕРИОДИЧНОСТЬ, ДЛИТЕЛЬНОСТЬ, ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОБЪЕМА ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ДН БОЛЬНЫХ ХСН I–IIА СТАДИИ, I–II ФК

Наблюдение у терапевта

Периодичность и длительность ДН	ДН у терапевта не реже 2 раз в год при стабильном клиническом течении ХСН, при необходимости — чаще. Длительность — пожизненно
Консультации специалистов	Кардиолог (периодичность устанавливается по показаниям при прогрессировании симптомов ХСН и при ХСН, рефрактерной к терапии, с оценкой показаний к высокотехнологичной медицинской помощи). Другие узкие специалисты — по показаниям

ПЕРИОДИЧНОСТЬ, ДЛИТЕЛЬНОСТЬ, ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОБЪЕМА ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ДН БОЛЬНЫХ ХСН I–IIА СТАДИИ, I–II ФК

Наблюдение у терапевта

Рекомендуемые вмешательства, контроль показателей в рамках ДН:

- Измерение АД, ЧСС, пульса при каждом посещении и оценка дневника самоконтроля показателей
- Измерение массы тела и оценка дневника самоконтроля веса при каждом посещении
- Оценка по шкале ШОКС при каждом посещении
- Определение дистанции Т6МХ при каждом посещении
- Развернутый ОАК (оценка уровня эритроцитов, тромбоцитов, лейкоцитов, гематокрита) и ОАМ при взятии под ДН, далее по показаниям, но не реже 1 раза в год
- Биохимический анализ крови (в соответствии с КР ХСН 2020) при взятии под ДН, далее по показаниям, но не реже 1 раза в год
- Определение концентрации NT-proBNP или BNP по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года
- ЭКГ не реже 1 раза в год, далее по показаниям
- ЭхоКГ и определение ФВ ЛЖ не реже 2 раз в год
- Рентгенография органов грудной клетки при взятии под ДН, далее по показаниям, но не реже 1 раза в год
- Суточный мониторинг ЭКГ не реже 1 раза в год, далее по показаниям

ПЕРИОДИЧНОСТЬ, ДЛИТЕЛЬНОСТЬ, ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОБЪЕМА ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ДН БОЛЬНЫХ ХСН ХСН IIB–III СТАДИИ III–IV ФК (ПРИ СТАБИЛЬНОМ КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ)

Наблюдение у кардиолога

Периодичность и длительность ДН	ДН у кардиолога, при отсутствии — у терапевта, не реже 2 раз в год при стабильном клиническом течении ХСН, при необходимости – чаще. Длительность — пожизненно
Консультации специалистов	Кардиолог, если ДН осуществляет терапевт (периодичность устанавливается по показаниям, при прогрессировании симптомов ХСН и при ХСН, рефрактерной к терапии, с оценкой показаний к высокотехнологичной медицинской помощи (ИКД, СРТ, трансплантации сердца и т.д.)) Другие узкие специалисты — по показаниям

ПЕРИОДИЧНОСТЬ, ДЛИТЕЛЬНОСТЬ, ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОБЪЕМА ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ДН БОЛЬНЫХ ХСН ХСН IIB–III СТАДИИ III–IV ФК (ПРИ СТАБИЛЬНОМ КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ)

Наблюдение у кардиолога

Рекомендуемые вмешательства, контроль показателей в рамках ДН:

- Измерение АД, ЧСС, пульса при каждом посещении и оценка дневника самоконтроля показателей
- Измерение массы тела и оценка дневника самоконтроля веса при каждом посещении
- Оценка по шкале ШОКС при каждом посещении
- Определение дистанции Т6МХ при каждом посещении
- Развернутый ОАК (оценка уровня эритроцитов, тромбоцитов, лейкоцитов, гематокрита) и ОАМ при взятии под ДН, далее по показаниям, но не реже 2 раз в год
- Биохимический анализ крови (в соответствии с КР ХСН 2020) при взятии под ДН, далее по показаниям, но не реже 2 раз в год
- Определение концентрации NT-проBNP или BNP по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года
- ЭКГ не реже 1 раза в год, далее по показаниям
- ЭхоКГ не реже 2 раз в год
- Рентгенография органов грудной клетки при взятии под ДН, далее по показаниям, но не реже 1 раза в год
- Суточный мониторинг ЭКГ не реже 1 раза в год, далее по показаниям

ПЕРИОДИЧНОСТЬ, ДЛИТЕЛЬНОСТЬ, ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОБЪЕМА ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ДН БОЛЬНЫХ ХСН

Общие мероприятия в рамках ДН у терапевта и кардиолога для всех больных

- Ежегодная вакцинация против гриппа и новой коронавирусной инфекции
- Вакцинация против пневмококковой инфекции
- Определение приверженности лечению при каждом посещении
- Обучение пациента (на каждом приеме)
- Объяснение и/или обеспечение пациента памяткой по алгоритму неотложных действий при жизнеугрожающем состоянии, вероятность развития которого наиболее высокая

ПЕРИОДИЧНОСТЬ, ДЛИТЕЛЬНОСТЬ, ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОБЪЕМА ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ДН БОЛЬНЫХ ХСН

- Вмешательства, которые рекомендуются при постановке на диспансерный учет, а затем по показаниям, должны повторяться ежегодно в рамках ДН
- При проведении ДН медицинским работником учитываются рекомендации врача-специалиста по профилю заболевания (состояния) гражданина, содержащиеся в его медицинской документации, в том числе по результатам лечения в стационарных условиях

ПРЕКРАЩЕНИЕ ДН

- Прекращение ДН за пациентом с ХСН возможно только в случае отказа от ДН или в связи со смертью больного
- В случае отказа пациента от ДН оформляется письменный отказ

СОДЕРЖАНИЕ ДИСПАНСЕРНОГО ПРИЕМА ПАЦИЕНТА С ХСН (1)

1. Сбор жалоб и анамнеза, физикальное обследование, оценка состояния по шкале оценки клинического состояния (ШОКС) в модификации В.Ю. Мареева
2. Назначение и оценка лабораторных и инструментальных методов исследования
3. Уточнение диагноза, формирование диагноза сопутствующих состояний или заболеваний
4. Оценка приверженности лечению и эффективности ранее назначенного медикаментозного и немедикаментозного лечения
5. Оценка достижения целевых клинико-лабораторных показателей
6. Проведение коррекции лечения и повышение мотивации пациента к лечению

СОДЕРЖАНИЕ ДИСПАНСЕРНОГО ПРИЕМА ПАЦИЕНТА С ХСН (2)

7. Организация и проведение вакцинации пациентов с ХСН
8. Организация проведения консультаций узких специалистов, а при их отсутствии в медицинском учреждении — организация консультации с применением телемедицинских технологий по соответствующему профилю
9. Обеспечение выполнения рекомендаций узких специалистов в рамках дальнейшего ДН пациента
10. Назначение по медицинским показаниям дополнительных профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий, в том числе направление пациента в медицинскую организацию, оказывающую специализированную и/или высокотехнологичную медицинскую помощь, на санаторно-курортное лечение, углубленное (индивидуальное или групповое) обучение пациента в рамках работы школы для пациентов с СН

- **При опросе пациента** рекомендуется обратить внимание на наличие жалоб на утомляемость, одышку, отеки ног и сердцебиение. **ЕОК IC (УУР А УДД 1)**

Комментарии. Данные жалобы должны быть основанием для предположения врача заподозрить наличие СН у пациента. Однако все ранее указанные «классические» жалобы могут быть обусловлены и экстракардиальной патологией

- **При сборе анамнеза** рекомендуется оценить наличие у пациента патологии сердца, приводящей к функциональным или структурным изменениям. **ЕОК IC (УУР А УДД 1)**

Комментарии. Длительный анамнез АГ, перенесенный ранее ИМ или воспалительное заболевание миокарда значительно повышают вероятность наличия СН у пациента с вышеуказанными жалобами. Напротив, отсутствие указаний при сборе анамнеза об имеющихся заболеваниях сердца минимизирует шанс наличия СН у пациента

- **Физикальное обследование** пациента рекомендуется проводить с целью выявления симптомов и клинических признаков, обусловленных задержкой натрия и воды. **ЕОК IC (УУР А, УДД 1)**
- Наиболее распространенные симптомы и признаки, выявляемые при физикальном обследовании, представлены в таблице ниже. Следует отметить, что вышперечисленные симптомы и клинические признаки могут встречаться и при других заболеваниях/состояниях

Для определения выраженности клинической симптоматики у пациентов с ХСН используется **шкала оценки клинического состояния (ШОКС) в модификации В.Ю. Мареева**

Симптомы	Клинические признаки
Типичные <ul style="list-style-type: none">• Одышка• Ортопноэ• Пароксизмальная ночная одышка• Снижение толерантности к нагрузкам• Слабость, утомляемость, увеличение времени восстановления после нагрузки• Увеличение в объеме лодыжек	Наиболее специфичные <ul style="list-style-type: none">• Повышение центрального венозного давления в яремных венах• Гепатоюгулярный рефлюкс• Третий тон (ритм галопа)• Смещение верхушечного толчка влево
Менее типичные <ul style="list-style-type: none">• Ночной кашель• Прибавка в весе > 2 кг в неделю• Потеря веса• Депрессия• Сердцебиение	Менее специфичные <ul style="list-style-type: none">• Периферические отеки• Влажные хрипы в легких• Шумы в сердце• Тахикардия• Нерегулярный пульс• Тахипноэ (ЧДД более 16 в минуту)• Гепатомегалия• Асцит• Кахексия

ШОКС В МОДИФИКАЦИИ МАРЕЕВА В.Ю.

Шкала при сборе анамнеза и клиническом обследовании больного позволяет в динамике оценивать эффективность проводимого лечения ХСН (класс I, B)

Симптом/признак	Выраженность
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 подушек) 2 — плюс просыпается от удушья 3 — сидя
Набухшие шейные вены	0 — нет 1 — лежа 2 — стоя

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

ШОКС — Шкала оценки клинического состояния.

Мареев В.Ю. и соавторы. Клинические рекомендации ОССН – РКО – РНМОТ. Сердечная недостаточность:

ХСН, ОДСН, Диагностика, профилактика, лечение. Кардиология. 2018;58(S6). <https://doi.org/10.18087/cardio.2475>

Симптом/признак	Выраженность
Хрипы в легких	0 — нет 1 — нижние отделы (до 1/3) 2 — до лопаток (до 2/3) 3 — над всей поверхностью легких
Наличие ритма 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	

Всем пациентам для верификации диагноза ХСН рекомендуется проведение рутинных анализов

- Общий (клинический) анализ крови (исследование уровня эритроцитов, тромбоцитов, лейкоцитов в крови, оценка гематокрита)
- Исследование уровня ферритина в крови и исследование насыщения трансферрина железом
- Исследование уровня натрия и калия в крови
- Исследование уровня креатинина в крови и скорости клубочковой фильтрации (СКФ)(расчетный показатель)
- Исследование уровня глюкозы в крови
- Исследование уровня гликированного гемоглобина (HbA1c) в крови
- Исследование уровня триглицеридов в крови, уровня холестерина в крови и уровня липопротеинов в крови
- Определение активности щелочной фосфатазы в крови, активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, активности аспартатаминотрансферазы в крови и активности аланинаминотрансферазы в крови
- Общий (клинический) анализ мочи
- Исследование уровня свободного трийодтиронина в крови, исследование уровня свободного тироксина сыворотки крови, исследование уровня тиреотропного гормона в крови **ЕОК IC (УУР С, УДД 5)**

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ХСН

МЕСТО НУП В ДИАГНОСТИКЕ ХСН

- **Всем пациентам с предполагаемым диагнозом ХСН рекомендуется исследование уровня мозгового натрийуретического пептида (BNP) и N-терминального фрагмента натрийуретического пропептида мозгового (NT-proBNP) в крови. ЕОК IC (УУР А, УДД 2)**

Комментарии. Натрийуретические пептиды — биологические маркеры ХСН, показатели которых также используются для контроля эффективности лечения

Нормальный уровень натрийуретических пептидов у нелеченых пациентов практически позволяет исключить поражение сердца, что делает диагноз ХСН маловероятным

При постепенном (не остром) дебюте симптомов заболевания значения NT-proBNP и BNP ниже 125 пг/мл и 35 пг/мл, соответственно, свидетельствуют об отсутствии ХСН

НАЗНАЧЕНИЕ И ОЦЕНКА ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА И КОРРЕКЦИИ ТЕРАПИИ ПРИ ДН: ПЕРЕЧЕНЬ, КРАТНОСТЬ

Наименование лабораторных исследований	Кратность выполнения при ХСН I–IIА стадии, I–II ФК	Кратность выполнения при ХСН IIБ–III стадии, III–IV ФК
Общий (клинический) анализ крови	При взятии под ДН, далее по показаниям, но не реже 1 раза в год	При взятии под ДН, далее по показаниям, но не реже 2 раз в год
Анализ мочи общий	При взятии под ДН, далее по показаниям, но не реже 1 раза в год	При взятии под ДН, далее по показаниям, но не реже 2 раз в год
Коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)	При взятии под ДН, далее по показаниям, но не реже 1 раза в год	При взятии под ДН, далее по показаниям, но не реже 2 раз в год
Оценка гематокрита	При взятии под ДН, далее по показаниям, но не реже 1 раза в год	При взятии под ДН, далее по показаниям, но не реже 2 раз в год
Уровень ферритина в крови	При взятии под ДН, далее по показаниям, но не реже 1 раза в год	При взятии под ДН, далее по показаниям, но не реже 2 раз в год
Исследование насыщения трансферрина железом	При взятии под ДН, далее по показаниям, но не реже 1 раза в год	При взятии под ДН, далее по показаниям, но не реже 2 раз в год
Исследование уровня железа сыворотки	При взятии под ДН, далее по показаниям, но не реже 1 раза в год	При взятии под ДН, далее по показаниям, но не реже 2 раз в год
Исследование уровня показателей липидного профиля (общего холестерина, липопротеинов низкой плотности, триглицеридов) в крови	При взятии под ДН, далее по показаниям, но не реже 1 раза в год	При взятии под ДН, далее по показаниям, но не реже 2 раз в год
Исследование уровня креатинина с обязательным определением СКФ (расчетный показатель)	При взятии под ДН, далее по показаниям, но не реже 1 раза в год	При взятии под ДН, далее по показаниям, но не реже 2 раз в год
Исследование уровня глюкозы крови	При взятии под ДН, далее по показаниям, но не реже 1 раза в год	При взятии под ДН, далее по показаниям, но не реже 2 раз в год
Исследование уровня гликозилированного гемоглобина	Однократно при постановке на ДН, далее по показаниям	Однократно при постановке на ДН, далее по показаниям
Исследование уровня лактатдегидрогеназы крови	При взятии под ДН, далее по показаниям, но не реже 1 раза в год	При взятии под ДН, далее по показаниям, но не реже 2 раз в год

Приказ Минздрава России от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми». <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202204210027>
 Клинические рекомендации по хронической сердечной недостаточности МЗ РФ. Год утверждения 2020, 155 с. ID 156. https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/156_1, дата посещения 15.08.2023.
 URL: Рубрикатор КР (minzdrav.gov.ru)

НАЗНАЧЕНИЕ И ОЦЕНКА ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА И КОРРЕКЦИИ ТЕРАПИИ ПРИ ДН: ПЕРЕЧЕНЬ, КРАТНОСТЬ

Наименование лабораторных исследований	Кратность выполнения при ХСН I–IIA стадии, I–II ФК	Кратность выполнения при ХСН IIБ–III стадии, III–IV ФК
Исследование уровня креатинкиназы в крови	При взятии под ДН, далее по показаниям, но не реже 1 раза в год	При взятии под ДН, далее по показаниям, но не реже 2 раз в год
Исследование уровня гамма-глутамилтрансферазы в крови	При взятии под ДН, далее по показаниям, но не реже 1 раза в год	При взятии под ДН, далее по показаниям, но не реже 2 раз в год
Исследование уровня щелочной фосфатазы	При взятии под ДН, далее по показаниям, но не реже 1 раза в год	При взятии под ДН, далее по показаниям, но не реже 2 раз в год
Исследование уровня аспартатаминотрансферазы	При взятии под ДН, далее по показаниям, но не реже 1 раза в год	При взятии под ДН, далее по показаниям, но не реже 2 раз в год
Исследование уровня аланинаминотрансферазы	При взятии под ДН, далее по показаниям, но не реже 1 раза в год	При взятии под ДН, далее по показаниям, но не реже 2 раз в год
Исследование уровня билирубина	При взятии под ДН, далее по показаниям, но не реже 1 раза в год	При взятии под ДН, далее по показаниям, но не реже 2 раз в год
Исследование уровня свободного трийодтиронина (Т3) в сыворотке крови	Однократно при постановке на ДН, далее по показаниям	Однократно при постановке на ДН, далее по показаниям
Исследование уровня свободного тироксина (Т4) сыворотки крови	Однократно при постановке на ДН, далее по показаниям	Однократно при постановке на ДН, далее по показаниям
Исследование тиреотропного гормона (ТТГ) сыворотки крови	Однократно при постановке на ДН, далее по показаниям	Однократно при постановке на ДН, далее по показаниям
Исследование уровня калия и натрия в крови	При взятии под ДН, далее по показаниям, но не реже 2 раз в год при I–II ФК	При взятии под ДН, далее по показаниям, но не реже 4 раз год при III–IV ФК
Исследование уровня тропонинов I, T в крови	По показаниям	По показаниям
Определение концентрации BNP или NT-proBNP**	Однократно при постановке на ДН, далее по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года	Однократно при постановке на ДН, далее по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года

Приказ Минздрава России от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми». <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202204210027>
 Клинические рекомендации по хронической сердечной недостаточности МЗ РФ. Год утверждения 2020, 155 с. ID 156. https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/156_1, дата посещения 15.08.2023.
 URL: Рубрикатор КР (minzdrav.gov.ru)

- **ЭКГ**

Всем пациентам с ХСН рекомендуется выполнение 12-канальной ЭКГ с оценкой сердечного ритма, частоты сердечных сокращений (ЧСС), морфологии и продолжительности QRS, наличия нарушений АВ и желудочковой проводимости (блокада левой ножки пучка Гиса (БЛНПГ), блокада правой ножки пучка Гиса (БПНПГ)), рубцового поражения миокарда, гипертрофии миокарда). Диагноз ХСН маловероятен при наличии абсолютно нормальной ЭКГ. **ЕОК IC (УУР А, УДД 2)**

- **Эхокардиография**

Всем пациентам с подозрением на сердечную недостаточность рекомендуется эхокардиография для оценки структуры и функции сердца с целью подтверждения диагноза и установления фенотипа сердечной недостаточности. **ЕОК IC (УУР В, УДД 3)**

- **Прицельная рентгенография органов грудной клетки**

Выполнение прицельной рентгенографии органов грудной клетки пациентам с СН рекомендуется для выявления альтернативных заболеваний легких, выявления нарушений легочной гемодинамики; выявления кардиомегалии. **ЕОК IC (УУР А, УДД 2)**

- **Коронарография**

Коронарография рекомендуется пациентам с СН и стенокардией напряжения, не поддающейся лекарственной терапии, наличием симптомных ЖА или после остановки сердца с целью установления диагноза ИБС и его тяжести. **ЕОК IA (УУР А, УДД 2)**

- **Радионуклидная диагностика**

Проведение однофотонной эмиссионной компьютерной томографии миокарда и рекомендуется пациентам с СН и ИБС для оценки ишемии и определения жизнеспособности миокарда. **ЕОК IIaB (УУР В, УДД 2)**

Выполнение сцинтиграфии миокарда с технеция 99mTc-пирофосфатом рекомендуется пациентам с СНсФВ для идентификации транстиретинового амилоидоза сердца. **ЕОК IIaB (УУР В, УДД 2)**

ПЕРЕЧЕНЬ И КРАТНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В РАМКАХ ДН ПРИ ХСН

Наименование лабораторных исследований	Кратность выполнения
Эхокардиография	Не реже 2 раз в год
Эхокардиография чреспищеводная	По показаниям
Эхокардиография с физической / фармакологической нагрузкой	По показаниям
Ультразвуковая доплерография вен нижних конечностей	По показаниям
Ультразвуковое исследование легких	По показаниям
Ультразвуковое исследование печени	По показаниям
Электрокардиограмма (ЭКГ)	Не менее 1 раза в год, далее по показаниям
Холтеровское мониторирование ЭКГ	Не менее 1 раза в год, далее по показаниям
Магнитно-резонансная томография сердца	По показаниям
Рентгенография легких	При взятии под ДН, далее по показаниям, но не реже 1 раза в год
Коронарография	По показаниям
Вентрикулография сердца	По показаниям
Сцинтиграфия миокарда	По показаниям
Компьютерная томография миокарда	По показаниям
Пульсоксиметрия	На каждом диспансерном приеме (консультации)
Иные диагностические методы: тест 6-минутной ходьбы	При взятии под ДН, далее по показаниям, но не реже 2 раз в год

Приказ Минздрава России от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми». <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202204210027>
Клинические рекомендации по хронической сердечной недостаточности МЗ РФ. Год утверждения 2020, 155 с. ID 156. https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/156_1, дата посещения 15.08.2023.
URL: Рубрикатор КР (minzdrav.gov.ru)

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ХСН

Всем пациентам для верификации диагноза ХСН рекомендуется проведение рутинных анализов

Подозрение на ХСН (неострое начало)

Оценка вероятности СН

1. Анамнез

ИБС (инфаркт миокарда, реваскуляризация)
Артериальная гипертензия
Воздействие кардиотоксических препаратов, радиации
Прием диуретиков

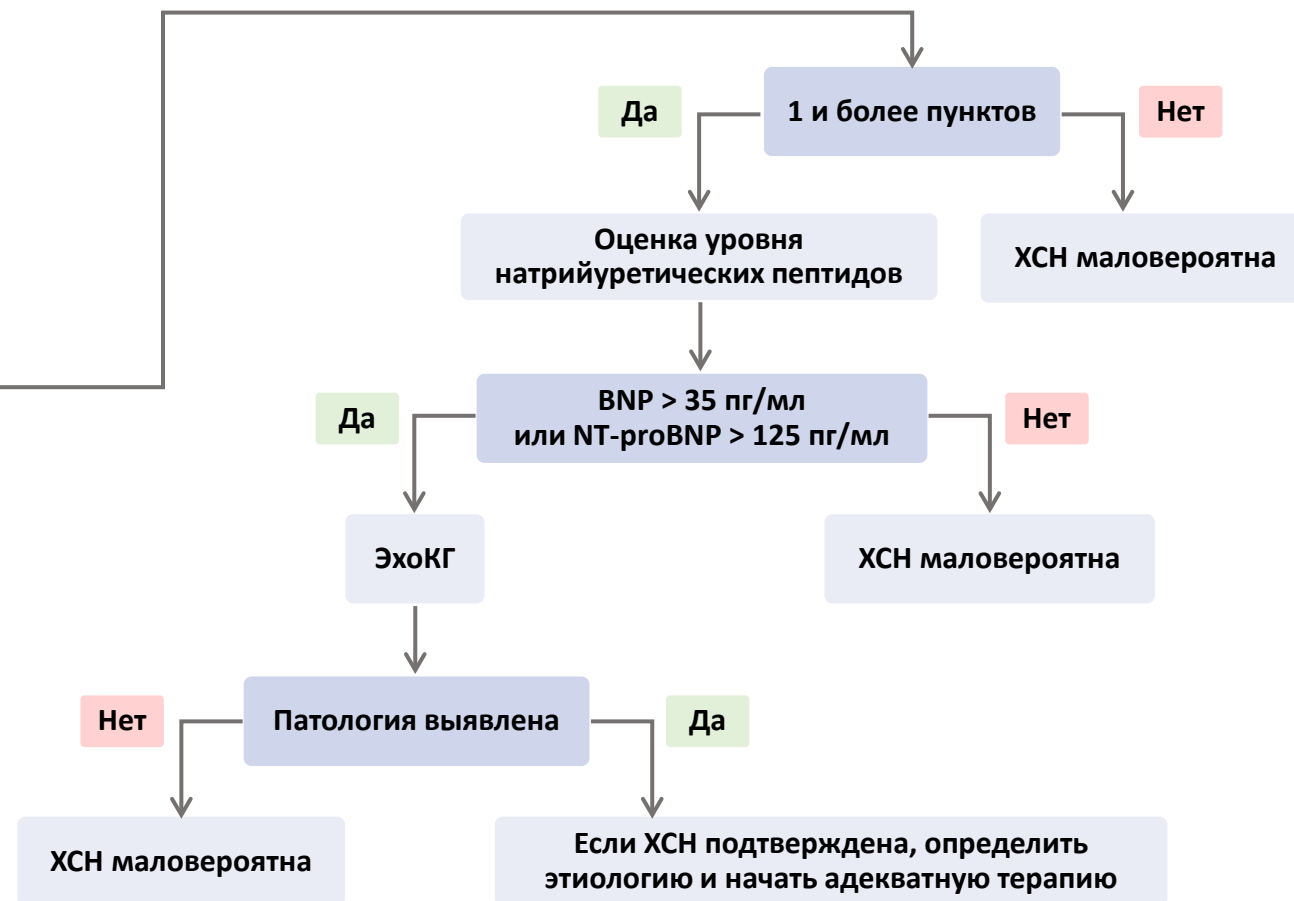
Ортопноэ, ночные приступы сердечной астмы

2. Физикальное исследование

Хрипы, двухсторонние отеки нижних конечностей, шумы в сердце
набухание яремных вен, смещение верхушечного толчка

3. ЭКГ

Отклонение от нормы



Характеристики ХСН в зависимости от ФВ ЛЖ

Тип ХСН	ХСНнФВ	ХСНпФВ	ХСНсФВ
Критерий 1	Симптомы + признаки*	Симптомы + признаки*	Симптомы + признаки*
Критерий 2	ФВ ЛЖ < 40%	ФВ ЛЖ = 40–49%	ФВ ЛЖ ≥ 50%
Критерий 3		<ol style="list-style-type: none">1. Повышение уровня натрийуретических пептидов^а2. Наличие по крайней мере одного из дополнительных критериев:<ul style="list-style-type: none">• структурные изменения сердца (ГЛЖ и/или УЛП)• диастолическая дисфункция	<ol style="list-style-type: none">1. Повышение уровня натрийуретических пептидов^а2. Наличие по крайней мере одного из дополнительных критериев:<ul style="list-style-type: none">• структурные изменения сердца (ГЛЖ и/или УЛП)• диастолическая дисфункция

* — 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; ГЛЖ — гипертрофия миокарда левого желудочка; УЛП — увеличение левого предсердия; ФВ ЛЖ — фракция выброса левого желудочка; ХСН — хроническая сердечная недостаточность; ХСНпФВ — хроническая сердечная недостаточность с промежуточной фракцией выброса левого желудочка; ХСНнФВ — хроническая сердечная недостаточность со сниженной фракцией выброса левого желудочка; ХСНсФВ — хроническая сердечная недостаточность с сохранной фракцией выброса левого желудочка.

Клинические рекомендации по хронической сердечной недостаточности МЗ РФ. Год утверждения 2020, 155 с. ID 156.

https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/156_1, дата посещения 15.08.2023. URL: Рубрикатор КР (minzdrav.gov.ru)

ПРОВЕДЕНИЕ КРАТКОГО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ В РАМКАХ ДН

- В рамках ДН за пациентами с ХСН организуется проведение диспансерного профилактического консультирования (Приказ Минздрава России от 27.04.2021 № 404н (в ред. Приказа Минздрава РФ от 01.02.2022 № 44н) «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»)
- В рамках профилактического консультирования врач (фельдшер) **также осуществляет коррекцию факторов риска развития других хронических неинфекционных заболеваний** (курение табака, избыточная масса тела или ожирение, низкая физическая активность, нерациональное питание и другие)
- Подробная информация, которая обсуждается с пациентом в рамках профилактического консультирования, представлена в разделе **Информация для пациентов Национальных клинических рекомендаций ХСН 2020**, а также в **Блоке № 6** данного совместного образовательного проекта РКО, НМИЦ им. Алмазова и компании Новартис

ЗАДАЧИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХСН

1. Оценка приверженности лечению и эффективности ранее назначенного медикаментозного и немедикаментозного лечения
2. Повышение мотивации пациента к выполнению рекомендаций по медикаментозному и немедикаментозному лечению
3. Информирование пациента, его родственников и лиц, ухаживающих за ним, об особенностях образа жизни, питания, необходимости соблюдения плана лечения
4. Информирование пациента, его родственников и лиц, ухаживающих за ним, о возможных осложнениях ХСН и о неотложных действиях при развитии осложнений

Рекомендована комбинация из 4 основных групп препаратов

**1. АРНИ/иАПФ,
а при их непереносимости АРА**

2. Бета-блокатор

3. АМКР

4. ИНГЛТ2

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ПРИ ХСН иАПФ И ИХ ДОЗЫ (I A) НЕОБХОДИМО ТИТРОВАТЬ ДО МАКСИМАЛЬНОЙ ДОЗЫ!

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	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
Спирраприл	3 мг однократно в сутки	6 мг однократно в сутки
Фозиноприл	5 мг 1–2 раза в день	10–40 мг в сутки

АРА, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ ХСН: ПОКАЗАНИЯ И ДОЗЫ

- Применение АРА рекомендуется пациентам с ХСН со сниженной ФВ ЛЖ только в случае непереносимости валсартана + сакубитрила*/иАПФ для снижения риска госпитализации из-за СН и смерти. **ЕОК IC (УУР А, УДД 2)**

*Проект рекомендаций ХСН 2023

Препарат	Начальная доза	Максимальная 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

* — РКО. Клинические рекомендации. Хроническая сердечная недостаточность. Проект 2023.

[Электронный ресурс], последнее посещение 15.08.2023. URL: [Project_HSN_2023.pdf](https://project_hsn_2023.pdf) (scardio.ru)

Клинические рекомендации по хронической сердечной недостаточности МЗ РФ. Год утверждения 2020, 155 с. ID 156.

https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/156_1, дата посещения 15.08.2023. URL: Рубрикатор КР (minzdrav.gov.ru)

- **Валсартан + сакубитрил** рекомендуется применять вместо иАПФ/АРА у пациентов с симптоматической СН со сниженной ФВ ЛЖ и сохраняющимися симптомами СН, несмотря на оптимальную медикаментозную терапию (ОМТ) иАПФ/АРА, β -АБ и антагонистами альдостерона для снижения риска госпитализаций из-за СН и смерти. **ЕОК IA (УУР А, УДД 2)**
- Инициация терапии валсартан + сакубитрил вместо иАПФ/АРА рекомендуется у пациентов со сниженной ФВ ЛЖ, госпитализированных по причине декомпенсации ХСН после стабилизации параметров гемодинамики для дальнейшего снижения риска госпитализаций из-за СН и смерти. **ЕОК IIaB (УУР В, УДД 2)**
- **Комментарии.** Рекомендуется стартовая доза при стабильной ХСН валсартан + сакубитрил** 49/51 мг 2 раза/сут, целевая доза — 97/103 мг 2 раза/сут. 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/сут с медленным повышением дозы

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ПРИ ХСН БЕТА-БЛОКАТОРЫ И ИХ ДОЗЫ (I A) НЕОБХОДИМО ТИТРОВАТЬ ДО ЦЕЛЕВОЙ ДОЗЫ!

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 с пролонгированным высвобождением/ пролонгированного действия	12,5–25 мг один раз в день	200 мг один раз в день
Небиволол	1,25 мг один раз в день	10 мг один раз в день

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ПРИ ХСН АМКР И ИХ ДОЗЫ (I A)

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

Максимальная доза спиронолактона назначается при развитии ОДСН для потенцирования диуретического эффекта петлевых диуретиков

- У пациентов с симптоматичной СНпФВ рекомендуется рассмотреть возможность приема **бета-адреноблокаторов, разрешенных при СНпФВ, иАПФ/АРА/валсартан + сакубитрил и альдостерона антагонистов**, с целью снижения риска сердечно-сосудистой смерти и госпитализации из-за ХСН. **ЕОК нет (УУР А, УДД 2)**

ИНГИБИТОРЫ НГЛТ2 В ЛЕЧЕНИИ СННФВ И СНПРФВ

- Дапаглифлозин / эмпаглифлозин рекомендуются всем пациентам с симптомной СН и сниженной фракцией выброса ЛЖ вне зависимости от наличия или отсутствия СД и при отсутствии противопоказаний для снижения риска госпитализации из-за СН и смерти. **ЕОК IА (УУР А, УДД 2)**

Хроническая сердечная недостаточность.
Проект клинических рекомендаций 2023¹

Показание ХСН со сниженной ФВ ЛЖ независимо от статуса диабета прописано в инструкциях к дапаглифлозину² и эмпаглифлозину³

Для лечения ХСНнФВ препараты дапаглифлозин и эмпаглифлозин применяются в фиксированных дозировках — 10 мг в сутки

1. РКО. Клинические рекомендации. Хроническая сердечная недостаточность. Проект 2023. [Электронный ресурс], последнее посещение 15.08.2023. URL: [Project_HSN_2023.pdf](https://scardio.ru/Project_HSN_2023.pdf) (scardio.ru)
2. ГРЛС. Инструкция по МП дапаглифлозина [электронный ресурс], ПП 15.08.2023. URL: https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=7c01f9a2-8dce-4827-91fb-b63e67e98f9f
3. ГРЛС. Инструкция по МП эмпаглифлозина [электронный ресурс], ПП 15.08.2023. URL: https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=020a8270-108a-4f8d-bdb6-43c9eead8e60

- У пациентов с **СНсФВ** и синусовым ритмом рекомендуется назначение **иАПФ/АРА, β -АБ, антагонистов альдостерона с целью снижения риска госпитализаций, связанных с обострением СН. ЕОК IIbV (УУР В, УДД 2)**
- Пациентам с **СНсФВ** и застойными явлениями рекомендованы **диуретики** с целью устранения застойных явлений и уменьшения выраженности симптомов и признаков СН. **ЕОК IV (УУР А, УДД 1)**

- У пациентов с ХСНсФВ рекомендуется рассмотреть возможность приема **валсартан + сакубитрила** с целью снижения риска госпитализации из-за ХСН и смерти. **ЕОК IIaB (УУР В, УДД 2)**
- У пациентов с СНсФВ рекомендуется назначение **иАПФ/АРА, бета-адреноблокаторов, альдостерона антагонистов** с целью снижения риска госпитализаций, связанных с обострением сердечной недостаточности. **ЕОК IIbB (УУР В, УДД 2)**
- **Комментарии.** Для ингибиторов АПФ и АРА имеются ограниченные доказательства способности уменьшать выраженность симптомов и улучшать функциональный класс при СНсФВ. Сведения об эффективности ингибиторов АПФ и АРА в отношении влияния на риск обострений СНсФВ весьма противоречивы. Способность бета-адреноблокаторов и альдостерона антагонистов уменьшать выраженность симптомов при СНсФВ не доказана
- У пациентов с ХСНсФВ рекомендуется рассмотреть возможность приема **дапаглифлозина** / эмпаглифлозина**** с целью снижения риска госпитализации из-за ХСН и смерти. **ЕОК IA (УУР А, УДД 2)**

Рекомендована комбинация из 4 основных групп препаратов

1. АРНИ/иАПФ/АРА

2. Бета-блокатор

3. АМКР

**4. иНГЛТ2 — эмпаглифлозин, дапаглифлозин
(в соответствии с инструкцией к препарату)**

ПРАВИЛА ДЕЙСТВИЙ ПРИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ И ОСЛОЖНЕНИЯХ ХСН

- Организация оказания медицинской помощи пациентам с ХСН регламентируется Федеральным законом № 323 и базируется на принципах транспортной доступности и максимальной приближенности качественной медицинской помощи к месту проживания пациента
- При развитии декомпенсации СН показана госпитализация в стационар по экстренным показаниям. В качестве приоритета должна рассматриваться госпитализация в учреждение, оказывающее специализированную помощь пациентам с ХСН, или в кардиологическое отделение. И только при отсутствии возможности госпитализации в специализированный стационар или кардиологическое отделение возможна госпитализация в стационар терапевтического профиля

Клинические рекомендации по хронической сердечной недостаточности МЗ РФ. Год утверждения 2020, 155 с. ID 156.

https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/156_1, дата посещения 15.08.2023. URL: Рубрикатор КР (minzdrav.gov.ru)

Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ

в редакции от 22.12.2020 № 438-ФЗ, с изм., внесенными Постановлением КС РФ от 13.01.2020 № 1-П.

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПРИ ХСН

1. Развитие острой декомпенсированной СН
2. Нестабильное клиническое течение ХСН и необходимость установления причины ухудшения течения ХСН при невозможности проведения обследования в амбулаторных условиях, а также решение сложных вопросов назначения медикаментозного лечения
3. Проведение инвазивных методов обследования больных ХСН
4. Отбор пациентов с ХСН на высокотехнологичное и/или хирургическое лечение, механическую поддержку кровообращения, трансплантацию сердца и обследование перед этими видами лечения
5. Проведение имплантации ресинхронизирующих устройств, электрокардиостимулятора и ИКД, хирургическое лечение (протезирование клапанов, аортокоронарное шунтирование, пластические операции на сердце и другие виды операций на сердце и магистральных сосудах), проведение механической поддержки кровообращения, трансплантации сердца

ПОКАЗАНИЯ К ПРИВЛЕЧЕНИЮ ПРОФИЛЬНЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ

- Профильные специалисты должны быть привлечены к ДН пациента в зависимости от профиля сопутствующих заболеваний и осложнений
- Порядок и периодичность консультации профильных специалистов определяется врачом (фельдшером), осуществляющим ДН

ПАТРОНАЖ — ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ НА ДОМУ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ, ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ И САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНЫХ И ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

- В соответствии с Федеральным законом № 323 амбулаторная медицинская помощь (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения) может быть оказана, в том числе, на дому при вызове медицинского работника
- С целью повышения качества лечебной и профилактической работы, проводимой с пациентами, страдающими ХСН и требующими контроля за динамикой состояния и эффективностью проводимого лечения на дому с учетом их низкой мобильности и тяжести состояния, им может быть показан патронаж на дому, осуществляемый по территориально-участковому принципу
- Патронаж могут осуществлять специалисты, перечисленные в приказе о ДН (раздел 2.2), т.е. врач-терапевт, врач общей практики, врач-кардиолог, а также фельдшер, если на него возложены обязанности лечащего врача

ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ПАТРОНАЖА ПАЦИЕНТОВ С ХСН

1. Планирование патронажей проводится ежемесячно медицинской сестрой участковой, фельдшером совместно с врачом-терапевтом или кардиологом, т.е. специалистом, осуществляющим ДН за пациентом с ХСН
2. Выбор пациентов для патронажа производится по назначению врача-терапевта или кардиолога, а также из числа лиц, указанных в «Перечне категорий пациентов с соблюдением кратности посещений». Списки данной категории пациентов обновляются постоянно, но не реже 1 раза в квартал
3. Патронаж осуществляется с обязательным заполнением учетно-отчетной документации: патронажного листа (вклеивается в амбулаторную карту ф.025/у), журнала учета работы на дому фельдшера/медицинской сестры патронажной службы (форма № 116/у)
4. Информация о выполненном патронаже передается кардиологу или врачу-терапевту, врач ставит подпись в патронажном листе и определяет дальнейшую тактику наблюдения пациента с ХСН

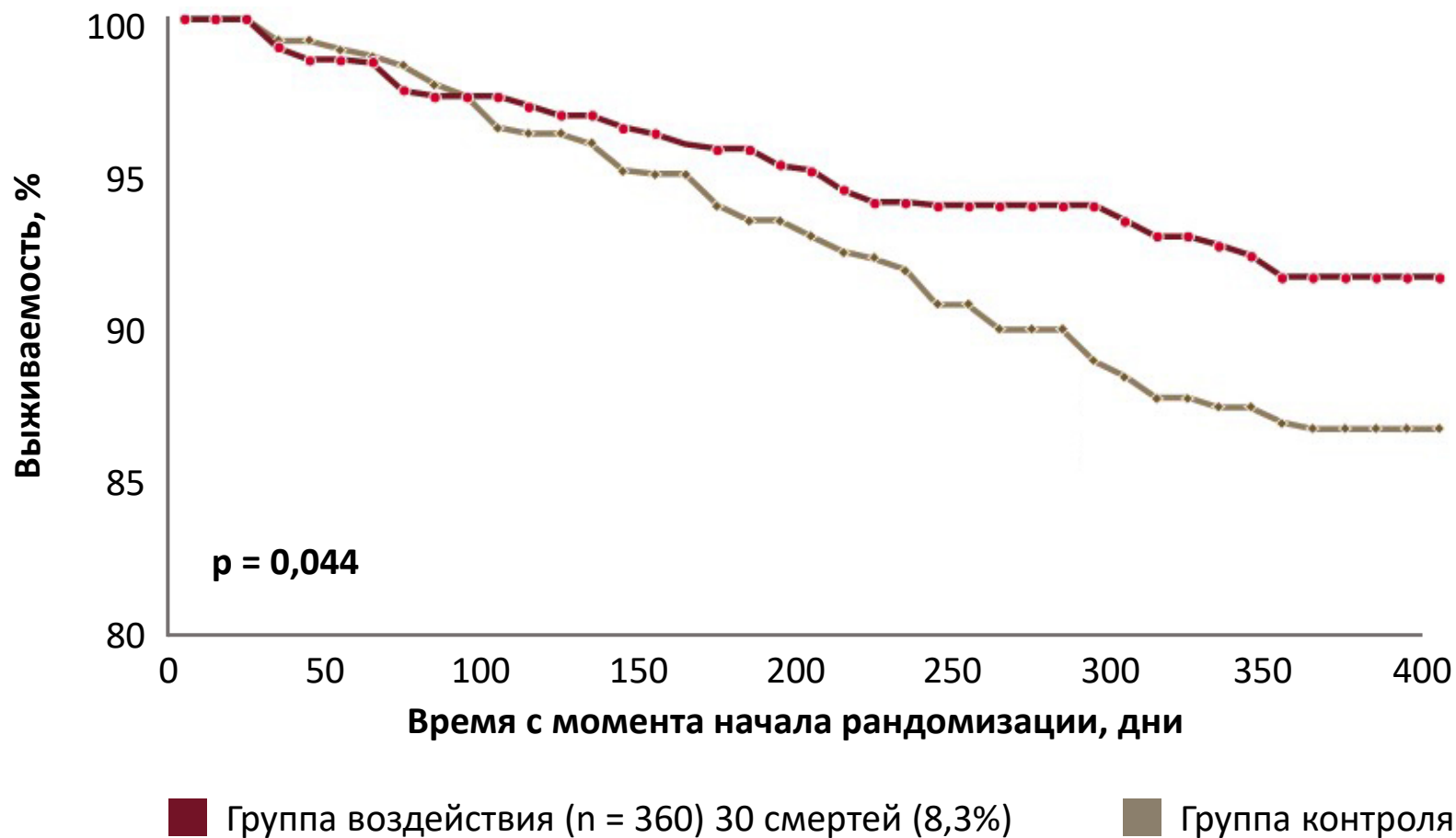
ДИСТАНЦИОННОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА СОСТОЯНИЕМ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТОВ С ХСН

- Дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациента назначается лечащим врачом, включая программу и порядок дистанционного наблюдения, по результатам очного приема (осмотра, консультации) и установления диагноза заболевания. Участниками дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациента являются: пациент и (или) его законный представитель, лечащий врач, фельдшер или медицинская сестра, прошедшие специальную подготовку
- Дистанционное наблюдение подразумевает сбор и хранение данных о состоянии здоровья пациента в автоматическом режиме (с применением информационных технологий на базе Единой системы, государственной информационной системы в сфере здравоохранения субъекта РФ) или в ручном режиме с соблюдением врачебной тайны. Предоставление документации (их копий) и выписок из них пациенту (или его законному представителю) осуществляется в установленном законодательством РФ порядке
- Распространенной формой дистанционного наблюдения является телефонный контакт с пациентом или его официальным представителем. Данная форма дистанционного взаимодействия не является полностью замещающей очное консультирование, но может дополнять очные консультации для улучшения приверженности пациента лечению и повышения эффективности наблюдения пациентов с ХСН, особенно в группе пациентов с низкой мобильностью в дополнение к патронажу пациентов на дому

ШАНС: ВРЕМЯ ДО НАСТУПЛЕНИЯ СМЕРТИ ПО ЛЮБОЙ ПРИЧИНЕ

Шкала и амбулаторное наблюдение пациентов с ХСН

Кривые Каплана–Мейера



СТРУКТУРИРОВАННЫЙ ТЕЛЕФОННЫЙ ЗВОНОК

Звонок пациенту: Дата _____ 20__ года время _____ № карты _____

Ф.И.О. _____ Дата рождения _____

1. Ваше самочувствие после госпитализации / предыдущего визита к врачу? (выслушать активные жалобы) _____

2. Были ли у вас повторные госпитализации? **Да / Нет**

Если Да, 2.1. Даты госпитализаций _____

2.2. Причины госпитализаций (если известно) _____

2.3. Самочувствие после лечения в стационаре _____

3. Какие у вас показатели артериального давления и пульса в последнее время (выслушать, записать измерения за предыдущие сутки) _____

4. Какой у вас вес? (за предыдущие сутки) _____

4.1. Вес изменялся в течение предыдущих 4 недель? **Да / Нет**

Если Да, 4.2. Опишите изменения веса за предыдущие 4 недели:

вес **увеличился / уменьшился** на _____ кг

5. Беспокоит ли вас одышка? При ходьбе **Да / Нет**. В покое **Да / Нет**

Если Да, 5.1. Одышка **уменьшилась / увеличилась** в течение последних 4 недель? **Да / Нет**

6. Беспокоят ли вас отеки? **Да / Нет**

Если Да, 6.1. Где располагаются отеки? _____

6.2. Отеки **уменьшились / увеличились** в течение последних 4 недель? **Да / Нет**

СТРУКТУРИРОВАННЫЙ ТЕЛЕФОННЫЙ ЗВОНОК (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

7. Принимаете ли вы назначенные лекарства? **Да / Нет**

Если Да, 7.1. Перечислите все лекарства, которые вы принимаете с дозами и кратностью приема

7.2. Вы принимаете лекарства в тех дозах, в которых назначил врач? **Да / Нет**

Если Нет, 7.3. почему и кто изменил дозы лекарств? _____

Если Нет, 7.4. Почему вы не принимаете назначенные лекарства? _____

7.5. Вы не поняли, как правильно принимать лекарства? _____

7.6. Вы не поняли, в каких дозах принимать лекарства? _____

8. У вас остались вопросы к врачу по назначенным лекарствам? **Да / Нет**

9. Пациент приглашен на консультацию врача Дата _____ 20 ____ г. Время _____

Проверено, врач _____

(Ф.И.О., дата, подпись)

Телемедицинские консультации пациентов с ХСН проводятся с целью:

1. Получения заключения медицинского работника сторонней медицинской организации, привлекаемого для проведения консультации и (или) участия в консилиуме врачей с применением телемедицинских технологий (далее — консультант, врачи — участники консилиума) по вопросам оценки состояния здоровья пациента с ХСН, уточнения диагноза, определения прогноза и тактики медицинского обследования и лечения, целесообразности перевода в специализированное отделение медицинской организации
2. Получения протокола консилиума врачей по вопросам оценки состояния здоровья пациента с ХСН, уточнения диагноза, определения прогноза и тактики медицинского обследования и лечения, целесообразности перевода в специализированное отделение медицинской организации
3. Организации мер профилактики, сбора и анализа жалоб пациента и данных анамнеза, оценки эффективности лечебно-диагностических мероприятий в динамике, медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента
4. Принятия решения о необходимости проведения очного приема врача (осмотра, консультации)

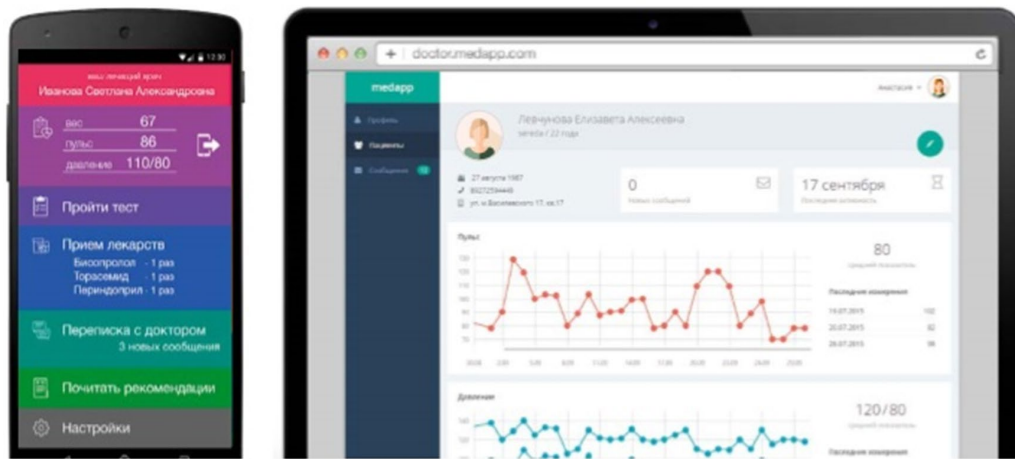
ТЕЛЕМОНИТОРИНГ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ХСН: ОСНОВНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В МИРОВОЙ ПРАКТИКЕ

- TeleCheck-AF, TeleCheck-AF for COVID-19
- wEHRables (Apple watch, Kardia mobile)
- HART LONG
- **TIM HF 1–2** (основа — телемедицинский центр)
- **HOME HF**
- **CHAMPION** (Cardio MEMS)
- **IN-TIME**
- **BEAT-HF**
- **TELE HF**
- **TEN HMS**
- **Метаанализ 29 РКИ n = 10981:** Телемониторинг связан с сокращением общего числа госпитализаций (**OR 0,82, 95% ДИ 0,73–0,91, P = 0,0004**) и СС госпитализаций (**OR 0,83, 95% ДИ 0,72–0,95, P = 0,007**). Дистанционный мониторинг привел к статистически значимому снижению риска общей смертности (**OR 0,75, 95% ДИ 0,62–0,90, P = 0,003**)

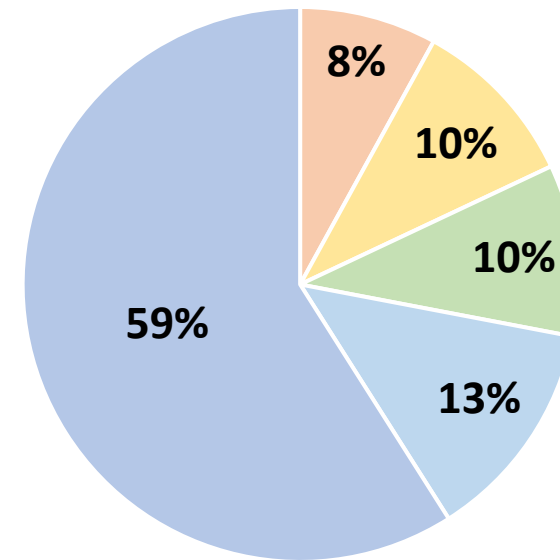
ПРИМЕНЕНИЕ ПЛАТФОРМЫ УДАЛЕННОГО МОНИТОРИНГА НА БАЗЕ МОБИЛЬНОГО ПРИЛОЖЕНИЯ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К САМОПОМОЩИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Ключевые слова: сердечная недостаточность, ШОССН 9 — российская версия европейской шкалы оценки способности к самопомощи пациентов с сердечной недостаточностью (EHFScBS_9), мобильное приложение

Интерфейс платформы удаленного мониторинга на базе мобильного приложения для пациентов с ХСН



Распределение вопросов по категориям



- Препараты, их дозы, время приема, аналоги
- Вопросы о целевых цифрах АД, ЧСС, прибавке в весе
- Диета, физическая активность
- Вопросы о времени контрольной явки к врачу
- Другие вопросы

Гребенникова А.А. и соавторы. Кардиология. 2017; 57 (S4). С. 11–18.

Гребенникова А.А.¹, Столяров А.Ю.², Лопатин Ю.М.¹ — ФГБОУ ВО «ВолгГМУ» МЗ РФ, 400131, Волгоград, площадь Павших Борцов, д. 1.

² — ГАОУ ВПО «Волгоградский государственный университет», 400062, Волгоград, пр-т Университетский, д. 100. doi:10.18087/cardio.2413

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ И ЦИФРОВОГО КОНТУРА ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ И КОНТРОЛЯ КЛЮЧЕВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПАЦИЕНТОВ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

С момента создания единого цифрового контура и единой медицинской системы появилась возможность:

- Быстро определять целевую группу больных, подлежащих ДН
- Контролировать пациентов после выписки из стационара и ставить их на ДН
- Пользоваться системой поддержки принятия решений, которая подсказывает, что по диагнозу I 50.1 необходимо создать карту ДН и поставить пациента на учет
- Контролировать выполнение плана обследования и лечения
- Контролировать динамику витальных показателей
- Упростилась система записи к профильным специалистам, в том числе в рамках телемедицины

КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

1. Достижение целевых клинико-лабораторных показателей в соответствии с клиническими рекомендациями в зависимости от коморбидности пациента
2. Сокращение числа обращений по поводу обострений хронических заболеваний среди лиц, находящихся под диспансерным наблюдением
3. Уменьшение числа случаев и количества дней временной нетрудоспособности пациентов с ХСН
4. Снижение числа вызовов скорой медицинской помощи среди лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, в связи с обострением или осложнениями заболеваний, по поводу которых лица находятся под диспансерным наблюдением
5. Уменьшение числа случаев и количества дней временной нетрудоспособности лиц, находящихся под диспансерным наблюдением
6. Уменьшение числа госпитализаций, в том числе по экстренным медицинским показаниям, в связи с обострением или осложнениями заболеваний, по поводу которых лица находятся под диспансерным наблюдением
7. Снижение показателей смертности, в том числе внебольничной смертности, лиц, находящихся под диспансерным наблюдением

ОХВАТ ДИСПАНСЕРНЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ ПАЦИЕНТОВ С ХСН

«Полнота охвата ДН больных» определяется как: (Число больных ХСН, состоящих под ДН на начало года) + (Число вновь взятых больных ХСН под ДН) — (Число больных ХСН, ни разу не явившихся) x 100: (Число зарегистрированных больных ХСН, нуждающихся в ДН):

(N в начале года + N новых - N неявившихся) X 100%

N зарегистрированных

Где N в начале года — число больных ХСН, состоящих под ДН на начало года

- N новых — число вновь взятых под ДН больных ХСН
- N неявившихся — число больных ХСН, ни разу не явившихся
- N зарегистрированных — число зарегистрированных больных ХСН, нуждающихся в ДН

Руководитель медицинской организации, или уполномоченный им заместитель, обязан обеспечить определенный охват населения ДН:

1. Охват ДН пациентов с ХСН — не менее 70%
2. Охват ДН лиц старше трудоспособного возраста с ХСН — не менее 90%

Руководитель медицинской организации организует обобщение и проводит анализ результатов ДН

КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА ДН ПРИ ХСН

№	Критерий / целевой показатель	Уровни убедительности рекомендаций	Уровни достоверности доказательств	Критерий / целевой показатель выполнен
1	Пациент находится под ДН	C	5	Да / Нет
2	Выполнена ЭКГ, рентген ОГК, ЭхоКГ	B	3	Да / Нет
3	Выполнен развернутый общий анализ крови	B	3	Да / Нет
4	Выполнен биохимический анализ крови	B	3	Да / Нет
5	Выполнен общий анализ мочи	B	3	Да / Нет
6	Выполнено определение уровня НУП	A	1	Да / Нет
7	Проведена оценка по шкале ШОКС при каждом посещении	B	3	Да / Нет
8	Проведено определение дистанции Т6МХ (при отсутствии противопоказаний)	B	3	Да / Нет
9	Проведен контроль веса больного при каждом посещении	B	3	Да / Нет
10	Назначены иАПФ (сартаны) или валсартан + сакубитрил, ББ, АМКР	A	1	Да / Нет
11	Назначен иНГЛТ 2 при ФВ ЛЖ < 40%, при отсутствии противопоказаний	A	2	Да / Нет
12	Назначен иНГЛТ 2 при ФВ ЛЖ > 40%, при отсутствии противопоказаний	B	2	Да / Нет
13	Назначены диуретики при наличии признака задержки жидкости	A	1	Да / Нет
14	При ЧСС > 70 уд/мин и синусовом ритме рекомендовано увеличение дозы ББ или добавление ивабрадина	B	2	Да / Нет
15	Пациентам с ФП при ЧСС > 90 уд/мин в покое на фоне приема ББ в максимальной дозе (или если увеличение дозы невозможно) добавлен дигоксин	B	2	Да / Нет
16	Проведена оценка показаний к высокотехнологичной медицинской помощи (ИКД, СРТ и т. д.)	A	1	Да / Нет
17	Пациент прошел обучение в школе для больных с ХСН	C	3	Да / Нет

Приказ Минздрава России от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми». <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202204210027>
 Клинические рекомендации по хронической сердечной недостаточности МЗ РФ. Год утверждения 2020, 155 с. ID 156. https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/156_1, дата посещения 15.08.2023.
 URL: Рубрикатор КР (minzdrav.gov.ru)

ЦЕЛЕВЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ПАЦИЕНТОВ С ХСН В СООТВЕТСТВИИ С КЛИНИЧЕСКИМИ РЕКОМЕНДАЦИЯМИ

Клинические показатели	Целевые значения клинических показателей
АД, мм рт. ст. (с учетом возраста и коморбидности)	120–139 / < 80 (в соответствии с КР МЗ РФ АГ 2022)
ЧСС, уд/мин	Менее 70 (при синусовом ритме) Менее 90 (при ритме ФП)
Вес, кг	Стабилен или отклонения не более чем на 0,5 кг в течение одних суток
Дистанция Т6МХ, м	Стабильна, увеличение или снижение не более чем на 25% от исходного
ШОКС, баллы	Показатель стабилен или снижение показателя по сравнению с предыдущим
ФК ХСН (НУНА)	ФК не изменился или снизился
Приверженность лечению (на основании данных, предоставленных пациентом)	Пациент получает все рекомендованные препараты

АД — артериальное давление; ЧСС — частота сердечных сокращений; ФП — фибрилляция предсердий;

Т6МХ — тест 6-минутной ходьбы; ШОКС — шкала оценки клинического состояния; ФК — функциональный класс.

Клинические рекомендации по хронической сердечной недостаточности МЗ РФ. Год утверждения 2020, 155 с. ID 156. https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/156_1, дата посещения 15.08.2023.

URL: Рубрикатор КР (minzdrav.gov.ru). heresa A McDonagh et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC, European Heart Journal. 2021; ehab368.

<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368>

**Выражаю благодарность за помощь
в подготовке презентации и материалов**

- **Чесниковой Анне Ивановне**

Профессор, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой внутренних болезней №1 ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, член Правления Российского кардиологического общества, Правления Общества специалистов по сердечной недостаточности, член Президиума Российского научного медицинского общества терапевтов, руководитель Ростовского областного отделения Российского общества профилактики неинфекционных заболеваний

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