



РУДН

Алгоритм диагностики и лечения пациентов с хронической сердечной недостаточностью для врачей-терапевтов участковых

Алгоритм диагностики и лечения пациентов с хронической сердечной недостаточностью для врачей-терапевтов участковых

Алгоритм диагностики ХСН*

Подозрение на ХСН (неострое начало)

Оценка возможного наличия ХСН

- Наличие возможных причин и факторов, ассоциированных с ХСН, в анамнезе: ИБС и/или АГ, кардиомиопатии, клапанные пороки сердца, болезни перикарда/эндокарда, врожденные пороки сердца, аритмии, нарушения проводимости, ожирение, сахарный диабет, пожилой возраст, хроническая болезнь почек, употребление алкоголя, химио/лучевая терапия, перенесенный миокардит
- Жалобы и физические данные (одышка, ортопноэ, ночные приступы сердечной астмы, снижение переносимости физических нагрузок влажные двусторонние хрипы, двусторонние отеки нижних конечностей, шумы в сердце, набухание яремных вен, смещение верхушечного толчка, третий тон)
- ЭКГ (любое отклонение от нормы)

Выявлены данные, указывающие на вероятность ХСН

Да

Нет

Оценка уровня НУП:

NT-proBNP/BNP >125/35 пг/мл для синусового ритма и >375/105 пг/мл для ФП**

Да

Эхо-КГ (предпочтительно с тканевой доплер Эхо-КГ)

ХСН маловероятна, поиск другого диагноза

Нет

ХСН с низкой и умеренно низкой ФВЛЖ маловероятна

Исключить ХСН с сохранённой ФВЛЖ

Определение фенотипа ХСН на основании измерения ФВ ЛЖ (2-х мерный алгоритм по Simpson)

ФВ ЛЖ ≤40%

ФВ ЛЖ 41-49%

ФВ ЛЖ ≥50%

ХСНнФВ

ХСНунФВ

ХСНсФВ

Диагноз ХСНсФВ правомочен при наличии 2 из 3 представленных критериев:

- Повышение уровня NT-proBNP/BNP >125/35 пг/мл для синусового ритма и >375/105 пг/мл для ФП**
- Структурные изменения сердца (индекс массы ЛЖ ≥95 г/м² у женщин и ≥115 г/м² у мужчин; индекс относительной толщины стенок ЛЖ >0,42; индекс объема левого предсердий >34 мл/м² при синусовом ритме и >40 мл/м² при ФП)
- Диастолическая дисфункция II-III ст. и/или положительный диастолический стресс-тест (при нагрузке доплеровское соотношение E/e' >14 и скорость трикуспидальной регургитации >2,8 м/с)

ХСН 1-2А стадии и I-IV ФК по NYHA и ФВ ЛЖ ≥40% в сочетании с сахарным диабетом и/или хронической болезнью почек 4 и 5 стадии

ХСН 2Б-3 стадии и/или III-IV ФК по NYHA и/или ФВ ЛЖ <40%

ХСН 1-2А стадии и I-II ФК по классификации NYHA и ФВ ЛЖ ≥40%, без сахарного диабета и/или хронической болезни почек 4 стадии и выше

Врач-кардиолог

Врач-терапевт участковый

Мониторинг показателей и периодичность наблюдения***

Не реже 1 раз в год:	Не реже 2 раз в год:
<ul style="list-style-type: none"> электрокардиограмма рентгенография органов грудной клетки (оценка застоя в легких) холтеровское мониторирование ЭКГ (оценка жизнеугрожающих нарушений ритма) общий анализ крови общетерапевтический биохимический анализ крови с расчетом скорости клубочковой фильтрации и определением уровня калия оценка NT-proBNP 	<ul style="list-style-type: none"> диспансерный прием врача-терапевта и врача-кардиолога измерение веса (оценка индекса массы тела), окружности талии статус курения контроль АД, ЧСС эхокардиография оценка МНО при терапии варфарином (обычная частота контроля МНО – как минимум 1 раз в месяц, при стабильном уровне МНО и отсутствии новых факторов, влияющих на МНО, – 1 раз в 3 месяца)

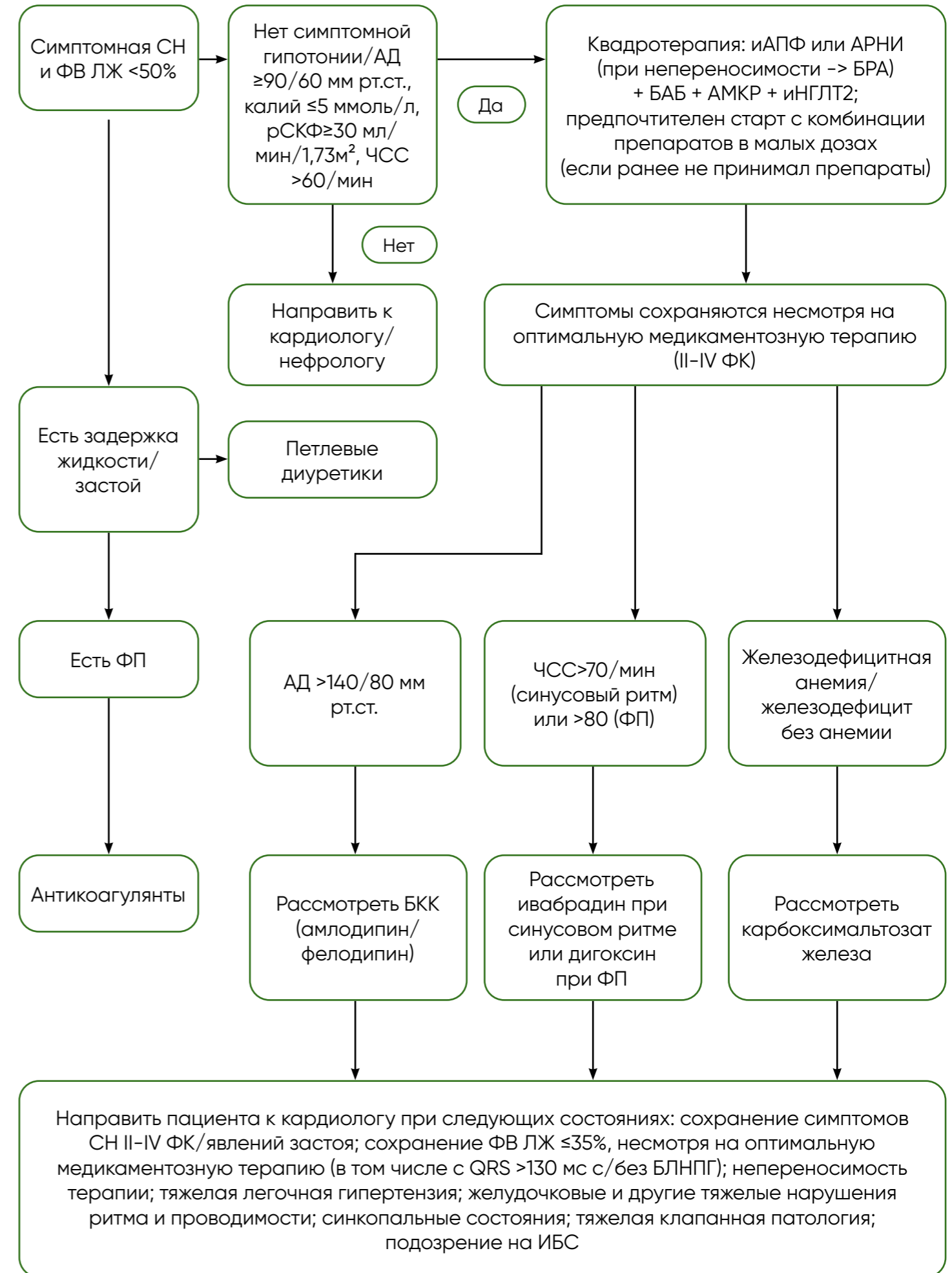
Целевые клинические показатели у пациентов с ХСН *

Клинические показатели	Целевые значения
АД, мм рт ст	120-139/<80
ЧСС, уд/мин	<70 при синусовом ритме и <90 при ритме ФП
Вес, кг	Отсутствие немотивированной прибавки веса на 2 кг за неделю или меньший срок
Оценка функции почек	Отсутствие изменения уровня креатинина на 50% выше исходных значений, или до 221 мкмоль/л или снижения СКФ менее 30 мл/мин/1,73 м ² у пациентов ранее с СКФ ≥30 мл/мин/1,73 м ² ; или увеличение калия > 5,5 ммоль/л
Тест с 6-минутной ходьбой	Показатель стабилен: увеличение/снижение не более чем на 25% от исходного
ШОКС, баллы	Показатель стабилен/снижается по сравнению с предыдущим
ФК ХСН по NYHA	ФК не изменился или снизился
Приверженность к лечению	Пациент получает все рекомендованные препараты

АМКР – антагонисты минералокортикоидных рецепторов, АРНИ – ангиотензиновых рецепторов и неприлизина ингибитор, БАБ – бета-адреноблокаторы, БКК-блокаторы кальциевых каналов, БРА – блокаторы рецепторов ангиотензина-2; иАПФ – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, ИБС – и, иНГЛТ-2 – ингибиторы натрий-глюкозного ко-транспортера 2-го типа, НУП – натрийретиические пептиды, ФВ ЛЖ- фракция выброса левого желудочка, ФК – функциональный класс, ФП – фибрилляция предсердий, ХСНнФВ-хроническая сердечная недостаточность со сниженной ФВ ЛЖ, ХСНсФВ – хроническая сердечная недостаточность с сохраненной ФВ ЛЖ, ХСНунФВЛЖ – хроническая сердечная недостаточность с умеренно низкой фракцией выброса, ФП – фибрилляция предсердий, ЧСС-частота сердечных сокращений, ШОКС – шкала оценки клинического состояния пациента с ХСН,ЭКГ-электрокардиограмма, Эхо-КГ – эхокардиография, BNP – мозговой натрий-ретиический пептид, NT-proBNP- N-концевой мозговой натрийуретический пропептид, NYHA – Нью-Йоркская ассоциация сердца.

*- Согласно текущим клиническим рекомендациям по ХСН Министерства здравоохранения РФ, утвержденным в 2020 году
 **- если анализ доступен, возможен как ложноположительный, так и ложноотрицательный результат (особенно при ожирении)
 ***- Согласно Приказу МЗ РФ № 168н от 15.03.22

Алгоритм медикаментозного лечения ХСНнФВ, который может быть использован и при ХСНунФВ:*



Принципы немедикаментозного лечения ХСН:

- Снижение избыточной массы тела, коррекция ожирения, поддержание ИМТ на уровне 18,5–24,9 кг/м²;
- При исходном ИМТ < 19 кг/м² рассмотреть назначение микронутриентов и питательных смесей;
- Ограничить употребления соли до 2,5–3 г натрия или 5–6 г поваренной соли;
- Объем употребляемой жидкости должен составлять 1,5–2 л/сутки при компенсации симптомов ХСН;
- Ежедневный мониторинг веса для своевременного выявления признаков застоя и предотвращения обострения ХСН с фиксацией в «Дневнике пациента с сердечной недостаточностью»;
- Всем стабильным пациентам рекомендованы аэробные физические нагрузки разной степени интенсивности и продолжительности

Для всех пациентов для снижения числа госпитализаций и улучшения качества жизни:

Физическая реабилитация

Междисциплинарное наблюдение

Медикаментозное лечение ХСНсФВ (если ранее не было ФВ ЛЖ <50%):*

Этиотропное и патогенетическое медикаментозное лечение (при отсутствии противопоказаний)

Рассмотреть
иНГЛТ-2
(дапаглифлозин)

Рассмотреть
АРНИ;
при невозможности
использовать
АРНИ – использовать
БРА (предпочтительно
кандесартан)

Рассмотреть
АМКР (предпочтительно
спиронолактон)

Симптоматическое медикаментозное лечение

Рассмотреть БАБ
(при наличии
дополнительных
показаний (ПИКС,
тахиформа ФП,
стенокардия
напряжения)

Диуретики
при задержке
жидкости
(предпочтительно
торасемид)

При лечении ХСНсФВ следует стремиться к использованию комбинации иНГЛТ-2, АРНИ и АМКР

Источники литературы:

1. Хроническая сердечная недостаточность. Клинические рекомендации 2020. Российский кардиологический журнал. 2020;25(11):4083. doi:10.15829/1560-4071-2020-4083
2. Порядок проведения диспансерного наблюдения за взрослыми, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 марта 2022 г. № 168н

Алгоритм диагностики и лечения пациентов с хронической сердечной недостаточностью для врачей-терапевтов участковых и врачей общей практики (семейных врачей)

Авторский коллектив:

Драпкина Оксана Михайловна – академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, директор ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России (Москва, Россия)

Бойцов Сергей Анатольевич – академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, генеральный директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии им. акад. Е.И. Чазова» Минздрава России (Москва, Россия)

Кобалава Жанна Давидовна – член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой внутренних болезней с курсом кардиологии и функциональной диагностики им. академика В.С. Моисеева Медицинского института ФGAOY BO «РУДН» Минобрнауки России (Москва, Россия)

Явелов Игорь Семенович – доктор медицинских наук, доцент, руководитель отдела фундаментальных и клинических проблем тромбоза при неинфекционных заболеваниях ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России (Москва, Россия)

Джигоева Ольга Николаевна – доктор медицинских наук, директор института профессионального образования и аккредитации ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России (Москва, Россия)

Кабурова Анастасия Николаевна – руководитель отдела международных связей и сотрудничества ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России (Москва, Россия)

Шепель Руслан Николаевич – кандидат медицинских наук, заместитель директора по перспективному развитию медицинской деятельности ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России (Москва, Россия)

Овчинников Артем Германович – доктор медицинских наук, главный научный сотрудник Лаборатории фиброза миокарда и сердечной недостаточности с сохранённой фракцией выброса левого желудочка ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии им. ак. Е.И. Чазова» Минздрава России (Москва, Россия)

Д72 Алгоритм диагностики и лечения пациентов с хронической сердечной недостаточностью для врачей-терапевтов участковых и врачей общей практики (семейных врачей) / Под редакцией академика РАН, проф. О.М. Драпкиной. – М.: РОПНИЗ

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является финалом сердечно-сосудистого континуума и характеризуется значительным увеличением рисков общей и сердечно-сосудистой смертности. В алгоритме представлены основные этапы диагностики ХСН, целевые клинические показатели, ориентировочный объем и частоту лабораторно-инструментальных исследований у лиц с ХСН, также подробно рассмотрены принципы немедикаментозного и медикаментозного лечения при ХСН в зависимости от фракции выброса. Представленный алгоритм диагностики и лечения ХСН создан в помощь врачам-терапевтам участковым и врачам общей практики, так как пациенты с ХСН подлежат диспансерному наблюдению врачей первичного звена. Алгоритм создан на основании текущих клинических рекомендаций по хронической сердечной недостаточности Минздрава России, одобренных в 2020 г. Научно-практическим Советом Минздрава России; приказа Минздрава России № 168н от 15 марта 2022 года; стандарта медицинской помощи взрослым при хронической сердечной недостаточности, утвержденного приказом Минздрава России от 20.04.2022 № 272н.