Приложение 4

к постановлению

Министерства

здравоохранения

Республики Беларусь

30.12.2014 № 117

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

диагностики и лечения сердечной недостаточности

РАЗДЕЛ 1

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Хроническая сердечная недостаточность (далее-СН) представляет собой синдром с комплексом характерных симптомов (одышка, утомляемость, снижение физической активности, отеки и др.), которые связаны с неадекватной перфузией органов и тканей в покое или при нагрузке и часто с задержкой жидкости в организме.

Первопричиной является ухудшение способности сердца к наполнению или опорожнению, обусловленное повреждением миокарда, а также дисбалансом вазоконстрикторных и вазодилатирующих нейрогуморальных систем.

Различают острую и хроническую СН. Под острой СН принято подразумевать возникновение острой (кардиогенной) одышки, связанной с быстрым развитием легочного застоя вплоть до отека легких или кардиогенного шока (с гипотонией, олигурией и так далее). Чаще встречается хроническая форма СН, для которой характерны периодически возникающие эпизоды обострения (декомпенсации), проявляющиеся внезапным или, что бывает чаще, постепенным усилением симптомов и признаков хронической СН.

Диагностика СН и консультации специалистов должны осуществляться в соответствии с данным клиническим протоколом в зависимости от уровня их проведения: в условиях районных, межрайонных (при наличии необходимого оборудования и специалистов), областных и республиканских организаций здравоохранения.

Медикаментозная терапия СН должна осуществляться всем пациентам в соответствии с данным клиническим протоколом вне зависимости от уровня ее проведения.

Хирургическое лечение СН должно осуществляться в соответствии с данным клиническим протоколом в зависимости от уровня его проведения: в условиях областных (при наличии необходимого оборудования и специалистов) и республиканских организаций здравоохранения.

РАЗДЕЛ 2

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Нозологическая форма заболевания (шифр по МКБ-10) | Объем оказания медицинской помощи | | | | | | Исход заболевания, цель мероприятий (результат мероприятий) |
| Диагностика | | | Лечение | | |
| обязательная | кратность | дополнительная (по показаниям) | необходимое | | средняя длительность |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | 6 | 7 |
| Диагностика и лечение при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях | | | | | | | |
| Застойная сердечная недостаточность (болезнь сердца застойного характера, | Общий анализ мочи  Биохимическое исследование крови: определение концентрации калия, натрия, мочевины, билиру- бина, глюкозы, креатинина в динамике | Исходно и по показаниям, но не реже 1 раза в год | Определение уровня мозгового натрийуретического гормона (BNP)\* или | | Комплексная терапия (продолжение лечения, подобранного в стационарных условиях).  Всем пациентам постоянно:  ИАПФ в максимально переносимых дозах: каптоприл 25-150 мг/сут внутрь в три приема или эналаприл 5-20 | Постоянно | Улучшение состояния (уменьшение признаков |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 7 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| правожелу дочковая недостаточность (вторичная по отношению к левожелудочковой сердечной недостаточно сти)) (I50.0) | Измерение АД (профиль)  ЭКГ  Общий анализ крови  Рентгенография органов грудной полости  Контроль массы тела  Эхо-КГ | Исходно и при прогрессировании заболевания | его N- концевого предшественника (NT-proBNP) \*  АсТ, АлТ,  ГГТ,  МНО | мг/сут дважды в день, рамиприл 2,5-10 мг/сут дважды в день, фозиноприл 5-20 мг/сут, лизиноприл 2,5-10 мг/сут, 1 раз в день, периндоприл 5-10 мг/сут однократно.  При почечной недостаточности (креатинин в 2 раза выше нормы) ИАПФ с двойным путем выведения: фозиноприл 5-20 мг/сут.  При печеночной недостаточности – лизиноприл – 2,5 - 20 мг/сут внутрь в один прием.  АРА назначают как альтернативу иАПФ и при непереносимости иАПФ: валсартан 20-160 мг/сут, лозартан 50-150 мг/сут, кандесартан 4-32 мг/сут.  БАБ: бисопролол 2,5-10 мг/сут 1 раз в день или карведилол 6,25-50 мг/сут 2 раза в день, метопролол сукцинат 12,5-200 мг/сут. Небиволол 2,5-10 мг 1 раз/сут (возможно использование по показаниям у лиц старше 70 лет).  Начало лечения с минимальных доз иАПФ, БАБ, АРА, и далее методом медленного титрования, назначение максимально переносимых (по уровню АД, ЧСС, желательно и по динамике фракции выброса\*, величины конечно-диастолического и конечно-систолического объемов\*, особенно в течение первых трех месяцев терапии.  Антагонисты альдостерона: спиронолактон 25-50 мг/сут внутрь, эплеренон 25-50 мг/сут;  При задержке жидкости диуретики:  торасемид 5 мг/сут (однократно), максимум – до 20 мг/сут  фуросемид 40-120 мг/сут внутрь или/и гидрохлортиазид – 100-150 мг/сут внутрь.  При недостаточной эффективности комбинированной мочегонной терапии присоединить ацетазоламид 750-100 мг мг/сут внутрь.  При наличии симптоматической сердечной недостаточности (функциональный класс II-IV, NYHA), синусового ритма, фракции выброса ≤35% и ЧСС ≥75 уд. в мин, несмотря на прием максимально переносимых доз БАБ (или при их непереносимости), иАПФ (АРА) и антагонистов альдостерона (АРА): ивабрадин 5-15 мг/сут 2 раза в день под контролем ЧСС.  При тахисистолической фибрилляции предсердий в дополнение к бета-адреноблокаторам или при их непереносимости: дигоксин 0,125 – 0,25мг/сут внутрь дважды в день.    При наличии симптоматической сердечной недостаточности (функциональный класс II-IV, NYHA) и перманентной/ персистирующей фибрилляции предсердий: амиодарон 100-600 мг/сут внутрь под контролем QT (не выше 0,44 милисек или 25% от исходного значения) в сочетании с бета-блокаторами (бисопрололом или карведилолом) и дигоксином при недостаточном эффекте бета-адреноблокаторов и дигоксина или при их непереносимости.  При наличии симптоматической сердечной недостаточности (функциональный класс II-IV, NYHA) и перманентной, персистирующей, пароксизмальной фибрилляции предсердий профилактика тромбоэмболических осложнений должна основываться на оценке риска развития инсульта по шкале CHA2DS2-VASc и оценке риска развития кровотечений по шкале HAS-BLED (см. приложение 1).  При наличии ангинозного синдрома, безболевой ишемии миокарда (на период обострения): пролонгированные нитраты (глицерил тринитрат, изосорбида динитрат или изосорбида мононитрат) в суточной дозе 40-120 мг внутрь прерывистым курсом и с асимметричным приемом.  По показаниям направление на хирургическое лечение: аортокоронарное шунтирование, клапанная коррекция,  имплантация аппарата вспомогательного кровообращения, трансплантация сердца\*.  По показаниям направление на постановку имплантируемого кардиовертера-дефибриллятора (далее-ИКД\*), сердечную ресинхронизирующую терапию (далее-СРТ\*). |  | | сердечной недостаточности, продление жизни пациентов, улучшение качества их жизни, снижение стадии (функционального класса) СН и снижение числа регоспитализаций).  Стабилизация. |
| Левожелудочковая недостаточность (острый отек легкого, сердечная астма) (I50.1) | Измерение АД  ЭКГ | Исходно |  | Экстренная госпитализация в отделение интенсивной терапии.  На догоспитальном этапе - лечение основного заболевания, приведшего к возникновению ХСН  Диуретики: фуросемид 40-100 мг в/в;  морфин 1% раствор 1 мл на 10 мл 0,9% раствора хлорида натрия в/в при тахипноэ и психомоторном возбуждении;  при гипертоническом кризе снижение АД: уропедил 25-50 мг в/в или каптоприл 25-50 мг;  кислород через пеногаситель (например, спирт) – при необходимости;  вазодилататоры показаны всем пациентам с АД ≥90 мм рт. ст. – глицерил тринитрат под язык через каждые 15-20 минут под контролем АД;  при фибрилляции предсердий сердечные гликозиды: строфантин 0,05% раствор 0,3-0,5 мл в 0,9% растворе хлорида натрия в/в или дигоксин 0,025% раствор 0,5 мл в 0,9% растворе хлорида натрия в/в. |  | Улучшение состояния.  Уменьшение признаков сердечной недостаточности, купирование отека органов грудной полости, сердечной астмы. | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Данный вид диагностики (лечения), консультация специалистов осуществляется в условиях межрайонных (при наличии необходимого оборудования и специалистов), областных и республиканских организаций здравоохранения.

Приложение 1.

Профилактика тромбоэмболических осложнений при наличии симптоматической сердечной недостаточности (функциональный класс II-IV, NYHA) и перманентной, персистирующей, пароксизмальной фибрилляции предсердий должна основываться на оценке риска развития инсульта по шкале CHA2DS2-VASc и оценке риска развития кровотечений по шкале HAS-BLED:

Оценка основных факторов риска тромбоэмболии (по CHA2DS2-VASc):

инсульт/транзиторная ишемическая атака / эмболия другой локализации, возраст > 75 лет – наличие любого пункта - 2 балла;

СН с фракцией выброса ≤ 40%, артериальная гипертензия, диабет, ИБC/предшествующий инфаркт миокарда/ атеросклероз периферических артерий, возраст 65-74 года, женский пол - наличие любого пункта - 1 балл.

Для лиц из группы низкого риска тромбоэмболии (0 баллов по CHA2DS2-VASc): антитромботическая терапия не рекомендована.

Для лиц из группы среднего риска тромбоэмболии (1 балл по CHA2DS2-VASc): рекомендовано назначение ацетилсалициловой кислоты 75-150 мг/сут или оральных антикоагулянтов, лекарственное средство выбора – варфарин 2,5-5 мг/сут первоначально с последующим титрованием дозы под контролем МНО (2,0-3,0, целевой 2,5) либо дабигатран (при не-клапанной фибрилляции предсердий) – 150 мг х 2 раза/сут (110 мг х 2 раза /сут – для лиц с высоким риском кровотечений, в т. ч. при снижении клиренса креатинина (30-50 мл/мин.)).

Для лиц группы высокого риска тромбоэмболии (2 балла по CHA2DS2-VASc):

препарат выбора – варфарин 2,5-5 мг/сут первоначально с последующим изменением дозы под контролем МНО (= 2,0-3,0, целевой 2,5). В качестве альтернативы варфарину может быть использован дабигатран (при не-клапанной фибрилляции предсердий) – 150 мг х 2 раза/сут (110 мг х 2 раза /сут. – для лиц с высоким риском кровотечений, в т.ч. при снижении клиренса креатинина (30-50 мл/мин.)).

Оценка риска развития кровотечений по шкале HAS-BLED у пациентов с фибрилляцией предсердий:

Артериальная гипертензия (САД > 160 мм.рт.ст), нарушение почечной функции, нарушение печеночной функции, инсульт, кровотечение в анамнезе, неустойчивое МНО (если на варфарине), возраст > 65 лет, прием НПВС, ацетилсалициловой кислоты, алкоголя – каждый пункт 1 балл.

Если индекс ≥ 3 баллов – высокий риск развития кровотечений - требуется контроль и коррекция факторов риска кровотечения перед назначением оральных антикоагулянтов и во время их приема.