

ФГБУ «Национальный медицинский
исследовательский центр кардиологии»
Минздрава России



СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Бойцов С.А., Терещенко С.Н., Жиров И.В., Агеев Ф.Т.



Москва, 2020 г.

УДК 616.12-039-036.1

ББК 54.101

С56

Организация-разработчик – ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации (генеральный директор – академик РАН, профессор С.А. Бойцов)

Совершенствование оказания медицинской помощи больным с хронической сердечной недостаточностью. Методические рекомендации / С.А. Бойцов, С.Н. Терещенко, И.В. Жиров, Ф.Т. Агеев; ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации. – М.: ФГБУ «НМИЦ кардиологии», 2020. – 31 с.

Цель методических рекомендаций – представить практические сведения по совершенствованию оказания медицинской помощи больным с хронической сердечной недостаточностью.

Содержание методических рекомендаций соответствует содержанию основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.36 «Кардиология» и дополнительной профессиональной программы профессиональной переподготовки по специальности «Кардиология».

Данные методические рекомендации разработаны и подготовлены сотрудниками ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии» министерства здравоохранения Российской Федерации в соответствии с системой стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу.

Методические рекомендации предназначены для кардиологов, терапевтов, специалистов в области общественного здоровья и здравоохранения, а также слушателей циклов повышения квалификации врачей по указанным специальностям.

Рубрикация по МКБ-10: Класс IX. Болезни системы кровообращения.

УДК 616.12-039-036.1

ББК 54.101

С56

Рис. 1. Библиогр.: 8 назв.

ISBN 978-5-600-02704-6

© ФГБУ «НМИЦ кардиологии» Минздрава России, 2020

За последние несколько лет в Российской Федерации наблюдается значимое снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Данный результат был достигнут в первую очередь за счет развития системы оказания помощи больным с острой патологией (острый коронарный синдром и инсульт) в рамках «Сосудистой программы»: создана эффективная сеть сосудистых центров, внедрены высокие технологии лечения и реабилитации пациентов.

К сожалению, несмотря на все эти достижения крайне актуальной для российского здравоохранения остается проблема хронической сердечной недостаточности. Это связано с несколькими причинами. Во-первых, связанное с улучшением качества оказания медицинской помощи увеличение продолжительности жизни ведет к росту популяции людей пожилого и старческого возраста, у которых сердечная недостаточность развивается, в том числе и по другим естественным причинам. Во-вторых, достижения в области борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями привели к уменьшению смертности пациентов в остром периоде инфаркта миокарда, инсульта. Это привело к тому, что у них закономерно развиваются поздние осложнения, к числу которых относится сердечная недостаточность. В настоящее время в нашей стране около 10 млн человек имеют диагноз хронической сердечной недостаточности и более 2 млн пациентов из этого количества страдают конечными формами этого состояния.

Бремя сердечной недостаточности на современное российское общество обусловлено двумя основными составляющими. Это крайне неблагоприятный прогноз и низкая выживаемость больных, которые сопоставимы или даже хуже аналогичных показателей при онкологических заболеваниях. При этом следует отметить, что летальность от ХСН в настоящее время крайне велика. И, кроме этого, в популяции пациентов с сердечной недостаточностью наблюдается крайне высокая частота госпитализации таких пациентов. По данным зарубежных авторов частота госпитализации по поводу ХСН на 1 млн взрослого населения составляет 1931 случай, тогда как аналогичные показатели при инфаркте миокарда – 1071 случай на 1 млн населения. Результаты Российского регистра хронической сердечной недостаточности свидетельствуют о недостаточной частоте применения современных диагностических методов в данной группе пациентов – так, например, эхокардиография была выполнена только 52% больных. Все это резко увеличивает затраты на лечение и реабилитацию этого контингента, ведет к часто неоправданным прямым и косвенным потерям, сопоставимыми с расходами на оказание помощи больным с острым инфарктом миокарда.

Совершенствование оказания медицинской помощи больным с ХСН позволит в дальнейшем еще больше снизить показатели смертности и заболеваемости от сердечно-сосудистых заболеваний, укрепить стационарное и амбулаторное лечебно-диагностическое звено, а также усовершенствовать плановую помощь, включая специализированную и высокотехнологичную медицинскую помощь (ВМП).

В связи с этим целесообразно создание сети специализированных отделений и кабинетов на базе имеющихся стационаров, кардиологических диспансеров, клиничко-диагностических центров и учреждений первичного звена здравоохранения согласно прилагаемой схеме.

Амбулаторное диагностическое звено является ключевым этапом в системе выявления ССЗ, их вторичной профилактики и подготовки пациентов к стационарному этапу. Широкий набор диагностических функций в сочетании с высокой квалификацией врачей и среднего медицинского персонала обеспечит высокий уровень диагностики, повысит раннюю выявляемость ХСН и ее эффективную вторичную профилактику. Это также позволит избежать необоснованных госпитализаций, снизит нагрузку на стационар и будет способствовать сокращению койко-дня. В перспективе подобный кабинет может стать центром компетенции в районе обслуживания, что будет способствовать развитию всей системы догоспитальной диагностики и лечения ХСН. Важно, что обогащение системы планового лечения новыми методами будет способствовать повышению квалификации и мотивации лечебного персонала.

СТРУКТУРА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ХСН

Структура оказания медицинской помощи пациентам с ХСН включает в себя следующие подразделения медицинских организаций субъекта Российской Федерации, являющихся частью трехуровневой системы.

Региональный центр по лечению больных ХСН на базе медицинских учреждений 3-го уровня

Рекомендованная структура:

- специализированное кардиологическое отделение с палатами интенсивной терапии или специализированные койки для лечения больных ХСН в составе кардиологического отделения с палатой интенсивной терапии (ПИТ) с возможностью длительного мониторинга состояния пациента, оксигенотерапии;
- группа по использованию электрофизиологических методов диагностики и лечения у пациентов с ХСН для проведения электрофизиологических диагностических исследований, катетерных абляций, подкожной и внутрисердечной имплантации устройств (создается на функциональной основе);
- группа по лечению ХСН в составе кардиохирургического отделения для осуществления коррекции клапанных пороков, проведения оперативных вмешательств по изменению геометрии камер сердца, имплантации систем механического кровообращения (создается на функциональной основе);

- консультативная группа (кардиолог, электрофизиолог, терапевт (для участия в разработке терапии сопутствующих заболеваний), специалист по реабилитации, специалист по функциональной диагностике и ЭхоКГ); в рамках своих должностных обязанностей данные сотрудники осуществляют также образовательные функции (организация школ для пациентов с ХСН, организация школ для родственников больных с ХСН, проведение обучения среднего медицинского персонала учреждений 2го уровня, занятых в системе патронажной службы), а также проводят консультации в рамках телемедицины (создается на функциональной основе);
- группа телемедицины, осуществляющая функции обеспечения доступа к необходимому оборудованию, осуществление его ремонта и технического обслуживания.

Межрайонный центр по лечению больных ХСН на базе стационара 2го уровня (центральная районная больница), в т.ч. имеющего в своем составе первичный сосудистый центр

Рекомендованная структура:

- межрайонное кардиологическое отделение с ПИТ в ЦРБ или кардиологическое отделение с ПИТ городской больницы, в т.ч. выполняющего функции первичного сосудистого отделения с возможностью длительного мониторинга состояния пациента, оксигенотерапии, проведения интенсивной терапии;
- кардиолог, консультирующий лечение больных с ХСН в составе дневного стационара;
- консультативная группа (кардиолог, терапевт (для участия в разработке алгоритма ведения сопутствующих заболеваний), специалист по функциональной диагностике и ЭхоКГ) в составе амбулаторного отделения; в рамках своих должностных обязанностей данные сотрудники осуществляют также образовательные функции (организация школ для пациентов с ХСН, организация школ для родственников больных с ХСН, проведение обучения среднего медицинского персонала учреждений 1го уровня, занятых в системе патронажной службы), а также проводят консультации в рамках телемедицины (создается на функциональной основе);
- группа телемедицины, осуществляющая функции обеспечения доступа к необходимому оборудованию, его ремонт и технического обслуживание;
- специализированный кабинет со штатом кардиологов и патронажной службой (средний медицинский персонал) для диспансерного наблюдения пациентов с ХСН в составе поликлинического отделения ЦРБ или городской больницы.

Первичный амбулаторный центр по лечению больных ХСН на базе амбулаторно-поликлинических подразделений медицинских организаций 1го уровня

Рекомендованная структура:

- специализированный кабинет со штатом кардиологов и патронажной службой (средний медицинский персонал) для диспансерного наблюдения пациентов с ХСН в составе поликлинического отделения ЦРБ или городской больницы; в рамках своих должностных обязанностей сотрудники кабинета осуществляют образовательные функции (организация школ для пациентов с ХСН, организация школ для родственников больных с ХСН, проведение обучения среднего медицинского персонала учреждений 1го уровня, занятых в системе патронажной службы), а также проводят консультации в рамках телемедицины.

РЕГИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ПО ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ХСН

Региональный центр по лечению больных с ХСН организуется на функциональной основе на базе кардиологического отделения медицинской организации 3го уровня.

Структура центра утверждается руководителем медицинской организации 3го уровня.

Региональный центр в своей деятельности использует все лечебно-диагностические и вспомогательные подразделения медицинской организации, на базе которой он организован.

Региональный центр осуществляет следующие функции:

- оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной*, медицинской помощи больным с ХСН в соответствии с клиническими рекомендациями;
- организационно-методическое руководство, оценка качества и эффективности работы межрайонных и первичных центров по профилактике, диагностике, лечению, реабилитации и диспансерному наблюдению больных с ХСН;
- мониторингирование и анализ основных медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности, и смертности больных с ХСН;
- информационное обеспечение межрайонных и первичных центров по вопросам организации помощи и профилактики ХСН;
- организационно-методическое руководство по раннему выявлению и отбору больных с ХСН, нуждающихся в оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи;
- консультативная помощь врачам медицинских организаций по сложным вопросам диагностики и лечения ХСН, в том числе с применением телемедицинских технологий;

- внедрение в клиническую практику современных достижений в области оказания медицинской помощи больным с ХСН и проведение анализа эффективности их применения;
- контроль за организацией диспансерного и патронажного наблюдения за больными с ХСН;
- разработка образовательных программ и участие в повышении квалификации врачей первичного звена и среднего медицинского персонала по вопросам диагностики и лечения ХСН, курсы тематического усовершенствования, проведение вебинаров, семинаров, проведение телемедицинских конференций и консультаций;
- организация персонифицированного учета больных с ХСН, формирование регионального регистра;
- участие в профилактической, санитарно-просветительской работе;
- ведение отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности регионального центра в установленном порядке.

**Хирургическая/электрофизиологическая коррекция ХСН (реконструкция нарушенной геометрии левого желудочка сердца, проведение катетерных абляций и иных лечебно-диагностических электрофизиологических процедур, реваскуляризация миокарда в соответствии с имеющимися рекомендациями и стандартами, реконструкция клапанного аппарата сердца, имплантация системы ресинхронизирующей терапии, имплантация различных устройств вспомогательного кровообращения в качестве «моста» пред трансплантацией сердца или в качестве окончательного метода лечения, имплантация иных устройств в соответствии с клиническими рекомендациями).*

МЕЖРАЙОННЫЙ ЦЕНТР ПО ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ХСН

Межрайонный центр по лечению больных ХСН создается на базе межрайонного кардиологического отделения центральной районной больницы и является подразделением на функциональной основе медицинской организации 2го уровня, на базе которой он организован.

Структура центра утверждается руководителем медицинской организации 2го уровня.

Межрайонный центр в своей деятельности использует все лечебно-диагностические и вспомогательные подразделения медицинской организации, на базе которой он организован.

Межрайонный центр осуществляет следующие функции:

- оказание специализированной лечебно-диагностической помощи больным с ХСН в соответствии с клиническими рекомендациями;
- оказание консультативной помощи в режиме он-лайн врачам закрепленных территорий в вопросах диагностики и лечения больных с ХСН;
- систематическое освоение и внедрение новых эффективных методов диагностики и лечения больных с ХСН;
- повышение квалификации персонала учреждения по вопросам медицинской помощи больным с ХСН;

- проведение профилактических мероприятий по формированию у населения здорового образа жизни, борьбе с факторами риска, первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний среди больных ХСН и их родственников (лекции, беседы, школы здоровья);
- оказание консультативной помощи и поддержка патронажной службы пациентам с ХСН на закрепленных территориях;
- мониторингирование и анализ основных медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности и смертности больных с ХСН на закрепленной территории;
- ведение районного регистра больных с ХСН, формирование межрайонного сегмента регистра, передача данных в региональный центр;
- ведение отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности межрайонного центра в установленном порядке.

ПЕРВИЧНЫЙ АМБУЛАТОРНЫЙ ЦЕНТР (КАБИНЕТ) БОЛЬНЫХ ХСН (СМ ТАКЖЕ ПРИЛОЖЕНИЕ 1)

Первичный амбулаторный центр (кабинет) для больных ХСН является подразделением на функциональной основе медицинской организации 1-го уровня, на базе которой он организован.

Структура центра утверждается руководителем медицинской организации 1-го уровня.

Первичный центр в своей деятельности использует все лечебно-диагностические и вспомогательные подразделения медицинской организации, на базе которой он организован.

Первичный центр осуществляет следующие функции:

- оказание консультативной и лечебно-профилактической помощи больным с ХСН в соответствии с клиническими рекомендациями;
- разработка и проведение организационных и методических мероприятий по раннему выявлению, профилактике ХСН, повышению качества диагностики, лечения и диспансеризации больных с ХСН, в том числе участковыми терапевтами;
- диспансерное наблюдение больных с ХСН с активным участием среднего медицинского персонала, включая телефонный опрос больных ХСН по стандартному опроснику и патронажа на дому маломобильных пациентов с ХСН;
- внедрение в практику новейших методов профилактики, диагностики и лечения больных с ХСН;
- проведение анализа работы по диспансеризации больных ХСН;
- проведение профилактических мероприятий по формированию у населения здорового образа жизни, борьбе с факторами риска, первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний среди больных ХСН и их родственников (лекции, беседы, школы здоровья);

- разработка и проведение организационных и методических мероприятий по осуществлению практики патронажа пациентов с ХСН на обслуживаемой территории;
- мониторингирование и анализ основных медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности и смертности больных с ХСН на обслуживаемой территории;
- ведение районного регистра больных ХСН, передача данных в межрайонный центр;
- ведение отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности первичного центра в установленном порядке.

Приложение № 1

Требования к организации первичного амбулаторного центра (кабинета) больных ХСН

Первичный амбулаторный центр (далее – кабинет) организуется из расчета 1 кабинет на 100 000 взрослого населения при двухсменной работе.

В первичном амбулаторном центре (кабинете) для больных с ХСН могут работать врачи-кардиологи или врачи-терапевты, прошедшие тематическое усовершенствование по диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности в объеме не менее 144 часов.

Врачи-специалисты, привлекаемые к работе в кабинетах для больных пациентов с ХСН, должны обладать знаниями:

- об этиологии и патофизиологии сердечной недостаточности;
- о методиках сбора анамнеза и проведения и физикального обследования пациентов с ХСН и их ограничениях;
- о необходимом обследовании для проведения дифференциального диагноза, верификации ХСН, определения ее стадии и функционального класса, выбора терапии;
- о показаниях, противопоказаниях к применению и клинической фармакологии лекарств, используемых для лечения ХСН в соответствии с клиническими рекомендациями, включая сведения об их возможных побочных эффектах и лекарственных взаимодействиях;
- о методах первичной и вторичной профилактики сердечной недостаточности о влиянии ХСН на органы и анатомо-физиологические системы организма, а также течение сопутствующих заболеваний;
- о диагностике, медикаментозных и немедикаментозных методах лечения нарушений ритма и проводимости сердца у пациентов с ХСН;

- о показаниях к установке кардиовертеров-дефибрилляторов и ресинхронизирующей терапии при ХСН, радиочастотной абляции проводящих путей при аритмии;

- о показаниях к трансплантации сердца при ХСН и принципах преоперационного и послеоперационного ведения больных, отобранных для пересадки сердца.

Врачи-специалисты, привлекаемые к работе в кабинетах для больных ХСН, должны обладать следующими навыками:

- оценка состояния и прогноза пациентов с впервые возникшей и диагностированной ранее ХСН на основе анализа данных физикального, инструментального и лабораторного исследований;

- проведение фармакотерапии ХСН (выбор, титрация доз, смена лекарственных препаратов) и оценка эффективности лечебных мероприятий в соответствии с клиническими рекомендациями;

- организация диспансерного наблюдения;

- распознавание и лечение сопутствующих заболеваний у пациентов с ХСН;

- проведение и оценка результатов тестов качества жизни у пациентов с ХСН;

- распознавание депрессии или чрезмерной тревоги у пациентов с ХСН и своевременное обеспечение консультации психотерапевта;

- клиническая оценка результатов инструментального и лабораторного исследования, проводимого больным с ХСН;

- отбор пациентов для установки кардиовертеров-дефибрилляторов, проведения ресинхронизирующей терапии, радиочастотной абляции проводящих путей при аритмии;

- отбор пациентов для трансплантации сердца;

- проведение школ для пациентов с ХСН.

Медицинские сестры, привлекаемые к работе в кабинетах для больных с ХСН, должны обладать знаниями:

- о причинах, клинических проявлениях, признаках декомпенсации, методах диагностики сердечной недостаточности;

- об организации и оказании сестринской помощи пациентам с сердечной недостаточностью;

- об основных показателях, контролируемых в карте пациента кабинета ХСН;

- о порядке оказания медицинской помощи в рамках установленных алгоритмов принятия решений медицинской сестрой в зависимости от функционального класса ХСН;

- о путях введения лекарственных препаратов, наиболее часто встречающихся нежелательных явлениях при приеме лекарственных препаратов;

- о требованиях к вакцинации, рекомендованным пациентам с ХСН;

- о видах, формах и методах реабилитации больных ХСН;

- о правилах использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения, используемых при ведении пациентов с ХСН на амбулаторном этапе;

- о правилах взаимодействия с социальными службами.

Медицинские сестры, привлекаемые к работе в кабинетах для больных с ХСН, в том числе выполняющие функции патронажа на дому маломобильных пациентов, должны обладать навыками:

- проведения телефонного опроса пациента с ХСН по стандартному опроснику;

- оценки тяжести состояния пациента с ХСН, его положения в постели, состояния кожных покровов, наличия и выраженности отеочного синдрома;

- оценки уровня функционального класса ХСН;

- определения уровня артериального давления, частоты пульса и частоты дыхания;

- проведения пульсоксиметрии;

- оценки суточного водного баланса;

- измерения массы тела;

- ведения карты-вкладыша пациента кабинета ХСН;

- контроля выполнения лабораторных, инструментальных показателей, графика проверки работы имплантированных устройств (электрокардиостимулятор, кардиовертер-дефибриллятор, ресинхронизирующее устройство и др.), консультаций специалистов, графика вакцинации, рекомендованных в карте пациента кабинета ХСН;

- в рамках телефонного опроса медсестрой (ТОМ) или патронажа на дому маломобильных пациентов определения целесообразности и сроков проведения врачебного осмотра по установленным алгоритмам принятия решения медицинской сестрой в зависимости от функционального класса ХСН;

- организации врачебного осмотра пациента с ХСН в различные сроки в зависимости от функционального класса ХСН;

- консультирования пациента и его окружения по образу жизни, диете и водно-солевому режиму пациента с сердечной недостаточностью;

- консультирования пациента и его окружения по применению лекарственных средств в пределах своих полномочий;

- проведения комплексов упражнений лечебной физкультуры;

- подготовки пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам (физическая реабилитация, нагрузочное тестирование, холтеровское мониторирование ЭКГ и т.д.);

- проведения школ для больных ХСН, мероприятий по сохранению и улучшению качества жизни пациентов;

- взаимодействия с социальными службами.

В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 19 декабря 2016 г. N 973н “Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-кардиолога, врача-эндокринолога, врача-стоматолога-терапевта” рекомендуется среднее время для приема пациента с ХСН в амбулаторных условиях 24 минуты.

При расчете норм приема числа пациентов в рабочее время врача-кардиолога рекомендуется включить проведение не менее 2 школ в течение недели для пациентов с ХСН и их родственников или людей, осуществляющих уход за больными, например, социальных работников. Продолжительность школы 30 мин.

Стандарт оснащения кабинета для больных ХСН

Сфигмоманометр	По числу врачей, оказывающих помощь пациентам с ХСН
Электрокардиограф 12-ти канальный	2
Пульсоксиметр	2
Рулетка медицинская сантиметровая	2
Напольные весы	1
Ростомер	1
Секундомер	2
Аппарат для определения Nt-proBNP, тропонина	1
Персональный компьютер	1 на каждое рабочее место
Принтер	1 на каждое рабочее место

Стандарт оснащения амбулаторной структуры, в составе которой организуется кабинет для больных ХСН, должен включать

Дефибриллятор	1
Ультразвуковой сканер сердца	1
Аппарат для суточного мониторинга ЭКГ с 5 носимыми устройствами	1
Аппарат для суточного мониторинга АД с 5 носимыми устройствами	1
Стресс –система (тредмил, велоэргометр)	1

Рекомендуемое штатное расписание кабинета для больных ХСН

Дефибриллятор	1
Ультразвуковой сканер сердца	1

Показания для прикрепления пациента к кабинету для больных ХСН

Наблюдение у врача кабинета ХСН должно быть направлено главным образом на пациентов группы высокого риска, которые включают в себя следующие категории:

1. Пациенты с ХСН II-IV функционального класса после выписки из стационара после госпитализации по поводу декомпенсации ХСН. Включение этих пациентов должно происходить в течение первой недели после выписки как часть плана выписки из-за высокого риска повторной госпитализации и в связи с необходимостью коррекции терапии (титрации доз и возможная смена лекарственных препаратов) для достижения рекомендованных доз и целевых гемодинамических показателей.
2. Пациенты с ХСН III-IV функционального класса (вне зависимости от эффективности проводимой терапии)
3. Пациенты с ХСН I функционального класса, фракцией выброса ЛЖ $\leq 40\%$ и с высоким риском развития декомпенсации сердечной недостаточности (особенно в сочетании с ХБП, СД, нарушениями ритма сердца, хроническими заболеваниями печени и т.д.). Это может обеспечить стабилизацию состояния и заметное улучшение прогноза благодаря усиленной помощи до того, как госпитализация станет неизбежной.

Прекращение диспансерного наблюдения в кабинетах для больных ХСН

Наблюдение может быть прекращено при достижении пациентом I ФК ХСН при отсутствии высокого риска развития декомпенсации сердечной недостаточности, риска госпитализации или смерти (например, прекращение диспансерного наблюдения больных после гипертонического криза, осложненного фибрилляцией предсердий с развитием венозного легочного застоя, после восстановления синусового ритма и др.).

Дальнейшее динамическое и диспансерное наблюдение должно осуществляться врачом терапевтом в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 29 марта 2019 г. N 173н «Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»

Обязательные элементы врачебной оценки состояния пациента в рамках посещения кабинета для больных ХСН

При каждом посещении следует отметить:

- были ли с прошлого визита какие-либо изменения в состоянии, особенно указывающие на возможное ухудшение течения ХСН, была ли необходимость в вызове СМП, в госпитализации,

- была ли госпитализация.
Необходимо оценить в динамике в сравнении с прошлым посещением:
- тяжесть состояния
- массу тела пациента
- ЧДД
- ЧСС
- ритм сердца
- АД
- наличие клинических признаков сердечной недостаточности (положение пациента, наличие набухания шейных вен, цианоз, признаки застоя в легких, отеки, увеличение печени).
 - насыщение крови кислородом
 - зарегистрировать и оценить ЭКГ
 - оценить данные других инструментальных и лабораторных исследований, проведенных в период с прошлого визита (если таковые были)
 - назначить контрольные исследования (при необходимости)
 - оценить соблюдение приема назначенных ранее лекарственных препаратов, выяснить причины плохого соблюдения режима лечения (если таковое имело место), рассмотреть возможность дальнейшей титрации доз основных препаратов для лечения ХСН, правильность другой сопутствующей терапии
 - проверить все лекарства, принимаемые пациентом, включая безрецептурные препараты и добавки
 - зарегистрировать в амбулаторной карте любые терапевтические изменения и подтвердить, что пациент был правильно проинструктирован
 - выдать пациенту или его родственникам стандартизированную схему инструкций для всех назначенных препаратов (показания, общие побочные эффекты, лекарственные взаимодействия)
 - проверить, прошел ли пациент обучение в школе для пациентов с ХСН
 - выяснить, были ли сделаны рекомендуемые для пациентов с ХСН прививки (при необходимости)
 - назначить дату следующего планового визита, проинструктировать о возможности и необходимости внепланового обращения (визита) в случае ухудшения состояния

Периодичность проведения осмотров и обследования больных ХСН

Периодичность и частота осмотров зависит от клинической ситуации.

Первый визит после госпитализации следует провести в ближайшие 7 дней после выписки из стационара. При проведении титрации доз препаратов контрольные визиты назначают с периодичностью 1 раз в 7-14 дней.

Дальнейшее наблюдение проводят 1 раз в 1-2 месяца, затем 1 раз в 6 месяцев и в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения, утвержденным при-

казом МЗ РФ от 29 марта 2019 г. N 173н и порядком оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, утвержденный приказом МЗ РФ от 15.11.2012 N 918н.

При дестабилизации состояния или необходимости изменения терапии (в том числе титрации доз) кратность проведения исследований определяются врачом в зависимости от клинической ситуации. Дополнительный визит пациента I-II ФК в кабинет ХСН возможен по рекомендации медицинской сестры в случае получения неясных ответов на вопросы в рамках ТОМ, например, по приверженности к медикаментозной терапии.

Периодичность плановых контактов медицинской сестры с пациентами кабинета ХСН

	I ФК (НУНА)	II ФК (НУНА)	III-IV ФК (НУНА)
Телефонный опрос	1 раз в 3 мес	1 раз в 8 нед	1 раз в нед, в дальнейшем по рекомендации врача не реже 1 раза в месяц
Школа ХСН для пациента	1 раз в 12 мес	1 раз в 6 мес	1 раз в 6 мес
Школа ХСН для родственника, ухаживающего лица	Однократно, в дальнейшем по мере приверженности	1 раз в 12 мес	1 раз в 6 мес
Обучающие групповые физические тренировки под контролем инструктора (внегоспитальный этап)	Каждые 6 мес	Каждые 6 мес	Каждые 6 мес для IIIФК;
Контроль лабораторных и инструментальных параметров	По рекомендации врача согласно индивидуальному плану карты пациента с ХСН	По рекомендации врача согласно индивидуальному плану карты пациента с ХСН	По рекомендации врача согласно индивидуальному плану карты пациента с ХСН

Периодичность контактов медицинской сестры, включая ТОМ, проведение школ для больных ХСН и их родственников, обучающих курсов физической реабилитации врачом ЛФК в соответствии с действующими рекомендациями по назначению физических тренировок пациентам с ХСН, контроля параметров лабораторных и инструментальных исследований зависит от уровня ФК ХСН пациента и рекомендаций врача кабинета ХСН.

Показания и порядок патронажа медицинской сестры в рамках диспансерного наблюдения больных ХСН

Под патронажем медицинской сестры кабинета ХСН подразумеваются ее визиты на дом к маломобильным пациентам III-IV ФК ХСН в случае неясных результатов ТОМ, а также к больным ХСН по назначению врача.

К **маломобильным пациентам** относятся больные, для которых затруднительно посещение кабинета ХСН (пациенты, испытывающие трудности при самостоятельном передвижении, ориентировании в пространстве, получении информации).

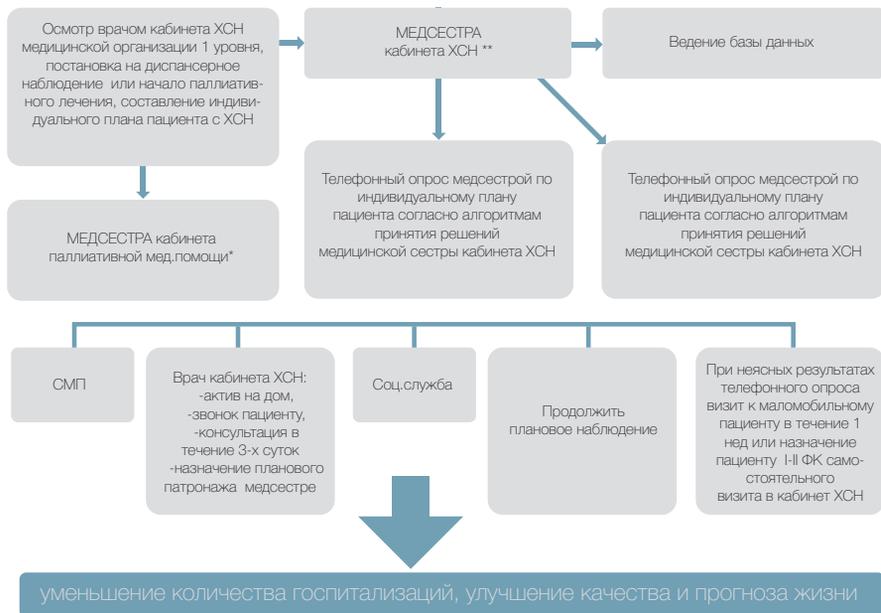


Рис. 1 Схема организации работы медицинской сестры кабинета ХСН

*- Приказ Минздрава России, Минтруда России от 31 мая 2019 г. N 345н/372н г. Москва "Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья"

** -Порядок проведения диспансерного наблюдения за взрослыми, утвержденный приказом МЗ РФ от 29 марта 2019 г. N 173н, порядок оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, утвержденный приказом МЗ РФ от 15.11.2012 N 918н

Показания к госпитализации больных с ХСН

На стационарное лечение и обследование направляются пациенты:

- при ухудшении состояния (декомпенсации кровообращения в т.ч. по причине аритмии), требующего круглосуточного лечения и наблюдения за больным в условиях стационара
- для подтверждения диагноза ХСН, установления (уточнения) этиологии ХСН, если это невозможно в амбулаторных условиях
- для решения вопроса о необходимости и целесообразности проведения реваскуляризации или реконструктивных операций
- при невозможности титрации доз основных препаратов, используемых для лечения ХСН, за счет нестабильной гемодинамики, требующей круглосуточного наблюдения за больным в условиях стационара
- для установки кардиовертеров-дефибрилляторов, проведения ресинхронизирующей терапии или радиочастотной абляции/криоабляции при аритмии.

Пациенты с гемодинамической нестабильностью, с рецидивирующими аритмиями или выраженной не проходящей одышкой должны находиться в отделении, где есть возможность оказать незамедлительные реанимационные мероприятия в условиях палаты реанимации и интенсивной терапии.

При направлении пациента на госпитализацию необходимо предоставить подробные сведения об анамнезе, о лечении на амбулаторном этапе, и сформулировать цель госпитализации.

Критерии качества оказания помощи в амбулаторных условиях в соответствии с клиническими рекомендациями

№	Критерий	Уровни достоверности рекомендаций	Уровни убедительности доказательств
1	Пациент состоит на диспансерном учете	I	C
2	Назначены иАПФ (сартаны) или АРНИ в целевой или максимально переносимой дозе при наличии показаний и отсутствии противопоказаний	I	A
3	Назначены БАБ в целевой или максимально переносимой дозе при наличии показаний и отсутствии противопоказаний	I	A
4	Назначены АМКР в целевой или максимально переносимой дозе при наличии показаний и отсутствии противопоказаний	I	A
5	Назначены диуретики при наличии показаний и отсутствии противопоказаний	I	C
6	ЧСС		

6.1	При не достижении уровня ЧСС 70 уд / мин у пациента с синусовым ритмом рекомендовано увеличение дозы БАБ или добавление ивабрадина	I	C
6.2	При фибрилляции предсердий достигнута ЧСС менее 100 уд / мин	I	B
7	Масса тела больного контролируется на визитах	I	C
8	Выполнены и оценены в динамике:		
8.1	Измерение АД на каждом визите	I	C
8.2	ЭКГ	I	C
8.3	Трансторакальная ЭхоКГ произведена в течение ближайших 6 месяцев	I	C
8.4	Анализ крови клинический	I	C
8.5	Анализ крови биохимический: калий, натрий, креатинин	I	C
8.6	Расчет СКФ	I	C
9	Проведена вакцинация против гриппа против пневмококковой инфекции	I	C
10	Проводится профилактика тромбоэмболических осложнений при наличии показаний и отсутствии противопоказаний	I	C
11	Проведены беседы и даны рекомендации по коррекции ФР	I	C
12	Пациент прошел обучение в школе для больных с ХСН	I	C
13	Направлен на госпитализацию при дестабилизации течения и рефрактерной к терапии ХСН, а также для оценки показаний к высокотехнологичной медицинской помощи (ИКД, СРТ и т. д.)	I	A

Требования к кардиологическому отделению для лечения больных с ХСН

Кардиологическое отделение для лечения больных с ХСН (далее – отделение) создается их расчета 4 койки на 1 койку палаты реанимации и интенсивной терапии.

Отделение создается в медицинской организации, имеющей в своей структуре отделение анестезиологии и реанимации, лабораторию с возможностью круглосуточного выполнения анализов, кабинет эхокардиографии, отделение функциональной диагностики, включающее кабинет нагрузочного тестирования, рентгеновское отделение, отделение реабилитации (лечебной физкультуры и физиотерапии). В отделении ко всем койкам должна быть организована подводка кислорода.

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ОТДЕЛЕНИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХСН

Поступление пациентов производится через приемное отделение (при плановой госпитализации) или непосредственно в ПРИТ отделения при тяжелом состоянии пациента, признаках острой или декомпенсированной сердечной недостаточности.

При госпитализации в ПРИТ отделения пациенту следует провести диагностику и незамедлительно начать лечение жизнеугрожающих состояний, обеспечить гемодинамическую и/или респираторную поддержку. При выявлении острых состояний, требующих оказания высокотехнологичной помощи (острый коронарный синдром, острые механические нарушения, такие как разрывы сердца травмы грудной клетки, острая недостаточность клапанов сердца), ТЭЛА, следует предпринять меры к скорейшему переводу пациентов в медицинские организации (отделения), оказывающие подобную помощь.

Пациентам, госпитализированным в ОРИТ/БРИТ/ПРИТ рекомендовано круглосуточное мониторирование насыщения крови кислородом. Измерение pH венозной крови и определение парциального давления CO_2 в венозной крови должны быть рассмотрены у пациентов с острым отеком легких или ХОБЛ. У пациентов с кардиогенным шоком для определения показателей кислотно-щелочного состояния рекомендовано использовать артериальную кровь.

Оксигенотерапия показана при $SpO_2 < 90\%$ или $PaO_2 < 60$ мм рт. ст. с целью коррекции гипоксемии.

Неинвазивная вентиляция с положительным давлением (CPAP – терапия и BiPAP-терапия) должна быть рассмотрена у пациентов с респираторным дистрессом (ЧДД > 25 в мин, $SpO_2 < 90\%$), ее следует начать как можно раньше с целью уменьшения выраженности респираторного дистресса и снижения потребности в интубации.

Интубация показана при дыхательной недостаточности с гипоксемией ($PaO_2 < 60$ мм рт. ст. (8 кПа), гиперкапнией ($PaCO_2 > 50$ мм рт. ст. (6,65 кПа)) и ацидозом ($pH < 7,35$) при отсутствии возможности неинвазивной коррекции вентиляционных расстройств.

Больные, не нуждающиеся в нахождении в ОРИТ/БРИТ/ПРИТ, госпитализируются в отделение для лечения пациентов с ХСН. При поступлении в отделение пациента осматривает лечащий врач, оценивает

- тяжесть состояния
- ЧДД
- ЧСС
- ритм сердца
- АД
- наличие клинических признаков сердечной недостаточности (положение пациента, наличие набухания шейных вен, цианоз, отеки, увеличение печени).

- насыщение крови кислородом,
- наличие сопутствующих состояний (заболеваний)
- обеспечивает проведение максимально быстро в первые сутки пребывания в стационаре рентгенологическое исследование органов грудной клетки (при наличии показаний) и регистрацию ЭКГ
- оценивает адекватность ранее проводимой терапии
- выясняет возможные причины наступления декомпенсации
- обосновывает предварительный диагноз
- определяет план обследования и лечения.

Больные в рабочие дни осматриваются лечащими врачами ежедневно (частота осмотров в течение дня определяется тяжестью состояния больного), в вечернее, ночное время, а также в выходные и праздничные дни осмотр пациентов, оставленных под наблюдение, проводится дежурными врачами.

Лечащий врач несет ответственность за заполнение журнала больных, оставленных под наблюдение.

Заведующий отделением осматривает пациента в день поступления или на следующий день. Частота повторных осмотров заведующим отделением определяется тяжестью состояния больного и необходимостью изменений в терапии, но не реже, чем 1 раз в 5 дней.

Во время пребывания больного в стационаре должны быть проведены:

- оценка динамики диуреза, скорости клубочковой фильтрации по СКД-EPI, массы тела;
- ЭКГ в динамике;
- ЭхоКГ (при наличии показаний – в динамике);
- контрольные рентгенологические исследования при наличии показаний
- контроль толерантности к физической нагрузке по тесту с ходьбой в течение 6 мин.
- реабилитационные мероприятия при наличии показаний
- обучение в школе для пациентов с ХСН (однодневной)
- оценка качества жизни по специальному опроснику или по визуальной аналоговой шкале
- у пациентов с клапанными пороками, являющимися причиной ХСН, необходимо проведение консилиума с участием сердечно-сосудистого хирурга для решения вопроса о возможности (целесообразности) коррекции порока сердца;
- при наличии показаний к проведению коронарного шунтирования или хирургическому изменению геометрии левого желудочка необходима консультация хирурга;
- при наличии нарушений сердечного ритма/проводимости, рефрактерным к проводимой терапии или при наличии показаний для радиочастотной/криоабляции, а также диагностического электрофизиологического исследования необходима консультация аритмолога;

- при наличии показаний к проведению чрескожного коронарного вмешательства необходима консультация специалиста по рентгенхирургической диагностике и лечению.

При выписке оформляется выписной эпикриз, в котором обязательно должны быть:

- сформулирован диагноз, сформулированный в соответствии с требованиями рекомендаций по медицинской помощи больным с ХСН

- приведены данные о проведенном обследовании, сведения о том, достигнуты ли целевые показатели АД и ЧСС

- отражена динамика массы тела, отечного синдрома, размеров печени

- описана динамика ФК ХСН за время стационарного лечения.

- описано проведенное лечение, при этом:

- если какой-либо из болезней-модифицирующих препаратов не был назначен, следует указать причину не назначения и рекомендации для врача следующего этапа относительно его назначения при устранении причины, не позволившей назначить препарат на стационарном этапе

- если не были достигнуты целевые дозы болезней-модифицирующих препаратов на стационарном этапе, должны быть указаны причина и необходимость титрации доз на амбулаторном этапе.

- даны рекомендации для врачей амбулаторного звена по дальнейшей тактике ведения пациента, включая использование методов высокотехнологичной медицинской помощи.

Заведующий отделением организует лечебно-диагностический процесс и несет ответственность за

- заполнение регистра больных с ХСН

- передачу информации о выписке пациента в амбулаторно-поликлиническое учреждение,

- составление ежемесячного отчета о пролеченных больных.

После выписки пациента оценку качества лечения и соответствия клиническим рекомендациям и стандартам в стационаре проводит заместитель главного врача по лечебной или клинико-экспертной работе.

Все отклонения от рекомендаций в лечении должны быть разобраны на специальном заседании ЛКК не реже 1 раза в месяц

Стандарт оснащения отделения на 24 койки

Сфигмоманометр	По числу врачей отделения
Электрокардиограф 12-ти канальный	2
Пульсоксиметр	2
Рулетка медицинская сантиметровая	1
Напольные весы	1

Ростомер	1
Разводка кислорода к каждой койке	
Дефибриллятор	1
Ультразвуковой сканер сердца	1
Аппарат для суточного мониторинга ЭКГ с 5 носимыми устройствами	1
Аппарат для суточного мониторинга АД с 5 носимыми устройствами	1
Персональный компьютер	По числу рабочих мест
Секундомер	2

Стандарт оснащения ПРИТ на 6 коек

Аппарат искусственной вентиляции легких с увлажнителем и монитором параметров дыхания, функцией неинвазивной искусственной вентиляции легких	3
Аппарат искусственной вентиляции легких транспортный (СМУ, SIMV, CPAP)	1
Дыхательный мешок для ручной искусственной вентиляции легких	3
Монитор пациента (оксиметрия, неинвазивное артериальное давление, электрокардиограмма, частота дыхания, температура)	3
Монитор пациента (неинвазивное артериальное давление, инвазивное артериальное давление - 2 канала, электрокардиограмма, частота дыхания, температура - 2 канала, оксиметрия, капнометрия, сердечный выброс)	3
Центральный пульт монитора	1
Электрокардиостимулятор для временной ЭКС	1
Шприцевой насос	12
Инфузионный насос	12
Насос для зондового питания	1
Набор для интубации трахеи	1
Набор для трудной интубации, включая ларингеальную маску, ларингеальную маску для интубации трахеи и комбинированную трубку	1
Дефибриллятор	1
Матрац термостабилизирующий	3
Матрац противопролежневый	3
Автоматический анализатор газов крови, кислотно-щелочного состояния, электролитов, глюкозы, осмолярности	1 на отделение

Тромбоэластограф	1 на отделение
Электрокардиограф 12-канальный	1
Транспортируемый рентгеновский аппарат	1
Портативный ультразвуковой диагностический аппарат с системой навигации для выполнения регионарной анестезии, пункции и катетеризации центральных и периферических сосудов и оценки критических состояний	1
Кровать трехсекционная с ограждением	6
Кровать-весы	1
Каталка транспортная с мягким покрытием	1
Устройство для переключивания больных	1
Тумбочка прикроватная	6
Аппарат для пневмокомпрессорной профилактики тромбозомболических осложнений и лимфостаза	1
Персональный компьютер	По числу рабочих мест

Рекомендуемое штатное расписание отделения

1.	Заведующий отделением, врач-кардиолог	1,0 ставка
2.	Врач-кардиолог	1 ставка на 15 коек плюс 4,75 ставки для обеспечения круглосуточной работы
3.	Врач анестезиолог-реаниматолог	5,14 ставки для обеспечения круглосуточной работы ПРИТ на 6 коек
4.	Медицинская сестра ПРИТ	7,75 ставки для обеспечения круглосуточной работы ПРИТ на 6 коек
5.	Старшая медицинская сестра	1,0 ставка
6.	Медицинская сестра палатная (постовая)	1 ставка на 15 коек плюс 4,75 ставки для обеспечения круглосуточной работы
7.	Медицинская сестра процедурная	2,0 ставки
8.	Сестра-хозяйка	1,0 ставка
9.	Санитарка	13,0 ставок, включая 4,75 ставки для обеспечения круглосуточной работы ПРИТ
10.	Врач реабилитолог,	0,5 ставки
11.	Врач лечебной физкультуры (их наличие требует от отделения лицензирования данного вида деятельности – может быть целесообразно их убрать ???)	0,5 ставки
12.	Врач ультразвуковой диагностики	0,5 ставки
13.	Врач функциональной диагностики	0,5 ставки

Критерии качества оказания помощи в стационарных условиях в соответствии с клиническими рекомендациями

№	Критерий	Уровни достоверности	Уровни убедительности доказательств
1	Тяжесть состояния, включая ЧСС, АД, ЧДД, оценена	I	C
2	Определено насыщение крови кислородом	I	C
3	Проведено рентгенологическое исследование органов грудной клетки в первые сутки госпитализации	I	C
4	Проведены контрольные рентгенологические исследования при наличии показаний	I	C
5	Проведены ЭхоКГ и контроль в случае необходимости	I	C
6	Оценивается динамика массы тела в течение госпитализации	I	C
7	Оценена динамика диуреза	I	C
8	Анализ крови биохимический: калий, натрий, глюкоза, креатинин	I	C
9	Назначены иАПФ (сартаны) в целевой или максимально переносимой дозе при наличии показаний и отсутствии противопоказаний	I	A
10	Назначены БАБ в целевой или максимально переносимой дозе при наличии показаний и отсутствии противопоказаний	I	A
11	Назначены АМКР в целевой или максимально переносимой дозе при наличии показаний и отсутствии противопоказаний	I	A
12	Назначены петлевые диуретики в дозировках, оттитрованных по динамике диуреза при наличии показаний и отсутствии противопоказаний	I	C
13	Назначены сердечные гликозиды при наличии показаний и отсутствии противопоказаний	IIa	C
14	Начата или продолжена терапия антикоагулянтами при наличии показаний	I	C
15	Оценены показания к интервенционным (ИКД, СРТ, аритмологическим вмешательства) и хирургическим методам лечения	I	A
16	Схема лечения и дозировки лекарственных препаратов основаны на эффективности и нежелательных эффектах терапии (неблагоприятная динамика СКФ, нарушения электролитного баланса, изменения параметров гемодинамики, величина диуреза)	I	C

Список литературы

1. Агеев Ф. Т., Мареев В. Ю., Середенина Е.М., Беленков Ю. Н. Перспективы внедрения специализированных форм активного амбулаторного ведения больных с сердечной недостаточностью: структура, методика и предварительные результаты Российской программы «ШАНС». Журнал сердечная недостаточность. 2004;5 (6):268–271
2. Ощепкова Е.В., Лазарева Н.В., Сатлыкова Д.Ф., Терещенко С.Н. Создание в Российской Федерации регистра для оценки степени выполнения врачами рекомендаций по диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности. Терапевтический архив. – 2014. – Т.86. - №1. – С.66-70.
3. Ощепкова Е.В., Лазарева Н.В., Салтыкова Д.Ф., Терещенко С.Н. Первые Результаты Российского регистра ХСН Кардиология. 2015.- №5. - С. 22 - 28
4. European Society of Cardiology – Acute Cardiovascular Care Association position paper on safe discharge of acute heart failure patients from the emergency department. Eur Heart J: Acute Cardiovas Care 2016; DOI: 10.1177/2048872616633853.
5. Contemporary management of acute right ventricular failure: a statement from the Heart Failure Association and the Working Group on Pulmonary Circulation and Right Ventricular Function of the European Society of Cardiology. European J Heart Fail 2016; 18: 226–241.
6. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur Heart J 2016; 37: 2129–200. DOI:10.1093/eurheartj/ehw128.
7. Рекомендации по назначению физических тренировок пациентам с хронической сердечной недостаточностью. Журнал Сердечная недостаточность. Том18,№1,2017г.
8. Клинические рекомендации ОССН –РКО –PHMOT. Сердечная недостаточность: хроническая (ХСН) и острая декомпенсированная (ОДСН). Диагностика, профилактика и лечение. Кардиология. 2018;58(S6). DOI: 10.18087 / cardio . 2475

БОЙЦОВ Сергей Анатольевич
ТЕРЕЩЕНКО Сергей Николаевич
ЖИРОВ Игорь Витальевич
АГЕЕВ Фаиль Таипович

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОКАЗАНИЯ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
БОЛЬНЫМ С ХРОНИЧЕСКОЙ
СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Подписано в печать 20.05.2020

Печ. л. 2.0

Заказ № 123

Формат 60×84 $\frac{1}{16}$

Тираж 100 экз

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБУ «НМИЦ кардиологии» Минздрава России
ул. 3-я Черепковская, 15а, Москва, 121552
Электронный адрес www.cardioweb.ru
E-mail: info@cardioweb.ru

Отпечатано в ФГБУ «НМИЦ кардиологии» Минздрава России
ул. 3-я Черепковская, 15а, Москва, 121552



ISBN 978-5-600-02704-6



9

785600

027046