**Образец клинического протокола: Хроническая сердечная**

**недостаточность (ХСН)**

**Таблица содержания**

**Список аббревиатур и сокращений 2**

**1. Клинические руководства 3**

**2. Постановка диагноза 4**

2.2.1 Диагностический алгоритм 5

2.2.2 Стандартные назначения для постановки диагноза 6

**2.3 Диагностические критерии 7**

**2.4 Классификация 7**

**3. Лечение 10**

**3.1 Стандартные назначения 10**

**3.2 Алгоритм лечения 11**

**3.3 Алгоритм титрования доз 14**

**4. Мониторинг 20**

**4.1 Карта наблюдения за пациентом ПУЗ 20**

**4.2 Регистры пациентов 22**

**5. Самоменеджмент 24**

5.1 Темы для обучения пациента 24

Таблица 12: Навыки пациента и программы поведения по самосохранению 24

5.2 План действий пациента 25

5.3 Образец Краткого плана действий 29

**Ссылки 31**

**проект от 23 октября 2015 г.**

**версия 1.10**

**Список аббревиатур и сокращений**

* ХСН Хроническая сердечная недостаточность
* КП Клинический протокол
* КР Клиническое руководство
* ЦС Центр стандартизации
* CSIH Canadian Society for International Health
* ПУЗ Программа управления заболеваниями
* ЕОК Европейское общество кардиологов
* РЦРЗ Республиканский центр развития здравоохранения
* МЗСР Министерство здравоохранения и социального развития
* NYHA Нью-Йоркская кардиологическая ассоциация

**1. Клинические руководства**

В нижеследующем клиническом руководстве описано клиническое доказательство, служащее основой данному клиническому протоколу:

***Стандарт:*** Руководства ЕОК по диагностированию и лечению острой и хронической сердечной недостаточности 2012 г: Рабочая группа по диагностированию и лечению острой и хронической сердечной недостаточности Европейского общества кардиологов 2012 г. Разработано в сотрудничестве с Ассоциацией сердечной недостаточности (HFA)ЕОК. Eur J Heart Fail. 2012 г.Aug;14(8):803-69.

Исправление к: ‘ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012’[Eur Heart J 2012;33:1787–1847, doi:10.1093/eurheartj/ehs104.

***Ожидания:*** Ожидается, что все терапевты и кардиологи будут:

* Читать клинические руководства в полном объеме
* Посещать сертифицированные обучающие сессии, по крайней мере, раз в три года
* Предоставлять сертификаты о посещении руководителю отдела контроля качества медицинской организации
* Сдавать экзамен в режиме онлайн на знание КР каждые три года

**2. Постановка диагноза**

Детали по постановке диагноза ХСН приведены в руководствах ЕОК, раздел 3: Определение и постановка диагноза, страницы 808-816.

**2.1 Классические признаки и симптомы ХСН**

Классические признаки и симптомы ХСН включены в таблицу 1.

**Таблица 1: Классические признаки и симптомы ХСН**

|  |  |
| --- | --- |
| **Симптомы**  | **Признаки** |
| ***Типичные*** | ***Более специфичные*** |
| Одышка | Повышенное давление в яремной вене |
| Ортопноэ | Гепатоюгулярный рефлюкс (набухание яремных вен при надавливании в правом подреберье) |
| Пароксизмальная ночная одышка  | Третий тон сердца (ритм галопа) |
| Пониженная переносимость физической нагрузки | Более латеральное расположение верхушечного толчка |
| Утомляемость, усталость, увеличение времени для восстановления после физической нагрузки | Сердечные шумы (дополнительные тоны сердца) |
| Отек голеней |  |
| ***Менее типичные***  | ***Менее специфичные*** |
| Ночной кашель | Периферические отеки (голеней, крестцовая область, область мошонки) |
| Хрип | Крепитация в легких |
| Увеличение веса (>2 кг/неделю)  | Уменьшение оксигенации и притупление перкуторного звука в нижних отделах легких (плевральный выпот) |
| Снижение веса (при прогрессирующей СН) | Тахикардия |
| Чувство вздутия живота | Аритмичный пульс |
| Снижение аппетита  | Тахипноэ (ЧДД>16 дыханий/мин) |
| Состояние замешательства (особенно у пожилых людей)  | Гепатомегалия |
| Депрессия | Асцит |
| Учащенное сердцебиение | Западение тканей (кахексия) |
| Синкопе |  |

Источник: Руководство ЕОК по острой и хронической сердечной недостаточности (Таблица 4, стр. 811). Дж. МакМюррей, С. Адамополус, С.Д. Анкер, А. Ауричио, М. Бом, К. Дикштайн и др. Руководства ЕОК по диагностике и лечению острой и хронической сердечной недостаточности 2012 г.: Рабочая группа по диагностике и лечению острой и хронической сердечной недостаточности 2012 г. Европейского общества кардиологов. Разработано в сотрудничестве с Ассцоциацией по сердечной недостаточности (АСН) ЕОК. Дж. Евр. Сердечная недостаточность. Август 2012 г.; 14(8):803-69.1 Авторские права ЕКО 2013 г. Перепечатано с материалов ЕОК.\*\*\*\*\*В ОЖИДАНИИ РАЗРЕШЕНИЯ

**Ожидания:** Ожидается, что терапевты и кардиологи будут выявлять подозрение на ХСН у пациентов с классическими симптомами и назначать обследования для подтверждения диагноза (см. п. 2.3 ниже).

**2.2.1 Диагностический алгоритм**

Нижеследующий алгоритм может использоваться для подтверждения диагноза, основанного на признаках и симптомах, описанных в п. 2.1 при подозрении у пациента на ХСН.

**Схема 1: Алгоритм диагностики сердечной недостаточности**

Источник: Руководство провинции Британская Колумбия**.** Консультативный совет по руководствам и протоколам, Комиссия по медицинским услугам Британской Колумбии. Уход при хронической недостаточности - Руководство 2008 г. [процитировано 11 мая, 2015г.].**2** Доступно на сайте: [httpHYPERLINK "http://www.bcguidelines.ca/"://HYPERLINK "http://www.bcguidelines.ca/"wwwHYPERLINK "http://www.bcguidelines.ca/".HYPERLINK "http://www.bcguidelines.ca/"bcguidelinesHYPERLINK "http://www.bcguidelines.ca/".HYPERLINK "http://www.bcguidelines.ca/"ca](http://www.bcguidelines.ca/). Авторские права2008 г. Консультативный совет по руководствам и протоколам, Комиссия по медицинским услугам Британской Колумбии. Перепечатано с разрешения Консультативного совета по руководствам и протоколам, Комиссии по медицинским услугам Британской Колумбии для воспроизведения и распространения до 31 октября, 2015.  CSIH подтверждает, что Британская Колумбия является и будет владельцем прав интеллектуальной собственности данного материала и переведенной версии. Британская Колумбия сохраняет полные права по использованию, воспроизведению и распространению копий данного материала и переведенной версии при любым образом и в случае, когда Британская Колумбия может распоряжаться ими по своему усмотрению.

**2.2.2 Стандартные назначения для постановки диагноза**

Данный выше алгоритм также может быть указан в формате «стандартных назначений» для постановки диагноза:

**Оценка (помимо просмотра полной истории болезни пациента и физического обследования)2**

* Оценить степень обезвоживания, факторы риска, сопутствующие заболевания; определить класс NYHA (см. п.2.4: классификация).
* Лабораторные исследования: общий анализ крови; уровень сывороточного альбумина, АСТ, определение уровня креатинина, скорость клубочковой фильтрации, уровень электролитов, уровень глюкозы крови натощак, уровень липидов, тиреотропин; ЭКГ; общий анализ мочи, тест на микроальбуминурию (показатель базовой эндотелиальной дисфункции); анализ на уровень сывороточного натрийуретического пептида типа В при наличии доступа к данному исследования и в случае неясного диагноза.
* Рентгенорадиологические исследования: рентгенография органов грудной клетки; трансторакальная эхокардиография *(радионуклидная вентрикулография приемлема, но менее желательна).*
* Если диагноз неясен, рассмотрите назначение пробного лечения и/или направление к узкому специалисту.

**Ожидания:** Врачи терапевты и кардиологи могут использовать вышеприведенный алгоритм и стандартные направления для помощи в постановке диагноза. Инструменты представлены только в качестве руководств, а врачи могут вносить в них свои изменения на основе собственного клинического решения. Тем не менее, все пациенты, с впервые диагностированным ХСН, к моменту постановки диагноза, должны иметь результаты следующих лабораторных исследований:

* Уровень электролитов, уровень креатинина и скорость клубочковой фильтрации, уровень глюкозы крови натощак, печеночные пробы (АСТ, уровень общего белка)
* Общий анализ крови
* Общий анализ мочи
* ЭКГ
* Рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях
* Фракция выброса по результатам эхокардиографии

**2.3 Диагностические критерии**

***Стандарт:*** Нижеследующая таблица приводит критерии для постановки диагноза «Cердечная недостаточность»:

**Таблица 2: Критерии диагностирования сердечной недостаточности**

|  |
| --- |
| Постановка диагноза СН со сниженной фракцией выброса должна отвечать трем условиям:  |
| 1. Типичные симптомы СН |
| 2. Типичные признаки СНa |
| 3. Сниженная фракция выброса левого желудочка |
| Постановка диагноза СН с сохраненной фракцией выброса должна отвечать четырем условиям: |
| 1. Типичные симптомы СН |
| 2. Типичные признаки СНa |
| 3. Нормальная или только наполовину сниженная фракция выброса левого желудочка, а левый желудочек не расширен |
| 4. Соответствующее структурное заболевание сердца (гипертрофия левого желудочка/ расширение левого предсердия) и/или диастолическая дисфункция (см. раздел 4.1.2 КР ЕОК) |

СН = сердечная недостаточность; СНСХФВ = сердечная недостаточность с сохраненной фракцией выброса; СНСНФВ = сердечная недостаточность со сниженной фракцией выброса; ЛП = левое предсердие; ЛЖ = левый желудочек; ФВЛЖ = фракция выброса левого желудочка.

aНа ранних стадиях СН признаки могут не проявляться (особенно в случае СН с сохраненной фракцией выброса), а также у стационарных пациентов, принимающих диуретики (см. раздел 3.6 ниже в руководстве ЕОК по ведению острой и хронической сердечной недостаточности).

Источник: Руководство ЕОК по острой и хронической сердечной недостаточности (стр. 809). Дж. МакМюррей, С. Адамополус, С.Д. Анкер, А. Ауричио, М. Бом, К. Дикштайн и др. Руководства ЕОК по диагностике и лечению острой и хронической сердечной недостаточности 2012 г.: Рабочая группа по диагностике и лечению острой и хронической сердечной недостаточности 2012 г. Европейского общества кардиологов. Разработано в сотрудничестве с Ассцоциацией по сердечной недостаточности (АСН) ЕОК. Дж. Евр. Сердечная недостаточность. Август 2012 г.; 14(8):803-69.1 Авторские права ЕКО 2013 г. Перепечатано с материалов ЕОК.\*\*\*\*\*В ОЖИДАНИИ РАЗРЕШЕНИЯ

**Ожидания:**Ожидается, что все врачи-терапевты и кардиологи будут документировать в амбулаторной карте соответствие критерий на момент постановки каждого нового диагноза.

**2.4 Классификация**

**Стандарт:** Определение точной классификации степени тяжести ХСН важно в связи с тем, что некоторые препараты рекомендуются только на определенных уровнях тяжести заболевания. Нижеприведенная функциональная классификация Нью-Йоркской кардиологической ассоциации основана на степени тяжести симптомов и уровне физической активности пациента (см. КР таблица 2, стр. 810.)1

**Таблица 3: функциональная классификация Нью-Йоркской кардиологической ассоциации**

|  |  |
| --- | --- |
| Функциональный класс 1 | Нет ограничения физической нагрузки. Обычная физическая активность не вызывает чрезмерной одышки, усталости, или учащенного сердцебиения. |
| Функциональный класс 2 | Незначительное ограничение физической активности. В состоянии покоя пациенты чувствуют себя комфортно (какие-либо патологические симптомы отсутствуют). Обычная физическая нагрузка вызывает усталость, одышку или учащенное сердцебиение. |
| Функциональный класс 3 | Значительное ограничение физической активности. Пациенты чувствуют себя комфортно только в состоянии покоя. Малейшие физические нагрузки приводят к появлению усталости, учащенного сердцебиения и чрезмерной одышке. |
| Функциональный класс 4 | Невозможность осуществлять любую физическую деятельность без ощущения дискомфорта. Симптомы сердечной недостаточности имеются в состоянии покоя. При любой физической деятельности, ощущение дискомфорта увеличивается. |

Источник: Руководство ЕОК по острой и хронической сердечной недостаточности (таблица 2, стр. 810). Дж. МакМюррей, С. Адамополус, С.Д. Анкер, А. Ауричио, М. Бом, К. Дикштайн и др. Руководства ЕОК по диагностике и лечению острой и хронической сердечной недостаточности 2012 г.: Рабочая группа по диагностике и лечению острой и хронической сердечной недостаточности 2012 г. Европейского общества кардиологов. Разработано в сотрудничестве с Ассцоциацией по сердечной недостаточности (АСН) ЕОК. Дж. Евр. Сердечная недостаточность. Август 2012 г.; 14(8):803-69.1 Авторские права ЕКО 2013 г. Перепечатано с материалов ЕОК.\*\*\*\*\*В ОЖИДАНИИ РАЗРЕШЕНИЯ

**Ожидания:** В момент постановки диагнозавсе клиницисты должны документировать класс пациентов в соответствии с классификацией NYHA в амбулаторных картах, а также в картах наблюдения за пациентом по его хроническому заболеванию (см. ниже).При наличии изменений в статусе клиницисты должны обновить класс пациента в соответствии с классификацией NYHA и задокументировать изменение в карте наблюдения за пациентом по его хроническому заболеванию.

Клиницисты по желанию могут использовать Таблицу по подтверждению диагноза, приведенную ниже, для выполнения вышеуказанных требований по документации, критерии по которой соответствуют диагнозу классификации пациента.

**Таблица 4: ТАБЛИЦА ПО ПОДТВЕРЖДЕНИЮ ДИАГНОЗ А**

1. Поставьте галочку возле каждого симптома, имеющегося у пациента. (По крайней мере, один симптом необходим для постановки диагноза; один признак должен присутствовать, за исключением случаев очень ранней сердечной недостаточности).

|  |  |
| --- | --- |
| **Симптомы**  | **Признаки** |
| ***Типичные*** | ***Более специфичные*** |
| □ Одышка | □ Повышенное давление в яремной вене |
| □ Ортопноэ | □ Гепатоюгулярный рефлюкс (набухание яремных вен при надавливании в правом подреберье) |
| □ Пароксизмальная ночная одышка  | □ Третий тон сердца (ритм галопа) |
| □ Пониженная переносимость физической нагрузки | □ Более латеральное расположение верхушечного толчка |
| □ Утомляемость, усталость, увеличение времени для восстановления после физической нагрузки | □ Сердечные шумы (дополнительные тоны сердца) |
| □ Отек голеней |  |
| ***Менее типичные***  | ***Менее специфичные*** |
| □ Ночной кашель | □ Периферические отеки (голеней, крестцовая область, область мошонки) |
| □ Хрип | □ Крепитация в легких |
| □ Увеличение веса (>2 кг/неделю)  | □ Уменьшение оксигенации и притупление перкуторного звука в нижних отделах легких (плевральный выпот) |
| □ Снижение веса (при прогрессирующей СН) | □ Тахикардия |
| □ Чувство вздутия живота | □ Аритмичный пульс |
| □ Снижение аппетита  | □ Тахипноэ (ЧДД>16 дыханий/мин) |
| □ Состояние замешательства (особенно у пожилых людей)  | □ Гепатомегалия |
| □ Депрессия | □ Асцит |
| □ Учащенное сердцебиение | □ Западение тканей (кахексия) |
| □ Синкопе |  |

**Фракция выброса согласно эхокардиограмме: \_\_\_\_\_\_\_ (обязательна на момент постановки диагноза)**

**Классификация, исходя из функции левого желудочка (выберите одно):**

|  |  |
| --- | --- |
| □ **Сердечная недостаточность с уменьшенной фракцией выброса (ФВ < 40%)**  | □ **Сердечная недостаточность с сохраненной фракцией выброса** (ФВ>=40%; сопутствующее структурное заболевание сердца (гипертрофия левого желудочка/расширение левого предсердия) и/или диастолическая дисфункция согласно эхокардиограмме) |

**Классификация, исходя из уровня физической активности (выберите одно):**

|  |  |
| --- | --- |
| □ Функциональный класс 1 | Нет ограничения физической нагрузки. Обычная физическая активность не вызывает чрезмерной одышки, усталости, или учащенного сердцебиения. |
| □ Функциональный класс 2 | Незначительное ограничение физической активности. В состоянии покоя пациенты чувствуют себя комфортно (какие-либо патологические симптомы отсутствуют). Обычная физическая нагрузка вызывает усталость, одышку или учащенное сердцебиение. |
| □ Функциональный класс 3 | Значительное ограничение физической активности. Пациенты чувствуют себя комфортно только в состоянии покоя. Малейшие физические нагрузки приводят к появлению усталости, учащенного сердцебиения и чрезмерной одышке. |
| □ Функциональный класс 4 | Невозможность осуществлять любую физическую деятельность без ощущения дискомфорта. Симптомы сердечной недостаточности имеются в состоянии покоя. При любой физической деятельности, ощущение дискомфорта увеличивается. |

**3. Лечение**

Для более подробного описания в клиническом руководстве, см.:

* Глава 7: Медикаментозное лечение сердечной недостаточности со сниженной фракцией выброса (систолическая сердечная недостаточность) стр. 820-827
* Глава 8: Медикаментозное лечение сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса (диастолическая сердечная недостаточность), стр. 828
* Глава 9: Безоперационный метод лечения сердечной недостаточности со сниженной фракцией выброса (систолическая сердечная недостаточность), стр. 829-831
* Глава 10: Аритмия, брадикардия и атриовентрикулярная блокада у пациентов с сердечной недостаточностью со сниженной фракцией выброса и сердечной недостаточность с сохраненной фракцией выброса, стр. 832-836
* Глава 11: Важность и управление сопутствующих заболеваний при сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса, стр. 827-851

**3.1 Стандартные назначения**

На начальных этапах терапии стандартные назначения могут включать в себя следующее:

* Направить пациента в Школу здорового образа жизни для прохождения обучения.
* Спросить у пациента может ли он определить представителя, кто мог бы принимать решения в случае его недееспособности.
* Попросить пациента заполнить документ в скором времени с последующими пожеланиями касательно мер, (например, проведения реанимационных мероприятий или жизненно необходимых вмешательств в случае ухудшения его состояния).
* Назначить пневмококковую вакцину (см.: Руководство ЕОК по ведению острой и хронической сердечной недостаточности, таблица 27, стр. 852).
* Назначить вакцину против гриппа (см.: Руководство ЕОК по ведению острой и хронической сердечной недостаточности, таблица 27, стр. 852).
* При наличии у пациента статуса курильщика предложить ему никотин замещающую терапию и/или консультацию по отказу от курения (см.: Руководство ЕОК по ведению острой и хронической сердечной недостаточности, таблица 27, стр. 852).

**3.2 Алгоритм лечения**

**Медикаментозное управление2** (Примечание: алгоритм уже имеется на русском языке)

Описанные ниже алгоритмы могут помочь врачам выбрать наиболее подходящий препарат для лечения пациента на основе таких факторов, как уровень симптомов, тяжесть заболевания и другие ассоциированные (сопутствующие) клинические состояния.

**Схема 2: Алгоритм лечения, взятый из руководства ЕОК (схема 2, стр. 821)1**

 **+**

a В случае необходимости для облегчения признаков и симптомов застоя можно использовать диуретики (см раздел 7.5), но назначение диуретиков не показало снижение случаев госпитализации или смерти.

b Следует титровать до достижения доказательно-обоснованной дозы или максимально переносимой дозы ниже уровня доказательно-обоснованной дозы.

c Пациенты с отсутствием симптомов с фракцией выброса левого желудочка ≤35% и фактом инфаркта миокарда в истории болезни должны быть рассмотрены в МКБ.

d При непереносимости антагониста рецептора минералокортикоидов можно к ингибитору АПФ добавить прием БРА в качестве альтернативы.

e Европейское агентство по лекарственным средствам подтвердило использование препарата ивабрадин для пациентов с ЧСС ≥75 уд в минуту. Данный препарат можно также рассматривать для пациентов с противопоказаниями или непереносимости к бета-блокаторам.

f В разделе 9.2 см. детали такие как, различие показателей в соответствии с сердечным ритмом, функциональным классом NYHA, продолжительностью зубцов ЭКГ, строением зубцов ЭКГ и ФВЛЖ (фракция выброса левого желудочка).

g Не обозначен в функциональном классе 4 классификации NYHA.

h Назначение препарата дигоксина может быть использовано на раннем этапе как правило, в сочетании с бета-блокаторами, для контроля желудочкового ритма у пациентов с мерцательной аритмией,

Сочетание гидралазина и изосорбида динитрата может быть также рассмотрено на ранних этапах для пациентов, не способных переносить ингибитор АПФ или БРА.

Источник: Руководство ЕОК по острой и хронической сердечной недостаточности (рисунок 2, стр. 821). ). Дж. МакМюррей, С. Адамополус, С.Д. Анкер, А. Ауричио, М. Бом, К. Дикштайн и др. Руководства ЕОК по диагностике и лечению острой и хронической сердечной недостаточности 2012 г.: Рабочая группа по диагностике и лечению острой и хронической сердечной недостаточности 2012 г. Европейского общества кардиологов. Разработано в сотрудничестве с Ассцоциацией по сердечной недостаточности (АСН) ЕОК. Дж. Евр. Сердечная недостаточность. Август 2012 г.; 14(8):803-69.1 Авторские права ЕКО 2013 г. Перепечатано с материалов ЕОК.\*\*\*\*\*В ОЖИДАНИИ РАЗРЕШЕНИЯ

Таблица ниже описывает категории препаратов. Для большей информации, нижеследующая таблица содержит список препаратов, описанных в руководстве ЕОК.

**Таблица 5: Препараты, используемые при ведении ХСН**

|  |  |
| --- | --- |
| Ингибиторы АПФ  | Каптоприл, Эналаприл, Лизиноприл, Рамиприл, Трандолаприл  |
| Бета-блокаторы  | Бисопролол, Карведилол, Метопролол сукцинат, Небиволол  |
| БРА | Кандесартан, Валсартан, Лозартан  |
| Антогонисты минералокортикоидных рецепторов | Эплеренон, Спиронолактон |

Источник: ESC Guidelines, Таблица 14.

**Ожидания:** Ожидается, что для принятия наилучшего клинического решения во время лечения пациента терапевты и кардиологи будут следовать приведенному выше алгоритму. Некоторые пациенты проявляют непереносимость определенных рекомендуемых процедур в связи с побочными эффектами, аллергией или другими противопоказаниями. В таких случаях, врач должен задокументировать причины, по которым рекомендованное лечение не было назначено, в амбулаторной карте пациента.

Во время каждого визита пациента врачи должны документировать текущие лекарственные средства, назначенные пациенту для лечения ХСН, а также текущие дозы лекарства в карте наблюдения за пациентом по ведению ХСН (см. п. 4.1 ниже). Данная процедура облегчит процесс проверки амбулаторной карты пациента на назначение ему правильных препаратов.

Министерство здравоохранения и социального развития уже утвердило первоначальный набор индикаторов ПУЗ в пилотных регионах, в рамках которого проводится мониторинг объема предоставления наиболее важных препаратов, описанных в вышеуказанных алгоритмах. Данные индикаторы включают в себя:

**Таблица 6: Индикаторы Хронической сердечной недостаточности для ПУЗ**

|  |
| --- |
| % пациентов с **хронической сердечной недостаточностью** с дисфункцией левого желудочка (фракция выброса <40% на эхокардиограмме) принимающие ингибиторы АПФ или БРА  |
| % пациентов с **хронической сердечной недостаточностью** с дисфункцией левого желудочка (фракция выброса <40% на эхокардиограмме), принимающие бета-блокаторы |
| % пациентов с **хронической сердечной недостаточностью** с дисфункцией левого желудочка (фракция выброса <35% на эхокардиограмме) и относящиеся к функциональным классам 2-4 по классификации NYHA, принимающие спиронолактон  |

Ожидается, что поликлиники будут осуществлять процесс сбора данных по данным индикаторам на постоянной основе, а также предоставлять врачам в индивидуальном порядке регулярные отчеты по достигнутым ими результатам по данным индикаторам. (Данная рекомендация может применяться только к врачам, участвующим в проекте ПУЗ, или к тем, у кого имеется электронная медицинская карта, позволяющая собирать и докладывать данную информацию).

**3.3 Алгоритм титрования доз**

Алгоритмы титрования доз могут помочь поставщикам вносить коррективы в дозы препаратов. Во многих случаях, процесс корректировки доз должен осуществляться медленно и основываться на симптомах, результатах лабораторных данных или физических измерений, таких как вес или уровень артериального давления. В Таблице 7 ниже приведен пример для проведения начальной корректировки доз бета-блокаторов при ХСН.4

Еще одной областью, требующей тщательного титрования дозы, является уровень диуретиков. Важно чтобы пациенты контролировали свой вес каждый день, и информировать о любых резких изменениях медицинских работников. Внезапное увеличение может указывать на необходимость увеличения дозы диуретика временно или на неопределенный срок.

На схеме 3 ниже показан предложенный алгоритм по титрации дозы диуретиков. Таблица 8 – это дневник наблюдений пациента, который может быть использован совместно с алгоритмом титрации доз. Дневник наблюдений позволяет пациенту вести ежедневные записи своего веса, включая план действий или конкретные рекомендации о том, когда пациент должен сообщать о любых отклонениях в весе и куда ему следует обращаться. Таблица 9 – это a журнал медработника, который врач или медсестра могут использовать для документирования корректировок доз, проведенных в разные даты.

**Таблица 7: Начальная корректировка дозы бета-блокаторов при ХСН**

|  |  |
| --- | --- |
| **Стандартный протокол: Начните с низкой дозы и медленно продвигайтесь далее, проводите последующее наблюдение каждые 2 недели**  | **Модифицированный протокол: Начните с низкой дозы и медленно продвигайтесь далее, проводите последующее наблюдение каждые 4 недели**  |
| **Бисопролол:**1. Бисопролол: 1.25 мг один раз в сутки,в течение 2-х недель2. Бисопролол: 2.5 мг один раз в сутки,в течение 2-х недель3. Бисопролол: 5.0 мг один раз в сутки, в течение 2-х недель4. Титровать до 10 мг один раз в сутки, при допустимом уровне сердечного ритма, артериального давления и сердечной недостаточности**Карведилол:**1. Карведилол 3.125 мг, два раза в сутки, в течение 2-х недель2. Карведилол 6.25 мг, два раза в сутки,в течение 2-х недель3. Карведилол 12.5 мг, два раза в сутки, в течение 2-х недель4. Карведилол 25 мг, два раза в сутки, в течение 2-х недель5. Титровать до 50 мг, два раза в сутки,при весе > 85 кг, а также при допустимом уровне сердечного ритма, артериального давления и сердечной недостаточности**Метопролол (сукцинат):**1. Метопролол 12.5 мг, два раза в сутки2. Метопролол 25 мг, два раза в сутки3. Метопролол, 50 мг, два раза в сутки4. Продолжать повышение дозы до 75 мг, два раза в сутки при допустимом уровне сердечного ритма, артериального давления и сердечной недостаточности**Корректировка сопутствующих препаратов:**Головокружение 1) C@>25=L 48C@5B8:>2 2) ?@85< 15B0-1;>:0B>@>2 Ухудшение состояния хронической недостаточности* C@>25=L 48C@5B8:>2
* ?@85< 15B0-1;>:0B>@>2
* прекратить прием бета-блокаторов

Брадикардия < 50 количество ударов в минуту1) ?@85< 15B0-1;>:0B>@>22) снизить уровень бета-блокаторов  | **Бисопролол:** 1. Бисопролол 1.25 мг, один раз в два дня, в течение 2-х недель2. Бисопролол: 1.25 мг один раз в сутки,в течение 2-х недель3. Бисопролол: 2.5 мг один раз в сутки,в течение 2-х недель4. Бисопролол: 5.0 мг один раз в сутки, в течение 2-х недель5. Титровать до 10 мг один раз в сутки, при допустимом уровне сердечного ритма, артериального давления и сердечной недостаточности**Карведилол:** 1. Карведилол 3.125 мг, один раз в сутки,в течение одной недели2. Карведилол 3.125 мг, два раза в сутки,в течение одной недели3. Карведилол 3.125 мг, три раза в сутки,в течение одной недели4. Карведилол 6.25 мг два раза в сутки, в течение 2-х недель5. Карведилол 6.25 мг, три раза в сутки,в течение 2-х недель6. Карведилол 12.5 мг два раза в сутки, в течение 2-х недель7. Карведилол 12.5 мг три раза в сутки, в течение 2-х недель8. Карведилол 25 мг, два раза в сутки9. Титровать дозу до 50 мг, два разав сутки при весе > 85 кг, а также при допустимом уровне сердечного ритма, артериального давления и сердечной недостаточности**Метропролол (сукцинат):**1. Меторопролол 12. 5 мг, один раз в день, в течение 2-х недель2. Меторопролол 12. 5 мг, два раза в день, в течение 2-х недель3. Меторопролол 12. 5 мг, три раза в день, в течение 2-х недель4. Меторопролол 25 мг, два раза в день, в течение 4-х недель5. Меторопролол 25 мг, три раза в день, в течение 4-х недель6. Метопропролол 50 мг, три раза в день, в течение 4-х недель7. Продолжить повышение дозы до 75 мг, два раза в день, при допустимом уровне сердечного ритма, артериального давления и сердечной недостаточности**Корректировка сопутствующих препаратов:**Головокружение 1) C@>25=L 48C@5B8:>2 2) ?@85< 15B0-1;>:0B>@>2 Ухудшение состояния хронической недостаточности* C@>25=L 48C@5B8:>2
* ?@85< 15B0-1;>:0B>@>2
* прекратить прием бета-блокаторов

Брадикардия < 50 количество ударов в минуту1) ?@85< 15B0-1;>:0B>@>22) снизить уровень бета-блокаторов |

Источник: Continuing Medical Implementation Inc. and the Ottawa Cardiovascular Centre.4 Copyright

© Continuing Medical Implementation Inc. July 2004 Отказ от ответственности: Материалы и информация, предоставленные в этом руководстве, предназначены только для образовательных и информационных целей и не предназначены для замены или приравнивания к оказанию медицинской консультации. Continuing Medical Implementation Inc. и the Ottawa Cardiovascular Centre не несут и настоящим отказывается от любой ответственности перед любым лицом или организацией за любые претензии, ответственности за несение убытков, или другие потери в результате любого использования или ссылки на данную информацию.

 

Источник: «Скользящая шкала» при пероральном приеме фуросемида в ведении сердечной недостаточности (СН) - Идеи образцов дозирования для управления пациентов с СН, либо для пациентов со стабильной сердечной недостаточностью. RxFiles.ca6

Отказ от ответственности: Пожалуйста, обратите внимание, что RxFiles является адаптированным на русский язык/ русской версией доказательства.

**Таблица 8: Образец дневника наблюдения**

ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Месяц: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Целевой вес: \_\_\_\_\_\_\_

Контактное лицо в поликлинике и телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Инструкции**

1. Записывайте свой вес каждое утро, после мочеиспускания и перед завтраком, во время измерения веса одевайте минимальное количество одежды. Документируйте любые необычные симптомы.

2. Обратитесь в свою поликлинику при увеличении веса (более 2 кг в течение трех дней), либо при наличии тревожных симптомов (например, затрудненное дыхание или отеки ног), и в колонке "Обратился в поликлинику" поставьте отметку. Записывайте любые инструкции по дальнейшим действиям, полученные в поликлинике. (Например, в поликлинике вас могут попросить добавить препарат или увеличить дозировку.)

3 Продолжайте вести дневник наблюдения и принесите его с собой во время следующего приема.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **День** | **Вес** | **Симптомы** | **Обратился в поликлинику?** | **Особые инструкции, полученные в поликлинике** |
| 1 |   |   | □ |   |
| 2 |   |   | □ |   |
| 3 |   |   | □ |   |
| 4 |   |   | □ |   |
| 5 |   |   | □ |   |
| 6 |   |   | □ |   |
| 7 |   |   | □ |   |
| 8 |   |   | □ |   |
| 9 |   |   | □ |   |
| 10 |   |   | □ |   |
| 11 |   |   | □ |   |
| 12 |   |   | □ |   |
| 13 |   |   | □ |   |
| 14 |   |   | □ |   |
| 15 |   |   | □ |   |
| 16 |   |   | □ |   |
| 17 |   |   | □ |   |
| 18 |   |   | □ |   |
| 19 |   |   | □ |   |
| 20 |   |   | □ |   |
| 21 |   |   | □ |   |

Источник: подготовлено консультантами CSIH

**Таблица 8: Образец журнала звонков**

**ЖУРНАЛ ЗВОНКОВ ДЛЯ ТИТРАЦИИ ДОЗ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

Пациент: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Идеальный вес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата звонка** (день-месяц-год) | **Вес** | **Симптомы и признаки** | **Инструкции для пациента** (например, корректировка режима дозирования диуретиков и других препаратов, потребления жидкостей или ограничений, и т.д., а также предложенный пациенту последующий прием (например, прием в поликлинике, последующий прием по телефону, и т.д.)  | **Подпись поставщика** |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |

Источник: подготовлено консультантами CSIH

**Ожидания** Врачи должны проинформировать всех пациентов с ХСН с функциональными классами от 2 до 4 о том, что является их "идеальным весом" в условиях правильного баланса жидкости; также врачи должны рекомендовать пациентам измерять свой вес ежедневно; а также предоставить пациентам контактный телефон в поликлинике, по которому они могут позвонить в случае внезапных изменений веса. Пациентов необходимо обеспечить дневниками наблюдения для ведения записей по ежедневному показателю веса. Можно использовать приведенный выше пример дневника наблюдения за показателями веса; или, поликлиники могут разработать свой собственный вариант дневника наблюдения. Врачам необходимо сохранять копию, по крайней мере, одного листа из дневника наблюдения пациента в его амбулаторной карте для документального подтверждения передачи инструкций по контролю веса и определения идеального веса. Поликлиники могут также разработать и вести журнал звонков для проведения титрования доз в целях документирования всех изменений в препаратах, основываясь на показателе веса пациента. Поликлиники могут воспользоваться образцом журнала звонков, изложенным выше или внести незначительные изменения в зависимости от конкретных обстоятельств.

**4. Мониторинг**

**4.1 Карта наблюдения за пациентом ПУЗ**

Карта наблюдения за пациентами по управлению хроническим заболеванием является наиболее важным практическим инструментом. Карты наблюдения позволяют отслеживать уровень соблюдения наилучших практик в поликлинике во время каждого визита пациента.

Ожидания: всем поликлиникам в Казахстане необходимо использовать стандартные карты наблюдения за пациентами по ХСН и соответственно обновлять их. Последующие визиты пациента должны назначаться регулярно, по крайней мере, раз в три месяца или раз в шесть месяцев для клинически стабильных пациентов. Медицинская организация должна демонстрировать использование всех обоснованных методов назначения последующих визитов пациента. Информацию о пациенте, включая уровень артериального давления, вес, результаты последних лабораторных анализов (например, на уровень электролитов и рСКФ), а также последние данные по классу согласно NYHA, необходимо документировать во время каждого визита пациента. Ежегодные показатели (например, прививки от гриппа, статус курения) также должны документироваться.

**Схема 4: Образец карты наблюдения за пациентом**



Версия: от 11 сентября, 2015. Источник: Руководство по медицинскому уходу при сердечной недостаточности Британской Колумбии. Консультативный совет по руководствам и протоколам, Комиссия по медицинским услугам Британской Колумбии. Уход при хронической недостаточности - Руководство 2008 г. [процитировано 11 мая, 2015г.].**2** Доступно на сайте: [httpHYPERLINK "http://www.bcguidelines.ca/"://HYPERLINK "http://www.bcguidelines.ca/"wwwHYPERLINK "http://www.bcguidelines.ca/".HYPERLINK "http://www.bcguidelines.ca/"bcguidelinesHYPERLINK "http://www.bcguidelines.ca/".HYPERLINK "http://www.bcguidelines.ca/"ca](http://www.bcguidelines.ca/). Авторские права2008 г. Консультативный совет по руководствам и протоколам, Комиссия по медицинским услугам Британской Колумбии. Перепечатано с разрешения Консультативного совета по руководствам и протоколам, Комиссии по медицинским услугам Британской Колумбии для воспроизведения и распространения до 31 октября, 2015.  CSIH подтверждает, что Британская Колумбия является и будет владельцем прав интеллектуальной собственности данного материала и переведенной версии. Британская Колумбия сохраняет полные прав по использованию, воспроизведению и распространению копий данного материала и переведенной версии при любым образом и в случае когда Британская Колумбия может распоряжаться ими по своему усмотрению.

**4.2 Регистры пациентов**

Поликлиники должны вести регистр всех пациентов с ХСН с указанием данных, приведенных ниже, что необходимо для расчета индикаторов измерения качества медицинского обслуживания.

**Таблица 10: Образец регистра**



Источник: подготовлено консультантами CSIH

**Ожидание:** все поликлиники должны соответственно обновлять данные списки регистров

* Вносить данные в Карту наблюдения после каждого приема пациента по ХСН
* Сохранять архивированную копию регистра в конце каждого месяца
* Использовать регистр для выявления пациентов, которые должны прийти на прием. Список пациентов для обзвона внутри вкладок регистра включает пациентов, которые не явились в срок на анализы и прием; данных пациентов следует использовать регулярно. В списке для обзвона также определены пациенты, которые находятся под хорошим, недостаточным или плохим контролем. Хорошо контролируемые пациенты должны посещать врача каждые 6 месяцев; недостаточно контролируемые пациенты, по крайней мере, каждые 3 месяца; и плохо контролируемые пациенты, по крайней мере, ежемесячно. По усмотрению врача, данные временные интервалы можно сократить, если у пациента есть сопутствующие заболевания или осложнения.

**Таблица 11: Список для обзвона**



Источник: подготовлено консультантами CSIH.

**5. Самоменеджмент**

**5.1 Темы для обучения пациента**

Нижеследующая таблица, взятая из руководства ЕОК по ХСН (стр. 853) описывает темы, которые необходимо включить в программу обучения пациента.

**Таблица 12: Навыки пациента и программы поведения по самосохранению**

|  |  |
| --- | --- |
| **Обучающая тема** | **Навыки пациента и поведение по самосохранению** |
| **Определение и этиология** | Понимать причины возникновения сердечной недостаточности и ее симптомов |
| **Прогнозы** | Понимать важные прогностические факторы и принимать достаточно объективные решения |
| **Контроль симптомов и самосохранение** | Наблюдать и уметь выявлять признаки и симптомы  |
| Вести ежедневные записи показателей веса и уметь выявлять быстрое прибавление в весе |
| Знать, как и когда информировать поставщика медицинских услуг |
| В случае усиления одышки, отека или внезапного и необъяснимого увеличения веса более, чем на 2 кг в течение трех дней, пациенты могут увеличить дозу диуретиков и/или оповестить поставщиков медицинских услуг |
| В случае необходимости и рекомендации проводить диуретическую терапию в гибком режиме после получения соответствующего обучения и предоставления подробных инструкций |
| **Медикаментозное лечение** | Понимать показания к применению, дозирование и эффекты от препаратов |
| Понимать стандартные побочные эффекты каждого предписанного препарата  |
| **Соблюдение рекомендаций** | Понимание важности следования рекомендациям по лечению и создание мотивации по следованию плана лечения |
| Ограничение употребления натрия может помочь в контроле симптомов и признаков застоя у пациентов с симптоматической сердечной недостаточностью функциональных классов 3 и 4 |
| **Режим питания** | Избегать чрезмерного употребления жидкости: ограничение в употреблении жидкости до 1.5-2 л в день можно рассматривать для пациентов с тяжелой степенью сердечной недостаточности для облегчения симптомов и застоя. Ограничение в потреблении гипотонических жидкостей может привести к улучшению в состоянии гипонатриемии. Рутинное ограничение в потреблении жидкостей у всех пациентов, начиная от пациентов со слабо выраженными симптомами до пациентов с умеренными симптомами, является не эффективной процедурой. Ограничение в потреблении жидкостей на основе веса (30 мл/кг веса тела, 35 мл/кг если вес тела > 85 кг) может вызывать меньшее чувство жажды.  |
| Контролировать и предотвращать недостаточность или нарушение питания.  |
| Принимать здоровую пищу и поддерживать здоровый вес (см. Раздел 11) |
| **Употребление алкогольных напитков** | Умеренное употребление алкогольных напитков: пациентам с кардиомиопатией, вызванной алкоголем, рекомендуется воздерживаться от употребления алкоголя. В любых других случаях применяются стандартные руководства по потреблению алкоголя (две единицы в день для мужчин, и одна единица в день для женщин). Одна единица равняется 10 мл чистого алкоголя (например, 1 бокал вина, 250 мл пива, 1 доза крепкого спиртного напитка)  |
| **Курение и наркотики** | Отказаться от курения и/или принятия запрещенных веществ (наркотиков) |
| **Физические упражнения** | Осознавать пользу от выполнения физических упражнений |
| Выполнять физические упражнения регулярно |
| Чувствовать себя комфортно и непринужденно во время физической активности |
| **Путешествия и досуг** | Подготавливать мероприятия по путешествиям и досугу, учитывая физические возможности |
| В путешествия брать с собой выписку из амбулаторной карты, текущие медицинские назначения и дополнительные медикаменты  |
| **Сексуальная активность** | Чувствовать себя спокойно по поводу вовлечения в сексуальную активность и обсуждать проблемы со специалистами здравоохранения. Стабильные пациенты могут вести обычную половую жизнь, которая не спровоцирует негативные (нежелательные) симптомы. Для лечения эректильной дисфункции см. Раздел 11.10.  |
| **Вакцинация** | Получать вакцину против гриппа и пневмококковую вакцину в соответствии с местными руководствами и практикой |
| **Сон и расстройство дыхания** | Осознавать необходимость правильного поведения, позволяющего снизить вес у пациентов, страдающих ожирением, полностью отказаться от курения и воздерживаться от употребления алкогольных напитков  |
| Изучать варианты лечения, если необходимо |
| **Философский аспект** | Понимать, что симптомы депрессии и спутанность сознания нередко встречаются у пациентов с сердечной недостаточностью, а также понимать важность социальной поддержки |
| Изучать варианты лечения если необходимо |

Источник: Руководство ЕОК по острой и хронической сердечной недостаточности (таблица 27, стр. 853). Дж. МакМюррей, С. Адамополус, С.Д. Анкер, А. Ауричио, М. Бом, К. Дикштайн и др. Руководства ЕОК по диагностике и лечению острой и хронической сердечной недостаточности 2012 г.: Рабочая группа по диагностике и лечению острой и хронической сердечной недостаточности 2012 г. Европейского общества кардиологов. Разработано в сотрудничестве с Ассцоциацией по сердечной недостаточности (АСН) ЕОК. Дж. Евр. Сердечная недостаточность. Август 2012 г.; 14(8):803-69.1 Авторские права ЕКО 2013 г. Перепечатано с материалов ЕОК.\*\*\*\*\*В ОЖИДАНИИ РАЗРЕШЕНИЯ

**Ожидания**

Поликлиники должны убедиться, что программа обучения в Школах здорового образа жизни охватывает вышеуказанные темы.

**5.2 План действий пациента**

Пациенты должны получать индивидуальный план по оказанию медицинского ухода при ХСН, кратко излагающий цели лечения, по изменениям в образе жизни, а также план экстренных действий на случай увеличения веса или развития тревожных симптомов. План должен быть персональным, принимая во внимание количество изменений, которые пациент может достичь в течение короткого периода времени.

**Ожидание:** Каждый пациент должен иметь индивидуальный план действий, обновляемый, по крайней мере, один раз в год. При значительном изменении ситуации пациента, врачам рекомендуется обновлять план чаще. Поликлиники могут применять форму, приведенную выше, или могут внести в нее небольшие изменения с целью решения определенных проблем в зависимости от обслуживаемых ими пациентов. Копия плана должна храниться в амбулаторной Карте пациента для аудита.

**Таблица 13: Индивидуальный план медицинского ухода при ХСН**

|  |
| --- |
| **Индивидуальный план медицинского ухода при ХСН**для: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата: \_\_/ \_\_\_/\_\_\_\_\_**Цели по контролю заболевания**Мой целевой вес: \_\_\_\_\_\_\_\_Мой целевой уровень артериального давления менее чем \_\_\_\_ / \_\_\_ и более чем\_\_\_\_ / \_\_\_Моя функция почек (рСКФ) должна быть менее чем: \_\_\_\_\_\_\_Мой целевой уровень холестерина ЛПНП: < \_\_\_\_\_\_\_\_**Изменения в образе жизни**Мой план физических упражнений: Упражнения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Частота выполнения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Объем выполнения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Рекомендуемые ограничения по употреблению алкогольных напитков: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Мой план по решению вопросов курения (при наличии данной проблемы): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Мой рекомендуемый режим питания включает:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **ПЛАН ДЛЯ ПОСЛЕДУЮЩЕГО ПРИЕМА:**Мне нужно измерять вес каждый день и записывать показатели в дневнике наблюдения за весом Мне нужно измерять артериальное давление каждые: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Мне нужно приходить для последующих приемов каждые: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Мне нужно сдавать анализы крови каждые: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Источник: подготовлено консультантами CSIH

**Таблица 14** **Индивидуальный план медицинского ухода при ХСН: часть 2: Что делать в разных ситуациях**

|  |  |
| --- | --- |
| Зеленая зона: Все понятно* Симптомы под контролем, без изменений:
* одышки, веса, отеков, снижения способности пациента в поддержании уровня физической активности
* Нет болей в груди
 | Зеленая зона означает:* Ваши симптомы находятся под контролем
* Продолжайте принимать препараты в предписанном режиме
* Продолжайте измерять вес каждые

 \_\_\_\_\_ дня* Не пропустите следующий прием в поликлинике
 |
| Желтая зона: ВниманиеЕсли у вас имеются следующие признаки и симптомы:* Усиленные кашель, отеки, одышка или головокружение
* Увеличилось количество подушек, требуемых для подъема головы в положении лежа
* Любые другие необычные признаки и симптомы, вызывающие беспокойство
* **Обратитесь к врачу, если вы находитесь в состоянии перехода в ЖЕЛТУЮ зону**
 | Желтая зона означает:* **Обратитесь к врачу или медсестре** Возможно вам нужно скорректировать дозы препаратов

 ФИО:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Инструкции: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Красная зона: Клинические признакиЕсли у вас имеются любые из этих симптомов:* Увеличение или снижение веса более чем на 2.5 кг в течение двух дней
* Сильная одышка: одышка в состоянии покоя
* Боль в груди, не прекращающаяся после принятия 3 доз нитроглицерина
* Потребность во сне в сидячем положении
* Спутанность сознания
* **Обратитесь к врачу немедленно**
 | Красная зона означает:* **Немедленно обратитесь к врачу или в ближайшее отделение скорой помощи.**

Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Источник: подготовлено консультантами CSIH адаптацией материалов организации Health & Home Care6 и Area Agency on Aging for Seattle and King County.

[http://www.homecarenyc.org/docs/HomeCareExtranet/docs/Clinical\_Resources/CHF TOOL (3).pdf](http://www.homecarenyc.org/docs/HomeCareExtranet/docs/Clinical_Resources/CHF%20TOOL%20%283%29.pdf)

[www.agingkingcounty.org/improve-health-care/docs/CT\_CHF\_Flags\_PHR.pdf](http://www.agingkingcounty.org/improve-health-care/docs/CT_CHF_Flags_PHR.pdf)

**Индивидуальный план действий, часть 3: Руководство по выполнению**

Несмотря на то, что план должен быть подстроен под пациента, нижеследующие показатели являются установленными по умолчанию для каждого из вышеуказанных пунктов. Врач может отклоняться от данных значений, принимая за основу самочувствие пациента, что является для него более важным.

Мой целевой уровень артериального давления: 140/90 (если возраст пациента <80 лет) и 160/90 (80+ лет)

Мой целевой показатель веса: вес, во время которого у пациента наблюдается хороший баланс жидкости.

Физические упражнения: При стабильной сердечной недостаточности, постараться регулярно заниматься аэробными (цель 30-45 минут в дни занятий) и анаэробными упражнениями (упражнения на сопротивление).

Курение: целью должен быть полный отказ от курения; рассмотрите назначение никотин замещающей или лекарственной терапии.

Рекомендации по употреблению алкогольных напитков: не более 2-х алкогольных напитков в день (для мужчин) или 1 в день (для женщин), где 1 алкогольный напиток = 150 мл вина, 350 мл пива, или 50 мл смешанного напитка (см. руководство ЕОК, таблица 27, стр.853).

Рекомендованный рацион питания:

* Низко солевая диета. Цель 2-3 г натрия/день.
* Потребление жидкостей: При гипонатриемии или при задержке жидкости тяжелой степени, ограничить до 1.5 – 2 л/день, или 6 - 8 чашек/день, включая замороженные продукты питания и фрукты. При ХСН легкой формы ограничение в жидкостях не обязательно. Мониторинг артериального давления должен быть, адаптирован к условиям пациента.

Последующие приемы – последующие приемы должны проходить каждые три месяца или каждые 6 месяцев для стабильных пациентов со слабо выраженными симптомами. Для более сложных пациентов врачи могут назначить более частые последующие приемы.

Анализы крови – тот же принцип, как и для последующих приемов.

**5.3 Образец Краткого плана действий**

Пациентам с ХСН должна быть предложена поддержка самоменеджмента. Медицинский работник, прошедший обучение в по самоменеджменту, должен регулярно встречаться с пациентами для оказания помощи в разработке краткого плана действий, что является показателем конкретного улучшения в жизни, которое пациент желал бы достичь в ближайшем будущем. Нижеследующий образец может быть использован для направления пациента в разработке каждого плана действий.

**Ожидание:** Поставщики медицинских услуг, обученные поддержке самоменеджмента, которые предлагают эту услугу пациентам, должны использовать стандартную форму Краткого плана действий для его документирования. Пациент должен иметь при себе основную копию этого плана, и еще одну копию следует хранить в амбулаторной карте пациента. В целях аудита наличие нескольких кратких планов действий у пациентов продемонстрирует факт оказания поддержки самоменеджмента надлежащим образом.

**Таблица 15: Шаблон краткого плана действий**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Моя цель по улучшению здоровья и поддержанию хорошего самочувствия:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**1) Составить план действий:**Есть ли то, что вы бы хотели сделать для вашего здоровья или поддержания хорошего самочувствия в течение следующих одной или двух недель? Если нет ничего, что вы бы хотели сделать для вашего здоровья или поддержания хорошего самочувствия прямо сейчас, вы, возможно, пожелаете рассмотреть это в будущем. Если да, то заполните следующие детали. Некоторые из них можно не рассматривать. Постарайтесь быть как можно конкретнее.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Мой план действий** | **Мои ответы** | **Комментарии** |
| **Что бы вы хотели сделать?** |  |  |
| **В чем/ где?**  |  |  |
| **Когда и как часто?** (В какой части дня вы будете это делать? Если более одного раза—как часто это будет происходить?):  |  |  |
| **Как долго и в каких объемах?** (минуты, порции, и т.д.) |  |  |
| **Когда вы начнете?**  |  |  |

**2) Проведите обзор своего плана**2a) Насколько вы уверены в своих способностях по выполнению плана?Совсем не уверен 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Очень уверен**\*Примечание**: Если вы выбираете 6 или ниже, ответьте на вопрос 2б. Если вы выбираете 7 или выше, проследуйте к вопросу 3.2б) Каким образом вы можете изменить свой план для повышения возможности поднятия оценки до 7 и выше? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**3) Проведите самопроверку****☐** Я буду проверять себя сам**☐** Я буду проверять себя с чьей-либо помощью (член семьи или член команды здравоохранения) Кто этот человек? *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*Как и когда вы бы хотели себя проверять (т.е. в течение недели или дня, по телефону или при личном присутствии)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Ссылки**

1. Guidelines and Protocols Advisory Committee, Medical Services Commission of British Columbia. Heart Failure Care - Guideline. 2008 [cited May 11, 2015]. Available from: [http://www.bcguidelines.ca](http://www.bcguidelines.ca/)

2. McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Bohm M, Dickstein K, et al. ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur J Heart Fail. 2012 Aug;14(8):803-69.

3. Guidelines and Protocols Advisory Committee, Medical Services Commission of British Columbia. Heart Failure Care - Summary of Guideline. Vancouver; 2008 [cited May 6, 2015]. Available from: [http://www.bcguidelines.ca](http://www.bcguidelines.ca/)

4. Guidelines and Protocols Advisory Committee, Medical Services Commission of British Columbia. Heart Failure Care - Guideline. 2008 [cited May 11, 2015]. Available from: [http://www.bcguidelines.ca](http://www.bcguidelines.ca/)

5. Continuing Medical Implementation Inc. and the Ottawa Cardiovascular Centre [Internet]. Congestive Heart Failure - Survival Kit. 2004 [cited May 7, 2015]. Available from: <http://www.cvtoolbox.com/downloads/CHF_SurvivalKit.pdf>

5. Heart Online [Internet]. Heart Education Assessment Rehabilitation Toolkit. Fluid management algorithm in heart failure 2014 [cited May 7, 2015]. Available from: <http://www.heartonline.org.au/resources/Pages/welcome.aspx>

6. RxFiles [website]. Furosemide Oral “Sliding Scale” in Heart Failure (HF) - Sample Dosing Ideas for Managing Otherwise Stable HF Patients. SK: RxFiles. 2009 [cited May 18, 2015]. Available from: <http://www.rxfiles.ca/rxfiles/uploads/documents/HF-FurosemideSlidingScale.pdf>

7. Health & Home Care [Internet]. Congestive Heart Failure Zones for Management. [cited May 6, 2015]. Available from: [http://www.homecarenyc.org/docs/HomeCareExtranet/docs/Clinical\_Resources/CHF TOOL (3).pdf](http://www.homecarenyc.org/docs/HomeCareExtranet/docs/Clinical_Resources/CHF%20TOOL%20%283%29.pdf)