

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
"Красноярский государственный медицинский университет  
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого"  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Институт последипломного образования  
Кафедра поликлинической терапии и семейной медицины с курсом ПО

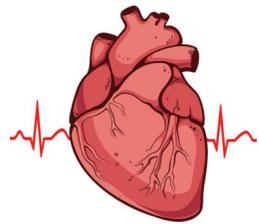
Заведующая кафедрой: профессор Петрова М.М.

# Основные постулаты ведения пациента с ХСН



Выполнила: Врач-ординатор второго года обучения  
кафедры поликлинической терапии и семейной  
медицины с курсом ПО Мамонтова Мария  
Николаевна

КРАСНОЯРСК, 2023

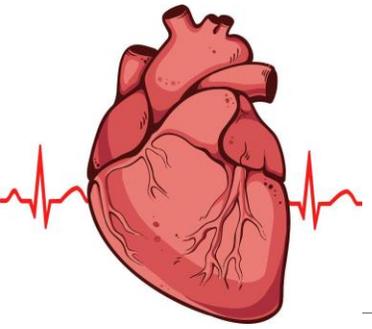


# Основные терапевтические цели в современных алгоритмах лечения ХСН:

---

- Снижение смертности
- Обучение и улучшение качества жизни пациента
- Снижение риска первой и повторных госпитализаций по поводу декомпенсации ХСН





# Модификация образа жизни



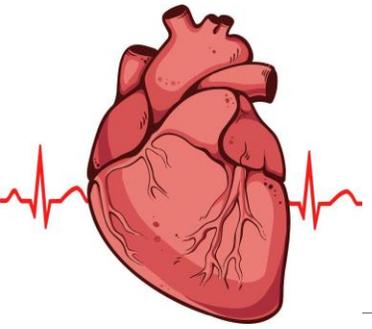
**Питание, соль и вода** (<5 г/сут поваренной соли в сутки; <2 л/сут жидкости; Фрукты и овощи не менее 400 гр в сутки; Клетчатка, в т.ч. злаки; Продукты с низким гликемическим индексом и низкой гликемической нагрузкой; Мононенасыщенные жиры (растительные масла, орехи, авокадо и др.); Жирные кислоты омега-3 (из рыбы, растительных источников или добавок) ежедневно)



**Регулярный контроль массы тела (желательно ежедневно).** В случае внезапного увеличения массы тела более чем на 2 кг за три дня, необходимо рассмотреть вопрос об изменении доз мочегонной терапии



**Оценка трофологического статуса.** Как избыточная масса тела и ожирение, так и кахексия ухудшают прогноз пациента с ХСН. Избыточная масса тела и ожирение увеличивают риски связанные с прогрессированием АГ, дислипидемии, нарушением углеводного обмена. В то же время развитие «сердечной кахексии» говорит о длительном существовании синдрома мальабсорбции вызванного отеком стенки тонкого кишечника и требует восполнения дефицита микронутриентов за счет специального нутритивного питания



# Модификация образа жизни

## ■ Умеренная физическая активность



Упражнения средней интенсивности в течение 150 минут в неделю или 30 минут в день – рекомендованы для улучшения прогноза, однако, исследованы только для пациентов класса А и В по классификации ABCD.



Упражнения высокой интенсивности в течение 75 минут в неделю – исследованы в достаточной степени и выполнимы только для пациентов класса А по классификации ABCD.



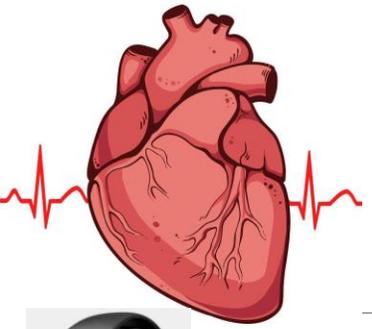
При ограниченной способности к физической нагрузке рекомендуется оставаться настолько физически активными, насколько позволяет состояние с учетом сопутствующей патологии – существуют упражнения для выполнения сидя, лежа содержащие элементы йоги и дыхательной гимнастики, доказавшие свою эффективность.



Дыхательные упражнения рекомендованы всем пациентам с ХСН: с нарастанием ФК происходит изменение структуры диафрагмы, где мышечные волокна замещаются фиброзной тканью. Соответственно дыхательные упражнения направлены не только на увеличение жизненной емкости легких, но и в качестве поддерживающих тренировок позволяющий сохранить функцию диафрагмы.



Существует два ключевых порога количества шагов, которые стали известны благодаря последним исследованиям: снижение риска прогрессии ССЗ происходит после 6000 шагов в день и существенное снижение при достижении цифры в 10 000 шагов в день.



# Модификация образа жизни



■ **Использование носимых устройств.** Последние наблюдательные исследования демонстрируют значимое увеличение приверженности к модификации образа жизни при использовании носимых устройств с функцией автоматического напоминания о необходимости физической активности.



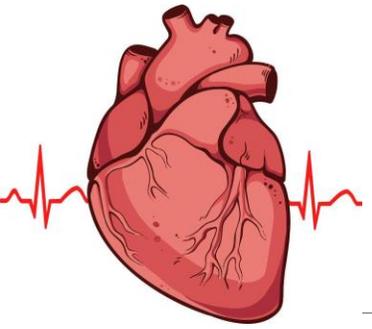
■ **Отказ от курения.** В современном мире доступен ряд подходов, включая психотерапевтические вмешательства, никотинзаместительную терапию и другие фармакологические методы лечения. При этом курение не влияет напрямую на течение ХСН, однако значительно способствует прогрессии заболеваний, которые стали причиной развития ХСН.



■ **Отказ от алкоголя.** Согласно данным ВОЗ, европейских рекомендаций прием спиртных напитков категорически запрещен только для пациентов с алкогольной кардиомиопатией. Для остальных пациентов с ХСН описаны ограничения приема – не более 20 мл чистого спирта в день (2 единицы алкоголя) для мужчин и 10 мл (одна единица алкоголя) – для женщин. Однако существуют и другие экспертные мнения, позволяющие как чуть большее количество алкоголя, так и предполагающие полные отказ от него. Невозможно утверждать сегодня, что существует единое мнение по этому вопросу.



■ **Вакцинация.** Абсолютно для всех пациентов с ХСН вакцинопрофилактика является обязательной. Рекомендуется сезонная вакцинация против гриппа, COVID-19 и один раз в 10 лет вакцинация двумя антипневмококковыми вакцинами. Это один из самых эффективных методов снижения риска госпитализаций для пациентов с ХСН



# Модификация образа жизни

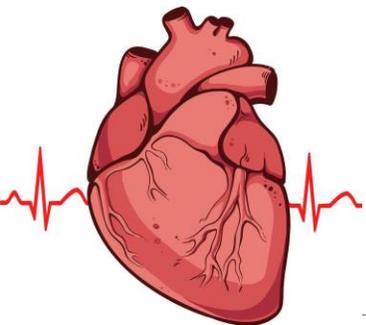


- **Планирование путешествий.** Пациентам с ХСН не рекомендованы длительные перелеты. В первую очередь это актуально для пациентов с легочной гипертензией 2 типа (не рекомендован перелет более 4 часов) и для пациентов с повышенным риском ТЭЛА.

Не рекомендована резкая смена климата (высокогорье, высокая температура и влажность). Необходимо проводить дополнительный контроль достаточности мочегонной терапии при необходимости подобных путешествий. Последние исследования 2022 года демонстрируют достоверное увеличение числа декомпенсаций ХСН при нахождении в жарком климате (отношение шансов (ОШ) = 1,4) и еще более значимое при нахождении в холодном (ОШ = 1,8).



- **Нормализация сексуальной активности.** Включает в себя: коррекцию эректильной дисфункции, выявление жалоб на изменение сексуальной активности и их связь с ХСН или негативными эффектами лечения; адаптацию сексуальной активности в соответствии с физическими возможностями



# Использование болезнь-модифицирующей терапии

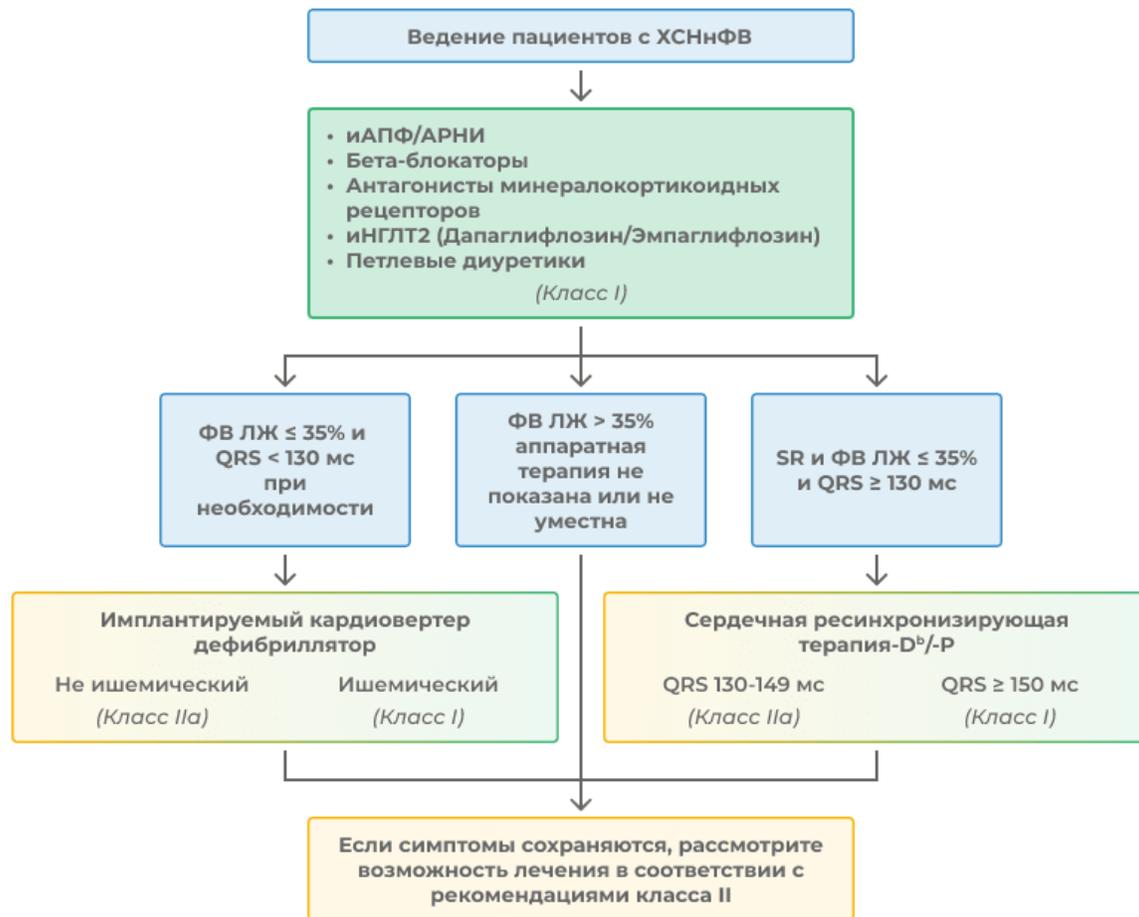
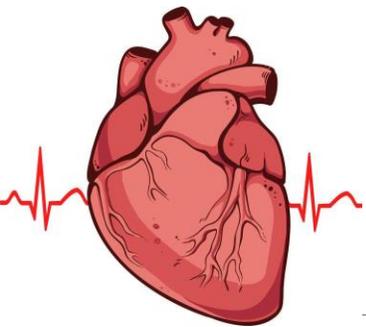


Схема 1. Алгоритм ведения пациентов с хронической сердечной недостаточностью с низкой фракцией выброса.



# Использование болезнь-модифицирующей терапии

Основной трудностью в лечении является факт, что ХСН имеет полиэтиологическую природу, следовательно, необходимостью становится *своевременное выявление и корректная терапия причин развития или ухудшения течения сердечной недостаточности*, а именно фоновых и сопутствующих заболеваний

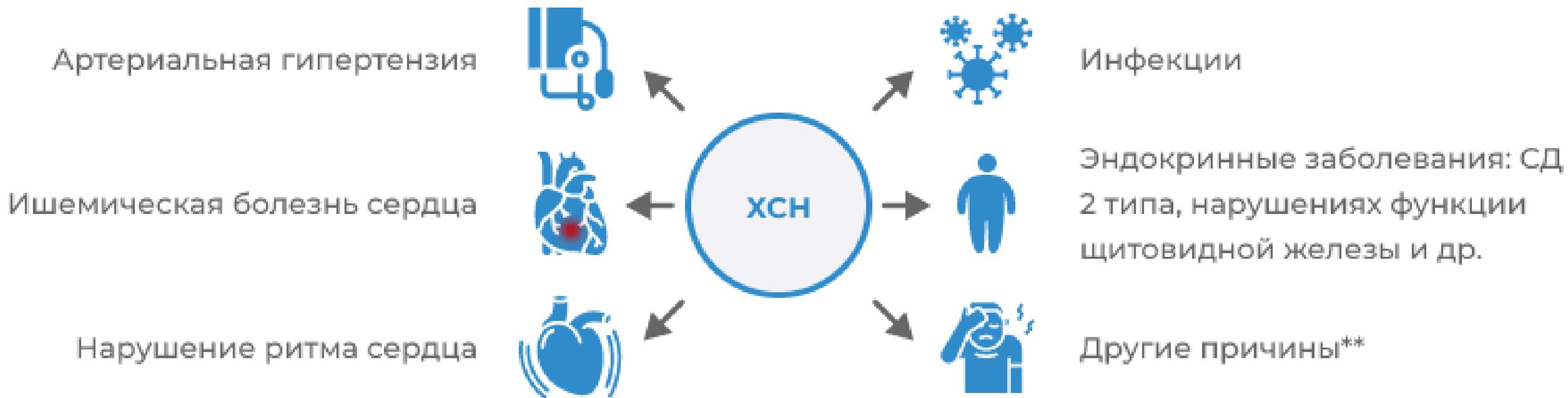
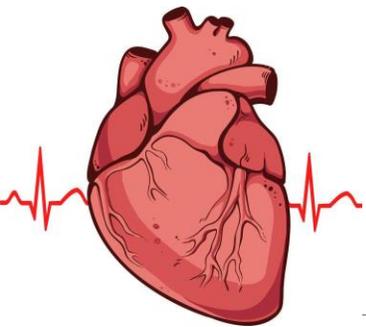
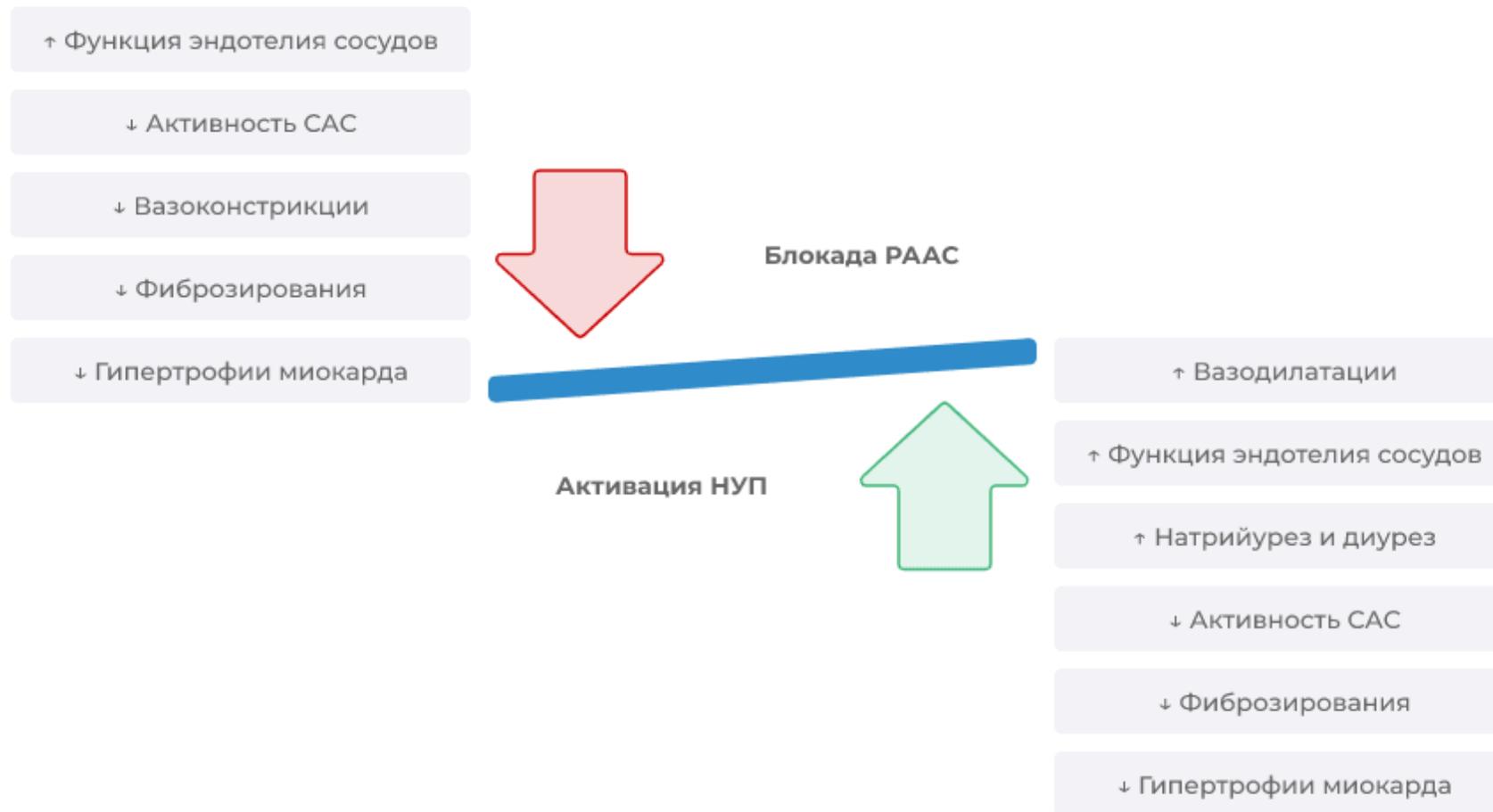


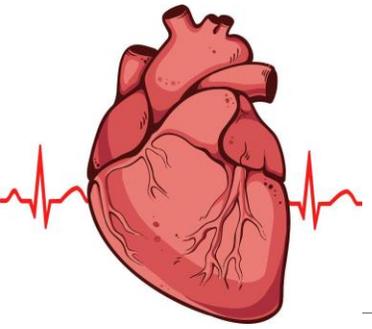
Рисунок 1. Основные причины развития хронической сердечной недостаточности



# Использование болезнь-модифицирующей терапии

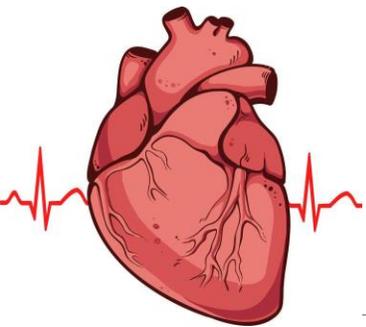


**Рисунок 2.**  
Подходы и  
эффекты  
лечения  
артериальной  
гипертензии.



# Использование болезнь-модифицирующей терапии

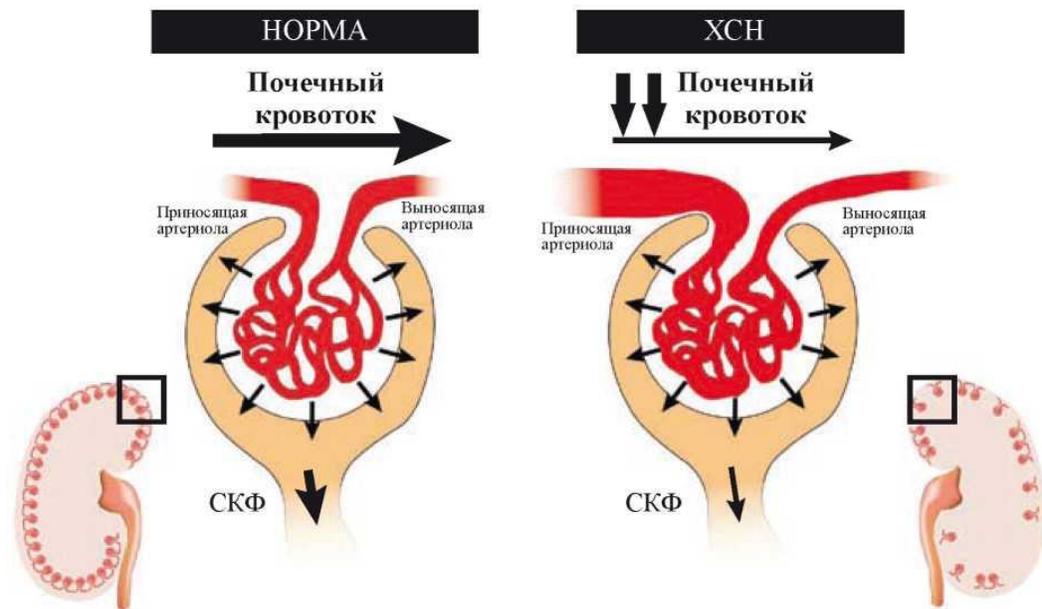
- При использовании ингибиторов АПФ препарат рекомендуется титровать не до максимальных доз. С осторожностью применять не чаще 1 раз в день, в зависимости от состояния пациента.
- **С целью контроля АД у пациентов с ХСНнФВ не рекомендовано использование недигидропиридиновых блокаторов кальциевых каналов (дилтиазем и верапамил), альфа-блокаторов и средств центрального действия, такие как моксонидин, в связи с большим количеством негативных исходов**
- С целью снижения риска развития сердечной недостаточности рекомендуется инициация терапии АРНИ вместо иАПФ/БРА у пациентов с симптоматической ХСНнФВ и с сохраняющимися симптомами несмотря на оптимальную предшествующую терапию иАПФ/БРА

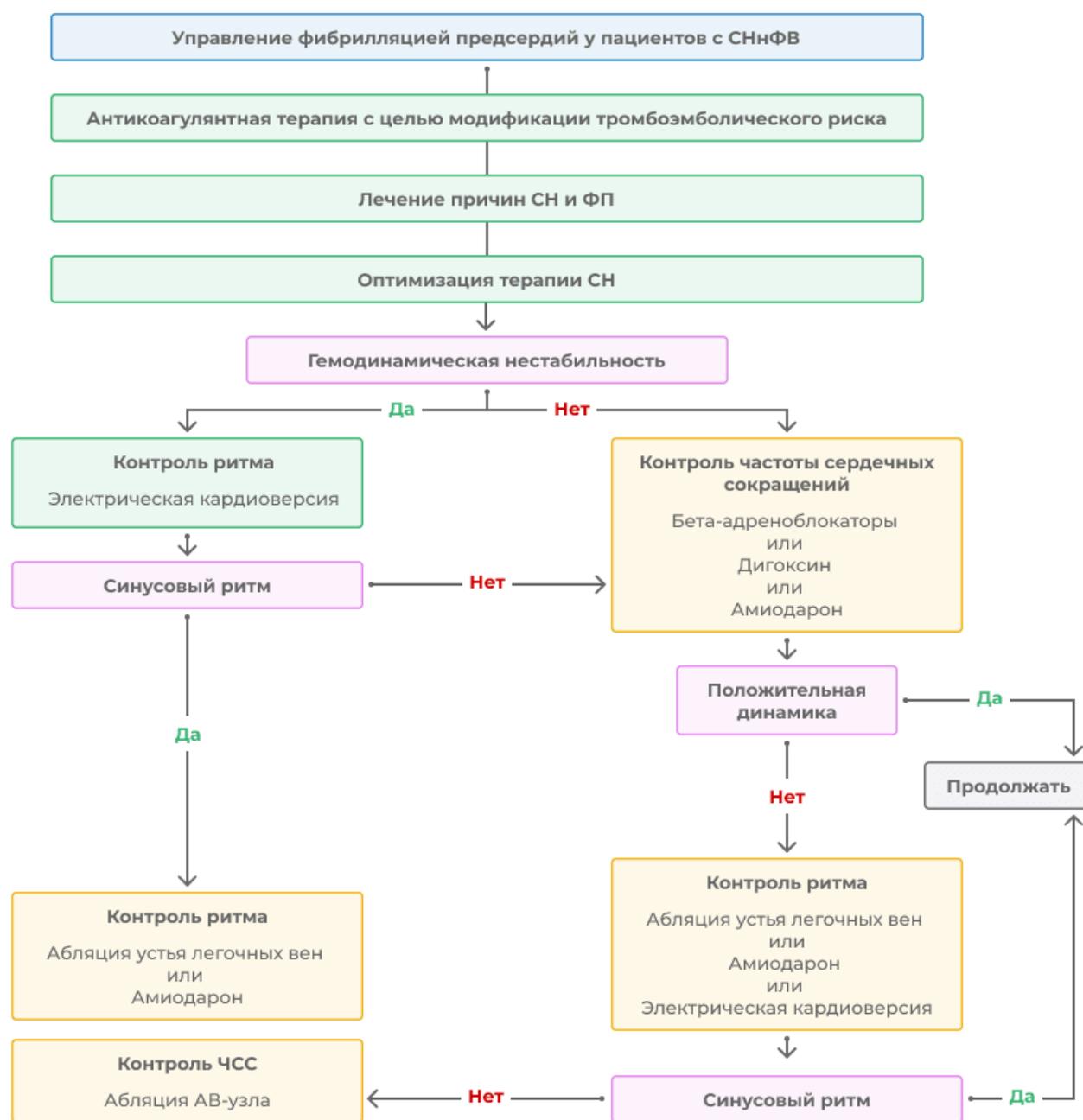
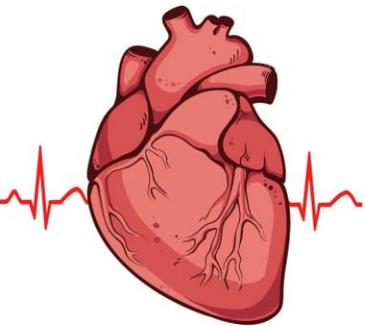


# Использование болезнь-модифицирующей терапии

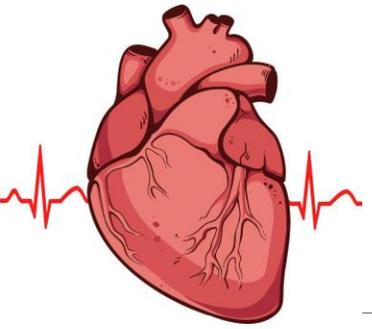
■ С целью контроля ЧСС у пациентов с ХСН должны быть использованы  $\beta$ -АБ.  $\beta$ -АБ рекомендовано назначать всем пациентам со стабильной ХСН в низких дозах с постепенной титрацией дозы (удваивать дозу не чаще, чем 1 раз в 14 дней) до максимально переносимой. При декомпенсации ХСН рекомендовано продолжить терапию  $\beta$ -АБ, если они были назначены ранее с уменьшением дозировки при необходимости

■ Ингибиторы натрий-глюкозного ко-транспортера 2-го типа (иНГЛТ2, иSGLT2) расширяют возможности в лечении и улучшении прогноза пациента с ХСН. Комбинация иАПФ/АРНИ +  $\beta$ -АБ + АМКР + иНГЛТ2, получила название «квадротерапия»





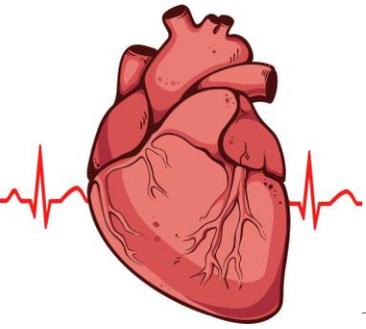
**Схема 2. Управление фибрилляцией предсердий у пациентов с сердечной недостаточностью со сниженной фракцией выброса.**



# Признаками задержки жидкости в организме

- Увеличение массы тела более 2 кг за неделю;
- Появление затруднения дыхания в положении лежа и уменьшающегося в сидячем положении. Характерным симптомом является сон с приподнятым изголовьем;
- Появление кашля, приступов одышки в ночные часы не связанных с другими заболеваниями;
- Появление влажных хрипов в аускультативной картине;
- Набухание яремных вен;
- Периферические отеки (преимущественно нижних конечностей).





# Общие принципы использования диуретической терапии:

---

- На старте лечения используются минимальные дозы.
- Титрация дозы до эффективной проводится под контролем:
  - Клинического статуса;
  - Суточного диуреза;
  - Контроля массы тела;
  - Электролитного баланса;
  - Скорости клубочковой фильтрации (СКФ).

***В ходе мочегонной терапии масса тела не должна снижаться более чем на 1–1,5 кг в сутки. Это важно учитывать при подборе дозы диуретика. Достижение более мощного мочегонного ответа повышает риск ТЭЛА.***

- При достижении компенсации состояния рекомендуется переход с режима титрации на прием фиксированной дозы мочегонных препаратов ежедневно с продолжением динамического контроля клинического статуса, массы тела, лабораторных показателей.

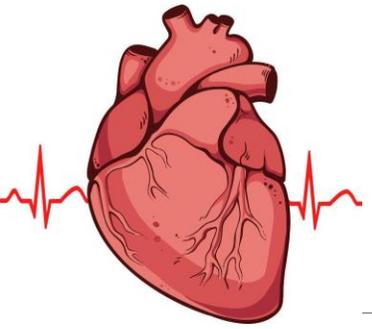
***Основная задача – достижение эулемии, когда ежедневный прием мочегонного препарата позволяет обеспечить достаточный диурез и постоянную массу тела.***

- При изменении состояния пациента доза диуретиков может быть изменена с учетом текущего состояния.
- При декомпенсации всегда требуется увеличение дозы мочегонных препаратов с прогрессированием отечного синдрома на привычных дозах мочегонных.

# Благодарю за внимание!

---





# Источники литературы

---

1. Хроническая сердечная недостаточность. Клинические рекомендации 2020. Российский кардиологический журнал. 2020;25(11):4083. doi:10.15829/1560-4071-2020-4083
2. Арутюнов А. Г. и др. Первое открытое исследование синдрома острой декомпенсации сердечной недостаточности и сопутствующих заболеваний в Российской Федерации. Независимый регистр ОРАКУЛ-РФ //Кардиология. – 2015. – Т. 55. – №. 5. – С. 12-21.
3. Зырянов С. К., Арутюнов Г. П. Клинико-экономические аспекты новых подходов лечения декомпенсации хронической сердечной недостаточности //Российский кардиологический журнал. – 2015. – №. 3 (119). – С. 103-107.
4. Столов С. В. ИНАКТИВАЦИЯ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ. КАКОЙ КЛАСС ПРЕПАРАТОВ ПРЕДПОЧЕСТЬ? //Евразийский кардиологический журнал. – 2020. – №. 4. – С. 64-78.