



**Лечение хронической
сердечной недостаточности
в Иркутской области:
новые горизонты**

Черкашина А. Л.

11.10.2019г.



Региональные планы снижения смертности от БСК

Бойцов С.А.

Генеральный директор ФГБУ «НМИЦ кардиологии» Минздрава России
Главный внештатный специалист кардиолог Минздрава России по ЦФО, УФО, СФО, ДФО

Федеральный проект «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями»

Снижение смертности от ИМ с 40,6 в 2017 году до 30,6 на 100 тыс. населения в 2024 году (на 24,6%)

Снижение смертности от ОНМК с 92,9 в 2017 году до 71,1 на 100 тыс. населения в 2024 году (на 23,4%)

Для сохранения еще 77% жизней по причине смертей от БСК необходимы комплексные региональные программы борьбы с болезнями системы кровообращения

180 815 сохраненных жизней
(22,6% от всех сохраненных жизней от смертей по причине всех БСК)

Оснащение медицинским оборудованием по программе «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» регионов

Смертность 2016-2018г.г.

Число смертей (по причинам) по Иркутской области за январь-декабрь 2016-2018гг (по данным Росстата) окончательно

	абсолютные числа				на 100 000 всего населения				РФ за 2018г. предварительно
	2016	2017	<u>2018</u>	<u>прирост Т (убыль) %</u>	2016г.	2017	<u>2018</u>	<u>прирост (убыль)%</u>	
Всего	32332	31032	<u>31369</u>	<u>1,1</u>	1341,1	1289,5	<u>1306,5</u>	<u>1,3</u>	1238,5
БСК	15865	14799	<u>15061</u>	<u>1,8</u>	658,1	614,9	<u>627,3</u>	<u>2,0</u>	573,6
ИБС	8268	7606	<u>7780</u>	<u>2,3</u>	343,0	316,1	<u>324,0</u>	<u>2,5</u>	
В т.ч. инфаркт	1150	1108	<u>1230</u>	<u>11,0</u>	47,7	46,0	<u>51,2</u>	<u>11,3</u>	

ХСН в Иркутской области смертность (абс. числа)

	2016	2017	2018
БСК	15 761	14 797	14 900
ИБС	8 225	7 593	7 718
ОИМ	766	735	777
ПИМ	381	363	442
ОИМ+ПИМ	1147	1098	1 219

Смертность ИБС/ИМ 2018г. (абс.)



Эпидемиология ХСН в Российской Федерации



- ↳ Распространенность ХСН в различных регионах Российской Федерации варьирует в пределах 7–10%
- ↳ Более 65% больных ХСН находятся в возрастных группах старше 60 лет
- ↳ Соотношение числа женщин, имеющих ХСН, к числу мужчин - 3:1
- ↳ Число пациентов, страдающих ХСН, увеличилось с 1998 г. более чем в 2 раза (с 7,18 до 12,35 млн. человек)
- ↳ Число пациентов с тяжелой СН III–IV ФК увеличилось с 1,8 до 3,1 % (с 1,76 до 4,5 млн. человек)

Организационные решения:

Создание Центров лечения ХСН -

выполняющих функции полного комплекса обследования, лечения и реабилитации больных с хронической сердечной недостаточностью:

Отделение ХСН - 30 коек

-обследование, лечение, стабилизация состояния, подбор терапии, обучение в школе ХСН, реабилитационные мероприятия



Кабинет лечения ХСН



Кабинет кардиолога-специалиста по лечению ХСН-обследование, лечение, предупреждение декомпенсации и повторных госпитализаций, коррекция терапии, обучение в школе ХСН, реабилитационные мероприятия

1 врач +2 медсестры/1 медсестра +1 фельдшер



ХСН



**Школа для пациентов с ХСН
и для их родственников**



Центры ХСН на карте Иркутской области

Отделения на 30
коек+ кард.
кабинет «Д»
наблюдения
больных с ХСН



г. Братск

г. Ангарск

г. Иркутск

Документация по центрам ХСН

**О создании центров лечения
хронической сердечной
недостаточности**
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ
ПРИКАЗ

**Об утверждении Порядка организации
медицинской помощи и маршрутизации
пациентов при хронической сердечной
недостаточности для взрослого
населения в Иркутской области**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Иркутской области
ПРИКАЗ

Приложение
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24.12.2012 № 1554н

Стандарт специализированной медицинской помощи при сердечной недостаточности

Категория возрастная: взрослые

Пол: любой

Фаза: любая

Стадия: вне зависимости

Осложнения: вне зависимости

Вид медицинской помощи:

Условия оказания помощи:

Форма оказания помощи:

Средние сроки лечения (сутки):

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

DOI: 10.18087/cardio.2475

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ОССН – РКО – РНМОТ. СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ: ХРОНИЧЕСКАЯ (ХСН) И ОСТРАЯ ДЕКОМПЕНСИРОВАННАЯ (ОДСН). ДИАГНОСТИКА, ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Мареев В. Ю.¹ (сопредседатель рабочей группы), Фомин И. В.² (сопредседатель рабочей группы), Агеев Ф. Т.³, Беграмбекова Ю. А.⁴, Васюк Ю. А.⁴, Гарганеева А. А.⁵, Гендлин Г. Е.⁶, Гелзер М. Г.⁷, Готье С. В.⁸, Дожанко Т. В.⁹, Кобаева Ж. А.¹⁰, Козилова Н. А.¹¹, Коротеев А. В.¹², Мареев Ю. В.¹³, Овчинников А. Г.³, Перепеч Н. Б.¹³, Тарловская Е. И.², Чесникова А. И.¹⁴, Шевченко А. О.⁸, Арутюнов Г. П.⁶, Беленков Ю. Н.⁷, Галавич А. С.¹⁵, Геляревский С. Р.¹⁶, Драпкина О. М.¹⁷, Дуляков А. В.¹⁸, Лопатин Ю. М.¹⁹, Ситникова М. Ю.²⁰, Сибирский В. В.²¹, Шахто Е. В.²¹

- 1 – «МНОЦ МГУ им. М. В. Ломоносова», 119192, Москва, Ломоносовский пр-кт, д. 27, корп. 10
- 2 – ФГБОУ ВО «ПИМУ» МЗ РФ, 603950, Нижняя Новгород, пл. Минина и Пожарского, д. 10/1
- 3 – ФГБУ «РКНПК» МЗ РФ, 121552, Москва, ул. 3-я Черепковская, д. 15а
- 4 – ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А. И. Евдокимова» МЗ РФ, 127473, Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1
- 5 – ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН», НИИ кардиологии, 634012, Томск, ул. Киевская, д. 111а
- 6 – ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова» МЗ РФ, 117997, Москва, ул. Островитянова, д. 1
- 7 – ФГБОУ ВО «Первый МГМУ имени И. М. Сеченова» МЗ РФ, 119991, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2
- 8 – ФГБУ «НИИЦ ТВО им. акад. В. И. Шурвалова» МЗ РФ, 123182, г. Москва, Шурваловская ул., д. 49
- 9 – ФГБУ «Московский НИИ Психиатрии» ФМИЦПН имени В. П. Сербского МЗ РФ, 119034 Москва, Кропоткинский пер., д. 23
- 10 – ФГАОУ ВО «РУДН», 117198, Москва, ул. Миклуко-Маклая, д. 6
- 11 – ФГБОУ ВО «ПГМУ им. акад. Е. А. Вагнера» МЗ РФ, 614000, Пермь, ул. Петропавловская, д. 26
- 12 – АО «ШВАБЕ» Ростех, 129366, Москва, проспект Мира, д. 176
- 13 – ФГБОУ ВО «СПбГУ», 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7/9
- 14 – ФГБОУ ВО «РостГМУ» МЗ РФ, 344022, Ростов-на-Дону, Нахичеванский пер., д. 29
- 15 – ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» МЗ РФ, 420012, Казань, ул. Булатова, д. 49
- 16 – ГБОУ ДПО «РМАПО» МЗ РФ, 123995, Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1
- 17 – ФГБУ «НИИЦ ПМ» МЗ РФ, 101990, Москва, Петроверигский пер., д. 10, стр. 3
- 18 – ГБУЗ «СОККА» 443070, Самара, ул. Аэродромная, д. 43
- 19 – ФГБОУ ВО «ВолгГМУ» МЗ РФ, 400131, Волгоград, площадь Павших Борцов, д. 1
- 20 – ФГБУ «НИИЦ им. В. А. Алмазова» МЗ РФ, 197341, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2
- 21 – ФГБОУ ВО «КубГМУ» МЗ РФ, 350063, Краснодар, ул. Седина, д. 4

Ключевые слова: рекомендации, сердечная недостаточность, хроническая сердечная недостаточность, острая декомпенсация сердечной недостаточности, миокард, фракция выброса левого желудочка, функциональный класс сердечной недостаточности, маркеры АПФ, бета-адренергического antagonists, минералокортикоидных рецепторов, диуретики, физические тренировки

Алгоритмы ведения больных с ХСН

Главное-диспансерное наблюдение!!!

- Рациональное питание
- Контроль за весом!!
- Контроль АД
- Отказ от курения и алкоголя
- Реабилитация:
 - а) медикаментозная
 - б) физическая
 - в) психологическая (Школы для больных и родственников)



Данные диспансерного наблюдения 2018 г.

	БСК	АГ	ИБС
Область	72,2	79,2	78,2
Бодайбо	55,1	57,9	52,0
Куйтун	30,7	41,7	53,8
Усть-Уда	30,5	29,3	39,9
Балаганск	38,5	28,6	46,5



Данные по анализу амбулаторных карт 2018г.

	Данные амб. карт
Достижение целевых уровней АД	69,2 %
Диспансеризация ИБС	58,5 %
Из числа Д ИБС принимают статины	68,9 %
Достижение целевых уровней при лечении статинами	44,0 %

Основные причины развития ХСН в РФ

‡ Артериальная гипертензия - 95,5%

‡ ИБС – 69,7%

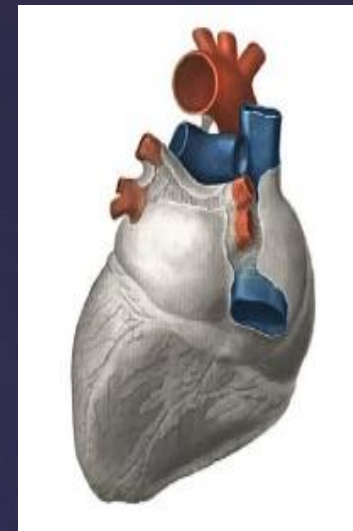
‡ Инфаркт миокарда -15,3%

‡ Сахарный диабет -15,9%

‡ ХОБЛ-13%

‡ Пороки сердца 4,3%

‡ Миокардиты, кардиомиопатии- 3,6%





Проанализированы амбулаторные карты (817) Нижнеудинского, Зиминского, Куйтунского, Балаганского, Нукутского и др. районов Иркутской области, городских поликлиник г. Ангарска

Следует отметить, что карты на анализ отбирались самими сотрудниками МО, как самые лучшие.

75% больные находились на “Д” наблюдении в основном по ИБС (ПИКС, стентирование и т.д.), и около 30% - СД.

Наименование медицинской услуги	Стандарт (100%)	% выполнения
1. микроальбуминурия	1,0	13,2
2. Исследование функции нефронов (клиренс)	1,0	64,4
3. Коагулограмма	1,0	12,1
4. Общий анализ крови развёрнутый	1,0	73,5
5. Анализ крови биохимический	1,0	63,9
6. Анализ мочи общий	1,0	70,1
7. Офтальмоскопия	1,0	40,1
8. ЭХО - КГ	1,0	53,8
9. УЗДГ артерий почек, БЦА	0,8	59,6
10. УЗИ почек и надпочечников	1,0	56,4
11. ЭКГ	1,0	87,5
12. Рентгенография ОГК	1,0	70,6
13. СМАД	1,0	5,3
14. ОТ	1,0	4,2
15. рост	1,0	5,3
16. вес	1,0	6,1
17. ИМТ	1,0	4,2

ИТОГИ

По документации

- Трудночитаемые
- - Часто нет ЧСС, АД,

При диспансерном наблюдении не во всех картах есть этапные эпикризы, анализ эффективности диспансеризации, планы на следующий год.

ОСМОТР

Нет ОТ, роста, веса, ИМТ, СКФ, SCORE

НЕТ

- ✓ МАУ в 87 %,
- ✓ СКФ – 35,6%,
- ✓ СМАД – 94,7%

ИТОГИ. Лечение (анализ только по АГ)

В ряде амбулаторных карт – только аспирин, или эналаприл по 5 мг в сутки при АГ 3стадии
Аспирин даже при ИБС - около 56%

После назначений врачей стационара, ОКДП, ОДЦ – назначения из них рекомендуются только около 30%

Совершенно не указаны комбинированные препараты, которые следует назначать согласно последних рекомендаций, они улучшают приверженность к лечению, экономичны.

Нет указания на посещение школ по АГ

Нет бесед о курении, алкоголе, регулярном приеме лекарственных средств.

Рекомендовано (задачи)

1. Привести в соответствие карты больных с АГ находящихся на “Д”” учете согласно приказу 708
2. Обеспечить наличие конкретных планов диспансеризации, отчетов за год с анализом эффективности диспансеризации
3. Улучшить ведение документации
4. Обеспечить выполнение рекомендованного обследования по приказу 708 ... с дальнейшей коррекцией лечения по результатам исследований.
5. Обеспечить достижение целевых уровней АД
6. Использовать комбинированные медикаментозные средства для лечения АГ, с учетом существующих рекомендаций





Лечение ХСН

- Начиная со II ФК ХСН, целесообразно применение тройной нейрогормональной блокады: иАПФ/АРА/АРНИ + β -АБ + АМКР

Клинические рекомендации ОССН – РКО – РНМОТ. Сердечная недостаточность: хроническая (ХСН) и острая декомпенсированная (ОДСН). Диагностика, профилактика и лечение.



MERIT-HF
(Metoprolol CR/XL Randomized
Intervention Trial
in Congestive Heart Failure)

Цель:

Изучение выживаемости
пациентов с ХСН и сниженной
фракцией выброса левого
желудочка на фоне приема
Беталок ЗОК

Дизайн

- Многоцентровое двойное слепое плацебо-контролируемое исследование
- 3991 пациент с ХСН (NYHA II-IV) и сниженной ФВ ЛЖ (< 0,40)
- 2 группы сравнения: плацебо и Беталок ЗОК
- Критерии включения:
 - 40-80 лет
 - ХСН II–IV ФК по NYHA в течение 3 месяцев и более перед рандомизацией
 - Оптимальная стандартная терапия при включении (2 недели до рандомизации) = диуретик + ингибитор АПФ (или гидралазин, пролонгированный нитрат, сартан при непереносимости АПФ)
 - Стабильное клиническое состояние между включением и рандомизацией
 - ФВ 40 % и менее в течение 3 месяцев до включения

MERIT-HF

Дозы Беталока 30К

Стартовая доза

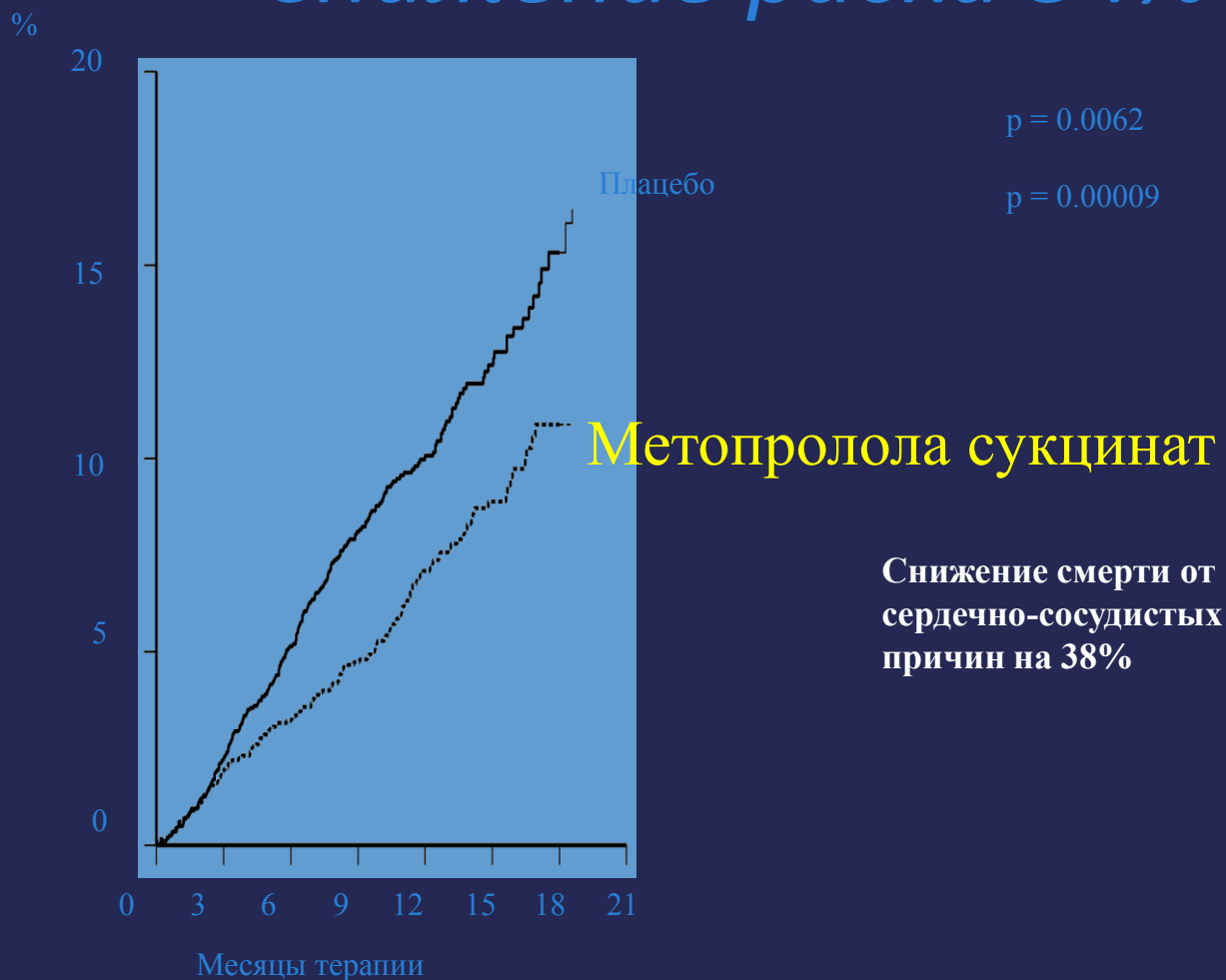
- 12,5 мг для NYHA III/IV
- 25,0 для NYHA II

Целевая доза

- Период титрации 6-8 недель до целевой дозы 200 мг 1 раз в сутки (или до максимально переносимой дозы)

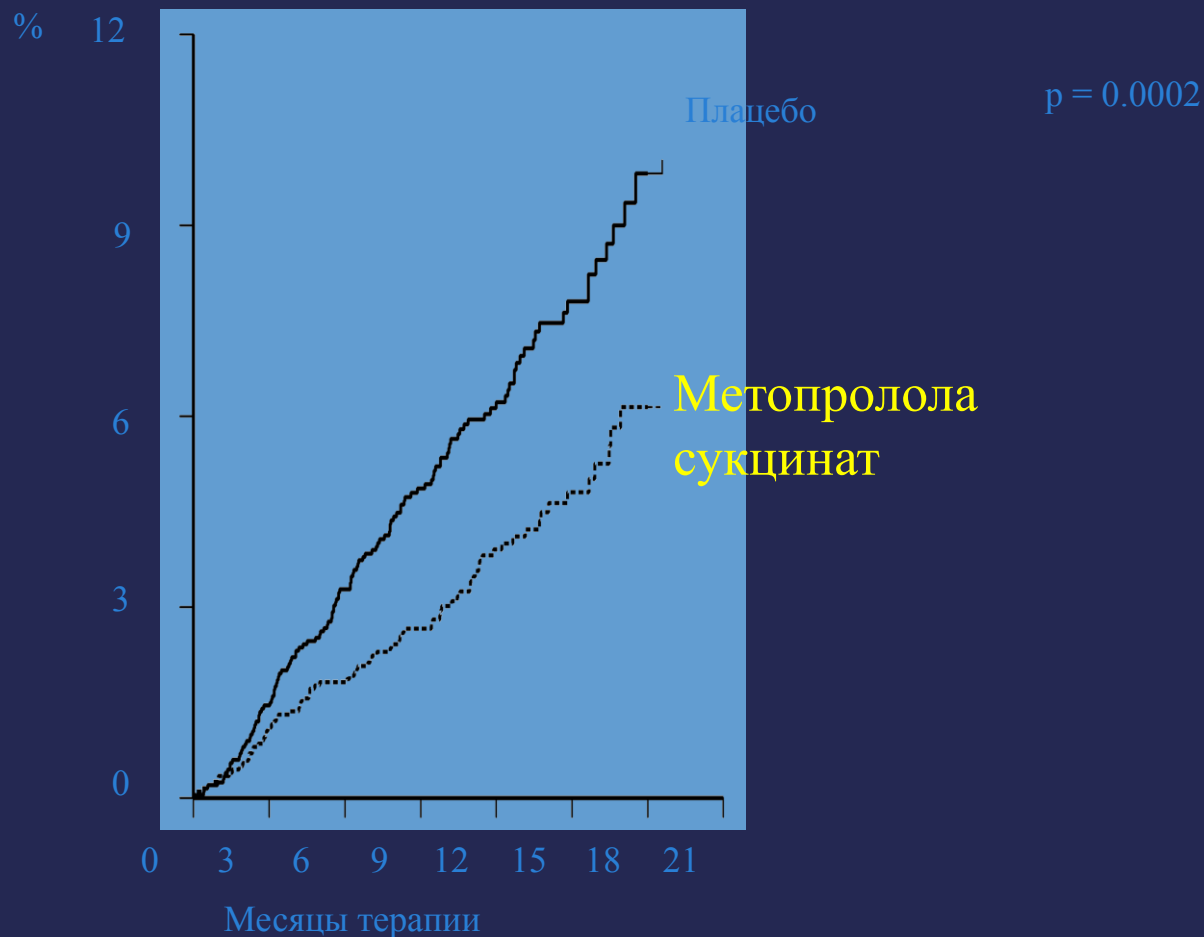
Общая смертность

Снижение риска 34%



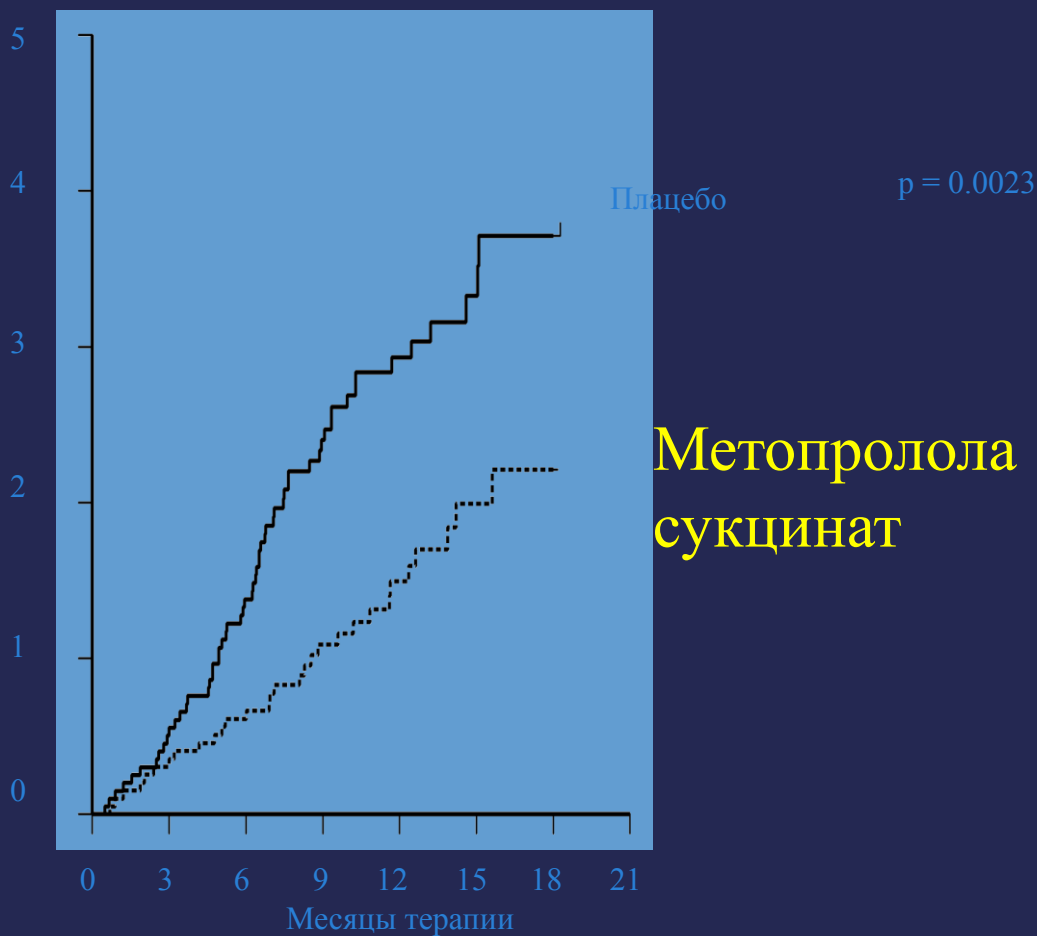
Внезапная смерть

Снижение риска 41%



Смерть в связи с прогрессированием ХСН

Снижение риска 49%



АМКР в лечении ХСН

- ✓ снижают смертность и риски госпитализации у пациентов с ХСН (RALES, EMPHASIS-HF).
- ✓ снижают риск заболеваемости и смертности не только при СНнФВ, но и при СНпФВ, а также снижают риски повторных госпитализаций у пациентов с СНсФВ
- ✓ рекомендованы пациентам с ХСН, начиная со IIФК, в составе тройной нейрогормональной блокады - дополнительно к комбинации «иАПФ/сартаны/АРНИ + β -адреноблокаторы»

Цели терапии при ХСН

- **устранение и предотвращение развития симптомов ХСН**
- **замедление прогрессирования болезни путем защиты сердца и других органов-мишеней (мозг, почки, сосуды)**
- **уменьшение количества госпитализаций**
- **улучшение качества жизни**
- **улучшение прогноза**





Показатели эффективности диспансеризации при ХСН

- 1.Отсутствие прогрессирования АГ, ИБС (достижение целевых уровней ЧСС, АД, липидов, нет ОКС)
- 2.Стабилизация ХСН
- 3.Отсутствие/снижение числа повторных госпитализаций

Основные пути снижения смертности от ХСН

- Улучшение организации и качества диспансерного наблюдения и лечения больных АГ и ИБС, ХСН, в том числе перенесших острый коронарный синдром (ОКС) с привлечением среднего медперсонала, SMS, достижение целевых уровней АД и липидов.
- Активизация и повышением эффективности работы школ для пациентов с ИБС, АГ, ХСН.
- Информирование пациентов и родственников о симптомах ОКС и алгоритме действий при неотложных состояниях, обязательном контроле ЧСС, АД и ВЕСА пациента !

Новые горизонты в лечении ХСН и снижении смертности

- Кабинеты ХСН
- Отделения ХСН
- КАДРЫ врачей-кардиологов
 - **Своевременное выявление ХСН**
 - **Диспансерное наблюдение больных с ХСН**
 - **Лечение «сопутствующей патологии»**
 - **СОВРЕМЕННОЕ медикаментозное лечение ХСН**



Спасибо за внимание!

