

Комментарии: *Расчетная годовичная выживаемость, определенная по Heart Failure Survival Score (HFSS) в диапазоне от высокого до среднего риска, должна рассматриваться как разумная точка отсечения для включения в лист ожидания.*

- При недоступности проведения эргоспирометрии ориентиром для отбора на трансплантацию сердца у пациента с признаками терминальной стадии ХСН может быть рекомендована дистанция, проходимая за 6 минут, составляющая <300 м [46].

РКО ПьС (УУР С, УДД 3).

Комментарии: *Валидация существующих шкал оценки прогноза у больных ХСН в РФ не проводилась. UNOS в 2013 г. предложила алгоритм распределения донорских органов среди пациентов, находящихся в листе ожидания трансплантации сердца по степени их тяжести (Приложение Б5) [275].*

3.6.3 Обезболивание при хирургическом лечении

При хирургическом лечении пациентам с ДКМП и ХСН рекомендуется проводить предварительную фармакологическую подготовку в виде премедикации.

- С целью седации и обеспечения психоэмоционального комфорта вечером накануне операции рекомендуется назначение снотворных и седативных средств, в день операции перед доставкой пациента в операционную рекомендуется применение опиоидов и/или производных бензодиазепаина [52, 279, 280].

РКО ПаВ (УУР С, УДД 5)

Комментарии: *Седация перед поступлением в операционную должна быть минимально достаточной, чтобы не допустить вазодилатации и гипотензии. Из премедикации следует исключить препараты белладонны, как и любые другие препараты, увеличивающие ЧСС [280].*

- Рекомендуется пациентам с ДКМП и ХСН для индукции анестезии использовать #фентанил**, пропофол**, производные бензодиазепаина, а для поддержания анестезии - #фентанил**, пропофол**, производные бензодиазепаина и галогенированные углеводороды. При кардиохирургических операциях рекомендуется использовать как тотальную внутривенную анестезию на основе пропофола** и #фентанила**, так и комбинированную анестезию с применением галогенированных углеводородов и #фентанила** на всех этапах операции [52, 280, 281].

РКО Па В (УУР С, УДД 5)

Комментарии: *Препараты, используемые для индукции анестезии: #мидазолам**, диазепам**, пропофол** и #фентанил** в/в в расчетных дозировках. Ввиду наличия выраженного кардиодепрессивного и вазоплегического эффектов не следует использовать для индукции анестезии тиопентал натрия**. Возможная схема индукции анестезии, обеспечивающая*

*достаточную гемодинамическую стабильность: медленное титрование #мидазолам** в дозе 50 – 150 мкг/кг в комбинации с #фентанилом** в дозе 3 – 5 мкг/кг. Альтернативный метод индукции: медленное введение пропофола** в дозе 0,8–1,5 мг/кг с предварительным использованием #фентанила** в дозе 3 – 5 мкг/кг [280]. У пациентов с выраженными нарушениями гемодинамики для индукции анестезии может быть использован кетамин**.*

*Все препараты, используемые для поддержания общей внутривенной анестезии, в той или иной степени угнетают сократительную способность миокарда. Пропофол** вызывает вазодилатацию и оказывает умеренное отрицательное инотропное действие [282].*

- Рекомендуется пациентам с ДКМП и ХСН для обезболивания в раннем послеоперационном периоде использовать опиоиды в возрастных дозировках [52, 279, 280, 281].

РКО ПаВ (УУР С, УДД 5)

*Комментарии: В первые сутки после операции могут быть использованы триперидин** либо морфин**. При наличии специальных дозаторов эффективным является применение пациент-контролируемой анальгезии фентанилом**. При сохранении выраженного болевого синдрома в дальнейшем могут быть использованы триперидин**, морфин**, фентанил** по показаниям.*

- Не рекомендуется пациентам с ДКМП и ХСН для обезболивания в раннем послеоперационном периоде в качестве препаратов первой линии рассматривать НПВП [52, 282].

ЕОК ШВ (УУР С, УДД 5)

Комментарии: НПВП увеличивают риск сердечно-сосудистых осложнений, а также частоту декомпенсации ХСН, развития почечной недостаточности и ТЭО [282].

3.7 Немедикаментозная терапия, диетотерапия

- Всем пациентам с подозрением на ДКМП рекомендуется отказ от употребления алкоголя, отказ от курения, отмена кардиотоксических лекарственных препаратов при возможности, устранение производственных и бытовых вредностей [52].

ЕОК IA (УУР С, УДД 5)

- Пациентам с ДКМП и ХСН рекомендуется контроль водно-солевого обмена [52].

ЕОК IA (УУР С, УДД 5)

Комментарий: Объем употребляемой жидкости должен составлять 1,5 – 2 л/сутки, если больной находится в стадии стабильной компенсации ХСН. Исследования последних лет не подтвердили необходимость жесткого ограничения потребления соли, хотя в клинических рекомендациях указано, что пациентам с СН следует контролировать количество потребляемой соли (не более 6 г в сутки) [46]. Недавнее международное РКИ SODIUM-HF, в котором изучалось снижение пищевого натрия до уровня менее 100 ммоль (т.е. <1500 мг/день)

при ХСН, показало, что у амбулаторных пациентов снижение потребления натрия не привело к уменьшению частоты клинических событий (госпитализаций и обращений в отделение неотложной помощи по поводу ССЗ или смерти от всех причин) [283].

- Всем больным с ДКМП и клиническими проявлениями СН рекомендуется самостоятельный ежедневный мониторинг веса для снижения вероятности застоя и предотвращения обострения ХСН [52].

ЕОК IA (УУР С, УДД 5)

Комментарий: У пациентов с ДКМП следует поддерживать нормальный трофологический статус (ИМТ от 18,5 до 24,9 кг/м²) [46].

- Тяжелые физические нагрузки и соревновательные виды спорта не рекомендованы пациентам с ДКМП [2, 52].

ЕОК IIIС (УУР С, УДД 5)

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

На пациентов с ДКМП могут быть распространены общие положения (цели, задачи, принципы, модули) и рекомендации по медицинской реабилитации (МедР) больных ХСН [52, 284, 285]. Цель МедР - улучшение качества и увеличение продолжительности жизни пациентов с ДКМП. Основные компоненты комплексной программы МедР могут быть объединены в следующие модули: 1) ОМТ, дополненная, при необходимости, инвазивными, интервенционными вмешательствами; 2) физическая реабилитация; 3) психологическая реабилитация; 4) образовательный модуль; 5) динамическое наблюдение.

- Пациентов с ДКМП рекомендуется включать в программы комплексной МедР с целью улучшения их КЖ и прогноза [52, 284, 285].

ЕОК IA (УУР С, УДД 5)

Комментарий: Участие в программах комплексной МедР способствует повышению КЖ (за счет уменьшения тяжести симптомов, увеличения толерантности к нагрузке, нормализации психоэмоционального статуса), улучшению приверженности лечению и прогноза (за счет снижения частоты госпитализаций, кардиальной и общей смертности).

- У пациентов с ДКМП рекомендуется раннее начало реабилитационных мероприятий для обеспечения более благоприятного течения и исхода заболевания [284].

РКО IC (УУР С, УДД 5)

Комментарий: В случае стабильного течения заболевания, «раннее начало» предполагает инициацию реабилитации сразу после установления диагноза / при первом контакте с пациентом;

в случае прогрессирования заболевания или хирургического лечения – сразу после стабилизации витальных функций.

- Рекомендуется всех пациентов с ДКМП информировать по вопросам, связанным с заболеванием, его лечением и профилактикой, обучать методам самоконтроля и самопомощи для повышения приверженности лечению, его безопасности и эффективности [52, 284, 285].

ЕОК IA (УУР С, УДД 5)

Комментарии: Пациенты с ДКМП должны быть обучены признакам, симптомам ХСН и НРС. Все пациенты должны получить рекомендации по допустимой (безопасной) физической активности (бытовой, профессиональной, рекреационной, сексуальной) и питанию (потребление соли, жидкости, белка); отказаться от курения и/или избегать пассивного курения; должны быть обучены методам самоконтроля, знать целевые значения контролируемых параметров (пульс, АД, масса тела, водный баланс) и их допустимые колебания. Пациентам должен быть объяснен алгоритм действий в случае ухудшения самочувствия [52, 284, 285]. Пациенты с ДКМП должны быть информированы о недопустимости употребления веществ, способных ухудшить течение заболевания (алкоголь, анаболические стероиды, кокаин, метамфетамины и другие) [51, 53].

- Пациентам с ДКМП рекомендуется проведение психодиагностического скрининга и выявление психосоциальных факторов риска для определения показаний к их коррекции с целью повышения приверженности лечению, качества самоконтроля, улучшения КЖ и прогноза [52, 286, 287].

ЕОК IIaC (УУР С, УДД 4)

Комментарии: К психосоциальным факторам риска, обладающим доказанным негативным влиянием на приверженность лечению, качество самоконтроля, вовлеченность в программы МедР, продуктивность взаимодействия с врачом, качество жизни и прогноз относятся депрессия, тревога, хронический стресс, когнитивные дисфункции, социальная изоляция и низкая социальная поддержка. При ХСН депрессия является независимым предиктором общей летальности, а ее распространенность составляет 20% [286, 287].

- У пациентов с ДКМП может быть рекомендовано проведение скрининговой оценки когнитивных функций для индивидуализации программ МедР с целью повышения их эффективности и безопасности [283, 286, 288].

ЕОК IIbC (УУР В, УДД 3)

Комментарии: Распространенность когнитивных нарушений у пациентов с ХСН достигает 73% [288]. Ухудшение памяти, внимания, концентрации, мышления, речи, исполнительных функций, нарушения гнозиса и праксиса отрицательно сказываются на обучаемости пациентов, их приверженности лечению, качестве самоконтроля, способности к

принятию решений, затрудняют сотрудничество с врачом, повышают риск социальной изоляции, снижают безопасность и эффективность лечения [288]. Участие в комплексных программах МедР, особенно в программе физической реабилитации, способствует улучшению когнитивного профиля пациентов [286, 288].

- Пациентов с ДКМП, имеющих психосоциальные факторы риска, рекомендуется направлять на прием (тестирование, консультация) медицинского психолога первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта первичный для углубленного психодиагностического обследования и психокоррекции с целью повышения приверженности лечению, качества самоконтроля, улучшения КЖ и прогноза [2, 284, 286].

ЕОК ПаС (УУР С, УДД 5).

- Всем пациентам с наследственной ДКМП, в отношении которых принято решение об имплантации кардиовертера-дефибриллятора***, а также лицам, перенесшим смерть члена семьи, обусловленную кардиомиопатией, рекомендуется проведение приема (тестирования, консультации) медицинского психолога первичного [2].

ЕОК IC (УУР С, УДД 5)

- У пациентов с ДКМП в возрасте ≥ 60 лет может быть рекомендовано проведение скрининга для выявления синдрома старческой астении с целью индивидуализации программы МедР и определения показаний к комплексному гериатрическому обследованию [284, 289].

ЕОК ПьС (УУР С, УДД 4).

Комментарии: Для скрининга рекомендуется использовать опросник «Возраст не помеха» (Приложение Г2). Пациентов с результатом ≥ 5 баллов следует направлять в гериатрический кабинет для выполнения комплексной гериатрической оценки. Распространенность синдрома старческой астении увеличивается с возрастом, у пациентов с ХСН составляет 15 – 74% [289].

- Рекомендуется динамическое наблюдение за пациентами с ДКМП, в том числе, с использованием телемедицинских технологий, для оценки эффективности и безопасности лечения, своевременной коррекции программы МедР, повышения приверженности пациентов лечению [52, 284, 285].

ЕОК IA (УУР С, УДД 5).

- Пациентов с ДКМП, при отсутствии противопоказаний, рекомендуется включать в программы физической реабилитации с целью повышения физической работоспособности, улучшения КЖ, снижения частоты госпитализаций по поводу СН [52, 284, 285].

ЕОК IA (УУР С, УДД 5)

- Пациентам с ДКМП перед включением в программу физической реабилитации рекомендуется проводить тщательную клиническую оценку с целью выявления противопоказаний

к проведению теста с физической нагрузкой и физическим тренировкам для предотвращения ятрогенных осложнений вмешательства [284, 290].

ЕОК IC (УУР С, УДД 5)

Комментарии: *Абсолютные противопоказания к проведению теста с физической нагрузкой и к физическим тренировкам при ДКМП и стабильной ХСН: неконтролируемые гемодинамически значимые НРС; острые состояния (эндокардит, перикардит, ТЭЛА, эмболии иной локализации, тромбоз глубоких вен нижних конечностей, диссекция аорты); анемия тяжелой степени; ЧСС ≥ 120 уд/мин., САД ≤ 90 мм рт. ст.; выраженные когнитивные нарушения; отсутствие продуктивного контакта с больным; отказ пациента.*

▪ Пациентам с ДКМП, при отсутствии противопоказаний, рекомендуется проведение теста с физической нагрузкой для определения класса функционального состояния и стратификации риска больных с целью формирования индивидуализированной программы физической реабилитации [52, 284, 290].

ЕОК IIaC (УУР С, УДД 5).

Комментарии: *Предпочтительно в качестве теста с физической нагрузкой у пациентов с ДКМП использовать эргоспирометрию, однако, могут быть использованы велоэргометрия, тест с 6-минутной ходьбой. У пациентов с синдромом старческой астении оценка физического состояния может быть выполнена с использованием теста «встань и иди» с контролем времени выполнения. В зависимости от результатов клинической оценки и теста с физической нагрузкой пациенту назначаются: 1) групповые или индивидуальные занятия; 2) контролируемые физические тренировки (на базе лечебно-профилактического учреждения, под руководством и наблюдением медицинского персонала), или неконтролируемые (самоконтролируемые) физические тренировки (пациент должен быть обучен методам контроля), или частично контролируемые (с комбинированным контролем – медицинским и самостоятельным); 3) определяются интенсивность нагрузки (с использованием % ЧСС макс. и/или % резерва ЧСС, % $peakVO_2$, шкалы Borg (Приложение Г3), продолжительность и периодичность занятий. При исходно низкой толерантности к физической нагрузке (< 3 MET) продолжительность 1 занятия составляет не более 15 мин, периодичность – ежедневно, не менее 3 раз в день; при исходно средней толерантности к физической нагрузке (3-5 MET) продолжительность занятий составляет 15-30 мин, периодичность – ежедневно, 1-2 раз в день; при исходно высокой толерантности к физической нагрузке (> 5 MET) продолжительность 1 занятия – 30-60 мин, целевая периодичность – 5-7 дней в неделю [284].*

▪ Пациентам с ДКМП рекомендуются регулярные аэробные физические тренировки кардиореспираторной выносливости для увеличения и поддержания физической работоспособности, улучшения КЖ и снижения риска госпитализации [52, 284, 289].