

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ  
Министерство здравоохранения Забайкальского края

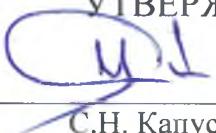
государственное автономное учреждение здравоохранения  
«ЗАБАЙКАЛЬСКАЯ КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»

672038, г.Чита, ул. Коханского, д. 7

тел. (302-2) 72 02 71, 28 20 95

E-mail: [priem@kkb.chita.ru](mailto:priem@kkb.chita.ru)

от 03.12.2025 г. № 877-о

УТВЕРЖДАЮ  
  
Главный врач \_\_\_\_\_  
С.Н. Капустин

Информационное письмо

**О совершенствовании оказания  
медицинской помощи больным с хронической  
сердечной недостаточностью (ХСН) в  
условиях отделения реанимации и  
интенсивной терапии (ОРИТ) при острой  
декомпенсации и кардиогенном шоке**

*Заведующий отделением ОАР ОКС*

*Д.О. Ростовцев*

**О совершенствовании оказания медицинской помощи больным с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) при острой декомпенсации и кардиогенном шоке**

**Актуальность:** Госпитализация в ОРИТ по поводу острой декомпенсации ХСН (ОДХСН) и, в особенности, кардиогенного шока (КШ) ассоциирована с крайне высоким риском летального исхода. Тактика ведения на этом этапе требует экстренных, точных и часто инвазивных решений, основанных на понимании патофизиологии, данных мониторинга и современных международных рекомендациях. Стандартизация подхода в ОРИТ является ключевым звеном для снижения внутрибольничной смертности.

**Цель:** Оптимизация диагностического и лечебного алгоритма ведения пациентов с тяжелой ОДХСН и КШ в условиях ОРИТ на основе концепции стратификации по клинико-гемодинамическим профилям.

**Ключевые направления совершенствования в условиях ОРИТ:**

**1. Экстренная диагностика и стратификация риска**

Первичная оценка в течение первых минут должна определить клинико-гемодинамический профиль:

- **Застой:** Признаки перегрузки объемом (отеки, хрипы в легких, повышенное ЦВД).
- **Нормоволемия:** Отсутствие явных признаков застоя.
- **Гипоперфузия:** Признаки снижения сердечного выброса (холодные конечности, олигурия, спутанность сознания, лактат >2 ммоль/л, низкое САД).
- **Адекватная перфузия:** Отсутствие признаков гипоперфузии.

Это определяет неотложную тактику:

- Адекватная перфузия, застой (наиболее частый профиль): Активная диуретическая и вазодилатирующая терапия.
- Гипоперфузия, застой: Сочетание инотропной поддержки и осторожной диуретической терапии.
- Гипоперфузия, нормоволемия («гиповолемический шок»): Осторожная инфузционная нагрузка под контролем.
- Адекватная перфузия, нормоволемия: Стабильное состояние, рутинная терапия.

## **2. Инструментальный мониторинг – переход от неинвазивного к инвазивному**

- Обязательный минимум: Непрерывный мониторинг ЭКГ, АД, SaO<sub>2</sub>, диуреза.
- ЭхоКГ у постели больного (Point-of-Care Ultrasound, POCUS): Критически важный метод в первые 30-60 минут для оценки:
  - ФВ ЛЖ и ГЖ.
  - Признаков застоя: Размер и коллабиремость НПВ, наличие выпота.
  - Механических осложнений (разрыв папиллярной мышцы, ДМЖП, тампонада).
- Инвазивный гемодинамический мониторинг (по показаниям):
  - Катетеризация центральной вены (ЦВК) для измерения ЦВД и введения вазопрессоров/инотропов.
  - Установка артериальной линии для непрерывного измерения АД и забора анализов на газы и лактат.
  - Катетеризация легочной артерии (Swan-Ganz) – «золотой стандарт» при рефрактерном шоке или диагностических сомнениях для точного измерения ДЗЛА, СВ, ОПСС.

## **3. Принципы фармакотерапии в ОРИТ (на основе профиля)**

- Для снижения пред- и постнагрузки:
  - Петлевые диуретики (фуросемид): Внутривенно болюсно + непрерывная инфузия эффективнее, чем периодические болюсы. Контроль баланса жидкости, электролитов, функции почек.
  - Вазодилататоры:
    - Нитраты (нитроглицерин/изосорбида динитрат в/в) – при АД >110 мм рт.ст., для купирования отека легких.
    - Неприлизингбитор в/в (сакубитрил/валсартан для в/в введения) – при необходимости быстрого перевода с иАПФ/БРА на АРНИ.
    - Нитронруссид натрия – при тяжелой гипертензии и недостаточности митрального/аортального клапана (кратковременно, под строгим контролем).
- Для инотропной поддержки и повышения перфузии:
  - Норадреналин – вазопрессор первого выбора для коррекции вазоплегии и поддержания перфузионного давления (САД >65-70 мм рт.ст.) при КШ.

- Добутамин – инотроп первого выбора для увеличения сердечного выброса при низком СВ. Внимание! Может вызывать тахиаритмии и увеличивать потребность миокарда в кислороде.
- Левосимендан – кальциесенситайзер, повышающий сократимость без увеличения потребности в кислороде. Препарат выбора при тяжелой ХСН на фоне терапии бета-адреноблокаторами. Требует инфузионного введения.
- Адреналин – при рефрактерном шоке, но с осторожностью из-за высокого риска аритмий и ухудшения периферической перфузии.
- При рефрактерном отеке легких/гиперкарпии: Рассмотреть неинвазивную вентиляцию легких (НИВЛ) – СРАР/ВiРАР для снижения работы дыхания и пред-нагрузки.

#### **4. Тактика при рефрактерном кардиогенном шоке (РКШ)**

При неэффективности медикаментозной терапии (стойкая гипотензия, гипоперфузия, олигурия, нарастающий лактат) в течение 30-60 минут должен быть активирован алгоритм экстракорпоральной поддержки:

1. Срочная консультация кардиохирурга/специалиста по механической поддержке.
2. Рассмотрение вариантов механической поддержки кровообращения:
  - Внутриаортальная баллонная контрпульсация (ВАБКП) – имеет ограниченные показания (например, при острой ишемии как мост к реваскуляризации).
  - Имплантируемые системы экстракорпоральной мембранный оксигенации (ЭКМО, VA-ECMO) – метод выбора при РКШ. Обеспечивает полную гемодинамическую и респираторную поддержку.
  - Имплантируемые микроаксиальные насосы (Impella и др.) – для разгрузки ЛЖ и увеличения сердечного выброса.
3. Определение обратимости состояния (острая ишемия, миокардит) и рассмотрение вопроса о трансплантации сердца.

#### **5. Организационные аспекты в ОРИТ**

- Создание «Шок-команды»: Быстрый отклик мультидисциплинарной команды (реаниматолог, кардиолог, кардиохирург, рентгенэндоваскулярный хирург, перфузиолог, координатор) по принципу «Code Shock».

- Протоколы и чек-листы: Разработка локальных протоколов для ведения ОДХСН и КШ, включая алгоритмы старта вазопрессоров, инотропов и активации ЭКМО.
- Преемственность «ОРИТ → Кардиостационар»: Четкий план перевода: стабилизация гемодинамики, начало/возобновление терапии «четырьмя столпами» ХСН (по возможности), письменный эпикриз с детализацией проведенного лечения и дальнейшими целями.

### **Рекомендации для ОРИТ и кардиологических стационаров:**

- Обеспечить круглосуточную доступность экспертного уровня ЭхоКГ (POCUS) для врачей ОРИТ.
- Организовать регулярные симуляционные тренинги команды по ведению «Code Shock».
- Наладить логистику для экстренного развертывания VA-ECMO (протоколы, оборудование, обученный персонал).
- Внедрить в клиническую практику стандартные бланки для оценки клинико-гемодинамических профилей при поступлении пациента с ОДХСН.

Совершенствование помощи в ОРИТ направлено на быстрое восстановление перфузии и оксигенации, предотвращение полиорганной недостаточности и создание «терапевтического окна» для лечения основной причины декомпенсации.

**Ответственные за исполнение:** Руководители ОРИТ, кардиологических и кардиохирургических отделений, главные внештатные специалисты-реаниматологи и кардиологи.

### **Приложения (для ОРИТ):**

- Алгоритм первичной оценки и лечения пациента с ОДХСН/КШ в ОРИТ (схема на основе профилей).
- Протокол титрации вазоактивных и инотропных препаратов при КШ.
- Чек-лист для активации «Шок-команды» и рассмотрения механической поддержки кровообращения.