****

****

**Клинические варианты острой сердечной недостаточности**

ОСН - клинический синдром, характеризующийся быстрым возникновением симптомов, типичных для нарушенной систолической и/или диастолической функции сердца (сниженный СВ, недостаточная перфузия тканей, повышенное давление в капиллярах лёгких, застой в тканях). Выделяют впервые возникшую ОСН (de novo) у больных без известного нарушения функции сердца в анамнезе, а также острую декомпенсацию ХСН. При быстром развитии ОСН в отличие от постепенно нарастающей симптоматики и острой декомпенсации ХСН обычно отсутствуют признаки задержки жидкости в организме.

**Клинические варианты ОСН**

**Острая декомпенсированная СН** (впервые возникшая, декомпенсация ХСН) - маловыраженные симптомы ОСН, не соответствующие критериям кардиогенного шока, отека легких или ГК.

**Гипертензивная ОСН** - симптомы ОСН у больных с относительно сохранной функцией ЛЖ в сочетании с высоким АД и рентгенологической картиной венозного застоя в легких или отека легких.

**Отёк лёгких** (подтверждённый при рентгенографии грудной клетки) — тяжёлый респираторный дистресс с влажными хрипами в лёгких, ортопноэ и, как правило, с насыщением артериальной крови кислородом меньше 90% при дыхании комнатным воздухом до начала лечения.

**Кардиогенный шок** - клинический синдром, характеризующийся гипоперфузией тканей из-за СН, которая сохраняется после коррекции преднагрузки. Обычно наблюдается артериальная гипотония (САД <90мм рт.ст. или снижение АДср >30мм рт.ст.) и/или снижение скорости диуреза меньше 0,5 мл/(кг-ч). Симптоматика может быть связана с наличием бради- или тахиаритмий, а также с выраженной сократительной дисфункцией ЛЖ (истинный кардиогенный шок). В последнем случае ЧСС обычно превышает 60 уд/мин и нет тяжёлых тахиаритмий. Наличие застоя в тканях возможно, но не обязательно. Синдром низкого СВ и кардиогенный шок — различные стадии одного процесса.

СН с высоким сердечным выбросом - симптомы ОСН у больных с высоким СВ, обычно в сочетании с тахикардией, тёплыми кожными покровами и конечностями, застоем в лёгких и иногда низким АД (септический шок).

Недостаточность ПЖ — синдром низкого СВ в сочетании с повышенным давлением в ярёмных венах, с увеличением печени и артериальной гипотонией.

**Для оценки тяжести поражения миокарда и прогноза при ОИМ применяются классификации Т. Killip (1967) и J.S. Forrester (1977).**

Классификация Т. Killip основана на учёте клинических признаков и результатов рентгенографии грудной клетки. Выделяют четыре стадии (класса) тяжести.

Стадия I - нет признаков СН.

Стадия II - СН (влажные хрипы в нижней половине лёгочных полей, III тон, признаки венозной гипертензии в лёгких).

Стадия III - тяжёлая СН (явный отёк лёгких; влажные хрипы распространяются более чем на нижнюю половину лёгочных полей).

Стадия IV - кардиогенный шок (САД 90 мм рт.ст. с признаками периферической вазоконстрикции: олигурия, цианоз, потливость).

**Классификация J.S. Forrester основана на учете клинических признаков, характеризующих выраженность периферической гиперфузии, наличия застоя в легких, сниженного СИ ≤2,2 л/(мин\*м²) и повышенного ДЗЛА >18 мм рт.ст.**  Выделяют норму (группа I), отек легких (группа II), гиповолемический и кардиогенный шок (группы III и IV соответственно).

**Классификация "клинической тяжести" предложена для больных, госпитализированных с острой декомпенсацией ХСН. Она основана на оценке периферической перфузии и застоя в лёгких при аускультации.** Класс I - нет признаков периферической гипоперфузии и застоя в лёгких («тёплые и сухие»). Класс II - нет признаков периферической гипоперфузии с застоем в лёгких ("теплые и влажные"). Класс III - признаки периферической гипоперфузии без застоя в лёгких ("холодные и сухие"). Класс IV - признаки периферической гипоперфузии с застоем в лёгких («холодные и влажные»). Широкое внедрение в практику этой классификации требует повсеместного накопления клинического опыта.

**Классификация ХСН.** *Классификация В.Х.Василенко и Н.Д.Стражеско предполагала выделение трех стадий ХСН:*

 СТАДИЯ I - начальная, скрытая недостаточность кровообращения, проявляющаяся только при физической нагрузке (одышка, сердцебиение, чрезмерная утомляемость). В покое эти явления исчезают. Гемодинамика не нарушена.

 СТАДИЯ II - выраженная длительная недостаточность кровообращения, нарушения гемодинамики (застой в малом и большом круге кровообращения) выражены в покое.

 период А - признаки недостаточности кровообращения в покое выражены умеренно. Нарушения гемодинамики лишь в одном из отделов сердечно-сосудистой системы (в большом или малом круге кровообращения).

 период Б - окончание длительной стадии, выраженные гемодинамические нарушения, в которые вовлечена вся сердечно-сосудистая система (и большой, и малый круг кровообращения).

 СТАДИЯ III - конечная, дистрофическая с тяжелыми нарушениями гемодинамики, стойкими изменениями обмена веществ и необратимыми изменениями в структуре органов и тканей.

 Сразу очевидно, что эта классификация имеет ограничения и недостатки. В основу выделения стадий заложены разные принципы, тогда как именно единый принцип и должен пронизывать и объединять любую систематизацию.

 Стадия I выделена по чисто функциональному признаку - наличию проявлений скрытой ХСН, появляющейся при нагрузке. Это близко к классификации NYHA, о которой речь пойдет позже.

 Стадия II определена по выраженности и распространенности проявлений недостаточности кровообращения. Различия между периодами <А> и <Б> в том, имеется ли проявление застойных явлений лишь в одном круге кровообращения или в обоих.

 Принципом выделения стадии III определено наличие необратимых структурных изменений в органах и тканях, т.е. морфология. Это наиболее запутанная с практической точки зрения часть классификации, так как далеко не всегда можно с уверенностью говорить о необратимости изменений в органах-мишенях до того, как проведено достаточно агрессивное лечение. Ведь иногда устранение декомпенсации (особенно при использовании современных препаратов, например ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента - ИАПФ) позволяет восстановить функции сердца, печени и почек даже при их критическом поражении.

 Таким образом, в одной классификации сплелось три различных принципа, и стадийность процесса выглядит совсем неочевидной. К примеру, при митральном стенозе наличие кардиогенного пневмосклероза (формальные признаки недостаточности III стадии) совсем необязательно сочетается с недостаточностью по двум кругам кровообращения (формальные признаки более легкой IIБ) стадии.

 Кроме того, классификация выглядит застывшей, не учитывающей динамики процесса. Если, к примеру, больному ставится диагноз ХСН IIБ стадии при наличии обширных застойных явлений, то этот диагноз окончателен и будет сохраняться даже после проведения терапии. Хотя известно, что нередко активное лечение позволяет настолько устранить симптомы недостаточности кровообращения, что впору диагностировать у того же пациента ХСН I стадии. Это крайне осложняет освидетельствование больного с ХСН во ВТЭК, которая хочет видеть признаки соответствующей стадии заболевания непосредственно во время освидетельствования пациента.

 Однако, несмотря на все условности и разночтения, неизбежные при любом ранжировании тяжести болезни, классификация В.Х.Василенко и Н.Д.Стражеско вошла <в плоть и кровь> российских медиков и выдержала проверку временем. Можно сказать, что именно попытка рассмотреть в ней динамику патологического процесса, а не просто толерантности к физическим нагрузкам и привлекает практикующих терапевтов и кардиологов. C другой стороны, отход от оценок функционального состояния больного приводит к тому, что диагноз ХСН I стадии в России ставится крайне редко (по итогам исследования IMPROVEMENT HF в 9,8% случаев среди пациентов моложе 70 лет и в 8,0% случаев среди пациентов старше 70 лет). В то время как по мировой статистике 50 - 55% всех больных с ХСН имеют легкую степень болезни.

 За многие годы делались неоднократные попытки пересмотреть и дополнить существующую классификацию. Изменения можно свести к выделению дополнительных периодов в I и III стадиях ХСН, получивших название IА и IIIА стадии соответственно.

 Период А в I стадии - доклиническая ХСН. Жалоб больные практически не предъявляют, но при физической нагрузке отмечается некоторое снижение ФВ и увеличение конечного диастолического объема (КДО) ЛЖ, т.е. ухудшение гемодинамики, провоцируемое функциональными нагрузочными пробами.

 Физиологический смысл выделения доклинической стадии ХСН очевиден, и при высоком уровне охвата населения диспансерным наблюдением оно помогало бы раннему выявлению первых признаков ХСН. Однако, как уже говорилось, в России не в почете определение даже I стадии ХСН, так что выделение еще более легкой IА стадии, к сожалению, не вошло в практику. Сказалась и необходимость инструментального обеспечения для столь ранней диагностики ХСН. После завершения исследования IMPROVEMENT HF мы можем опираться на факты использования инструментальных методов исследования у больных с ХСН. Выяснилось, что даже сегодня, несмотря на то что, например, эхокардиография выполняется у 92,5% больных с ХСН моложе 70 лет, ФВ ЛЖ измеряется лишь у 33,5% из них. У пациентов старше 70 лет эти показатели еще хуже и ФВ измеряется в 19,4% случаев. Интересно, что при измерении ФВ в 84,8% она превышала 40%, иными словами, не менее 26% всех больных с ХСН имели диастолическую ХСН, выраженность которой была умеренной. Эти цифры никак не соответствуют частоте диагностики I ФК ХСН только у 8 - 10% больных, обследованных по программе IMPROVEMENT HF. Если же говорить не об эхокардиографии, а о пробах с физическими нагрузками, необходимыми для выявления начальных признаков ХСН, то положение гораздо хуже. Эти методики применяются при ХСН крайне редко, хотя, как будет сказано далее, это один из наиболее простых и доступных методов обследования больных с ХСН.

 Период А в III стадии характеризуется выраженными признаками ХСН в покое, наличием распространенных явлений декомпенсации по двум кругам кровообращения и расстройствами гемодинамики. Однако при активной комплексной терапии удается существенно устранить выраженность застоя, стабилизировать гемодинамику и постепенно восстановить функции жизненно важных органов. Стадия IIIБ при этом соответствует III стадии классической классификации, приведенной выше.

 Это дань появлению новых высокоэффективных методов лечения, которые позволяют выводить из декомпенсации пациентов, ранее казавшихся безнадежными. Инициатива в выделении этой стадии принадлежит Н.М.Мухарлямову, и надо признать, что такая дополнительная градация тяжести заболевания оказалась наиболее удачной из всех дополнений к традиционной классификации ХСН, успешно отвечающей на одно из основных критических замечаний, обращенных к старой (в понимании - выдержанной) классификации. Выделение IIIА стадии ХСН по существу - попытка внести в Российскую классификацию ХСН оценку динамики состояния больного в процессе лечения. Это очевидный <мостик> между классификациями В.Х.Василенко и Н.Д.Стражеско и функциональной классификацией NYHA.

***Функциональная классификация ХСН***

 Почему же в последние годы так много обсуждений вокруг хорошо апробированной и столь полюбившейся врачам классификации ХСН, которая, несмотря на все недостатки, вполне применима и с дополнениями очерчивает практически все стадии ХСН, от самых легких до самых тяжелых? На это имеется два ответа:

 - пользоваться функциональной классификацией, очевидно, проще и удобнее с точки зрения контроля динамики процесса и физических возможностей пациента. Это доказало успешное применение функциональной классификации ИБС, тоже с трудом пробивавшей себе дорогу в умах и сердцах российских докторов,

 - <не может один солдат идти в ногу, а весь взвод нет>, т.е. нельзя игнорировать тот факт, что все страны мира, за исключением России, используют функциональную классификацию HYHA, которая рекомендована к использованию Международным и Европейским обществами кардиологов.

 ***Функциональная классификация ХСН NYHA*.** Принята в 1964 г. Ее также много раз пересматривали, дополняли и критиковали, но тем не менее успешно применяют во всем мире. Она имеет схожую с классификацией В.Х.Василенко и Н.Д.Стражеско судьбу. Только ленивый из уважающих себя ученых-кардиологов ее не критикует, но все практические доктора с успехом продолжают ею пользоваться. Принцип, заложенный в ее основу, прост - оценка физических (функциональных) возможностей пациента, которые могут быть выявлены врачом при целенаправленном, тщательном и аккуратном сборе анамнеза, без применения сложной диагностической техники. Было выделено четыре ФК.

 I ФК - больной не испытывает ограничений в физической активности. Обычные нагрузки не провоцируют возникновения слабости (дурноты), сердцебиения, одышки или ангинозных болей.

 II ФК - умеренное ограничение физических нагрузок. Больной комфортно чувствует себя в состоянии покоя, но выполнение обычных физических нагрузок вызывает слабость (дурноту), сердцебиение, одышку или ангинозные боли.

 III ФК - выраженное ограничение физических нагрузок. Больной чувствует себя комфортно только в состоянии покоя, но меньшие, чем обычно, физические нагрузки приводят к развитию слабости (дурноты), сердцебиения, одышки или ангинозных болей.

 IV ФК - неспособность выполнять какие-либо нагрузки без появления дискомфорта. Симптомы сердечной недостаточности или синдром стенокардии могут проявляться в покое. При выполнении минимальной нагрузки нарастает дискомфорт.

Как видно, все очень просто и понятно, хотя и здесь есть некоторые трудности. Как провести грань между, например, умеренным и выраженным ограничением физической активности? Эта оценка становится субъективной и во многом зависит от восприятия больным своего самочувствия и реальной интерпретации этих восприятий больного доктором, который должен в итоге выставить лишь римскую цифру от I до IV.( <http://old.consilium-medicum.com/media/book/01_01/16.shtml>)

Терминология, используемая при описании ХСН**.** Различают острую и хроническую СН. Под острой СН принято подразумевать возникновение острой (кардиогенной) одышки, связанной с быстрым развитием легочного застоя вплоть до отека легких или кардиогенного шока (с гипотонией, олигурией и т.д.), которые, как правило, являются следствием острого повреждения миокарда, прежде всего острого ИМ.Чаще встречается хроническая форма СН, для которой характерны периодически возникающие эпизоды обострения (декомпенсации), проявляющиеся внезапным или, что бывает чаще, постепенным усилением симптомов и признаков ХСН. Помимо острой и хронической, различают также систолическую и диастолическую СН. Традиционно СН и ее тяжесть ассоциируют со снижением сократительной способности сердца (систолическая СН), которую чаще оценивают по величине ФВ ЛЖ. Однако значительная часть больных СН имеет нормальную или почти нормальную ФВ ЛЖ (>45-50%). В таких случаях целесообразно говорить о СН с сохраненной систолической функцией (СН-ССФ) или, что более правильно - о СН с сохраненной ФВ ЛЖ (СН-СФВ ЛЖ). Частота встречаемости больных с СН-СФВ ЛЖ зависит от тяжести обследуемой популяции и критериев оценки ФВ ЛЖ. Так, среди тяжелых декомпенсированных стационарных больных СН доля СН-СФВ ЛЖ как правило, не превышает 20%. Среди всех больных с диагнозом СН в стационарной и поликлинической практике доля СН-СФВ ЛЖ может достигать 30-50%. В обсервационных популяционных исследованиях, например, в российском исследовании ЭПОХА-О-ХСН среди всех больных СН, верифицированной по Фрамингемским критериям, уже 56,8% пациентов имели ФВ ЛЖ >50%, а 85,6% - ФВ ЛЖ>40%. Близкие к этим данные (84,1%) были получены в другом российском популяционном исследовании - IMPROVEMENT, в котором приняли участие 100 терапевтов из 10 городов РФ.Патофизиология СН-СФВ ЛЖ, вероятно, гетерогенна. Более чем в 90% случаев, особенно в старших возрастных группах, где высока доля пациентов с повышенной жесткостью миокарда, с АГ и гипертрофией ЛЖ, СД, СН-СФВ ЛЖ может быть обусловлена собственно диастолической дисфункцией, но у отдельных пациентов также может быть связана с повышенной жесткостью артериального сосудистого русла. Наличие у больного с СН-СФВ ЛЖ подтвержденных объективными методами диастолических расстройств позволяет говорить о нем, как о больном с диастолической СН (ДСН).Небходимо учитывать, что если диастолическая СН бывает изолированной, то систолическая СН, как правило, протекает не только с систолическими, но и с диастолическими расстройствами, то есть чаще носит смешанный характер.Среди других терминов встречаются деление ХСН на право- и левожелудочковую, в зависимости от преобладания застойных явлений в малом или большом круге кровообращения; ХСН с низким или высоким сердечным выбросом (СВ). Следует помнить, что высокий СВ встречается при ряде заболеваний (тиреотоксикозе, анемии и др.), не имеющих прямого отношения к повреждению миокарда.В отечественной практике часто используются термины «застойная СН - ЗСН» и «хроническая недостаточность кровообращения - ХНК», которые нередко «конкурируют» с термином ХСН, что и продолжает оставаться предметом дискуссий. По сути, ЗСН является синонимом клинически выраженной ХСН с отчетливой симптоматикой застоя жидкости. Термин ХНК, предложенный А. Л. Мясниковым и получивший распространение только в нашей стране, также можно рассматривать, как синоним ХСН, поскольку оба термина фактически призваны обозначить одно и то же заболевание. В этой связи (исключительно для унификации терминологии) рекомендуется не применять иной термин, кроме как ХСН, при формулировании диагноза и в других документах, используемых для отчетности, статистики и т. д.

Классификация ХСН, предложенная Обществом Специалистов по Сердечной Недостаточности (ОССН) и утвержденная Российским съездом кардиологов в 2003 году, предусматривает объединение существующей по настоящее время классификации стадий ХСН Стражеско-Василенко и ФК NYHA(классификации Нью-Йоркской сердечной Ассоциации).

Классификация ХСН ОССН 2002 (с комментариями и приложениями)

|  |  |
| --- | --- |
| Стадии ХСН (могут ухудшаться, несмотря на лечение) | Функциональные классы ХСН (могут изменяться на фоне лечения как в одну, так и в другую сторону) |
| I ст. | Начальная стадия заболевания (поражения) сердца. Гемодинамика не нарушена. Скрытая сердечная недостаточность. Бессимптомная дисфункция ЛЖ. | I ФК | Ограничения физической активности отсутствуют: привычная физическая активность не сопровождается быстрой утомляемостью, появлением одышки или сердцебиения. Повышенную нагрузку больной переносит, но она может сопровождаться одышкой и/или замедленным восстановлением сил. |
| IIА ст | Клинически выраженная стадия заболевания (поражения) сердца. Нарушения гемодинамики в одном из кругов кровообращения, выраженные умеренно. Адаптивное ремоделирование сердца и сосудов. | II ФК | Незначительное ограничение физической активности: в покое симптомы отсутствуют, привычная физическая активность сопровождается утомляемостью, одышкой или сердцебиением. |
| IIБ ст | Тяжелая стадия заболевания (поражения) сердца. Выраженные изменения гемодинамики в обоих кругах кровообращения. Дезадаптивное ремоделирование сердца и сосудов. | III ФК | Заметное ограничение физической активности: в покое симптомы отсутствуют, физическая активность меньшей интенсивности по сравнению с привычными нагрузками сопровождается появлением симптомов. |
| III ст. | Конечная стадия поражения сердца. Выраженные изменения гемодинамики и тяжелые (необратимые) структурные изменения органов-мишеней (сердца, легких, сосудов, головного мозга, почек). Финальная стадия ремоделирования органов. | IV ФК | Невозможность выполнить какую-либо физическую нагрузку без появления дискомфорта; симптомы СН присутствуют в покое и усиливаются при минимальной физической активности. |

**Комментарии к классификации ХСН ОССН**

*Во-первых*, что касается ХСН стадии 0. В классификации ее нет, т.к. при отсутствии симптомов и поражения сердца ХСН у больного просто не может быть. Бессимптомная дисфункция ЛЖ уже соответствует 1-й стадии болезни или по выраженности симптомов - 1-му ФК. Бессимптомная дисфункция ЛЖ (соответствует I стадии). Симптомы ХСН в покое и при обычных нагрузках отсутствуют (см. соответствующее определение в I стадии). Систолическая дисфункция: ФВ ЛЖ≤45% и/или конечно-диастолический размер (КДР) ЛЖ>5,5 см (индекс конечно-диастолического размера (ИКДР) ЛЖ >3,3 см/м2).

Диастолическая дисфункция: ТМЖП (толщина межжелудочковой перегородки) + ТЗСЛЖ (толщина задней стенки ЛЖ) / 2>1,3см и/или ТЗСЖ>1,2 см и/или гипертрофический тип спектра трансмитрального допплеровского потока (ТМДП) (Е/А <1,0). При этом относительная толщина стенок ЛЖ ТМЖП + ТЗСЛЖ/КДР не отличается от нормы и составляет ≥0,45. Индекс сферичности ЛЖ в систолу (отношение короткой оси ЛЖ к длинной оси ЛЖ) не отличается от нормы <0,70. Адаптивное ремоделирование ЛЖ (соответствует ПА стадии). Симптомы (см. соответствующее определение во IIА стадии). Систолическая дисфункция (см. в I стадии) + индекс сферичности ЛЖ в систолу (отношение короткой оси ЛЖ к длинной оси ЛЖ) >0,70 и/или относительная толщина стенок ЛЖ (ТМЖП + ТЗСЛЖ/КДРЛЖ) >0,30 и <0,45. Диастолическая дисфункция (см. в I стадии) + псевдонормальный тип спектра ТМДП ≥1,1 и ≤2,0. Дезадаптивное ремоделирование ЛЖ (соответствует ПБ стадии). Симптомы (см. соответствующее определение во IIБ стадии). Систолическая дисфункция (см. в I стадии) + индекс сферичности ЛЖ в систолу (отношение короткой оси ЛЖ к длинной оси ЛЖ) > 0,80 и/или относительная толщина стенок ЛЖ (ТМЖП + ТЗСЛЖ/КДРЛЖ) ≤0,30. Диастолическая дисфункция (см. в I стадии) + рестриктивный тип спектра ТМДП >2,0 *Во-вторых*, для определения стадии ХСН, как это было в классификации В.X. Василенко и Н.Д. Стражеско, также как и для определения ФК ХСН, как это принято в классификации Нью-Йоркской Ассоциации сердца (NYHA), специальных процедур и исследований (например, велоэргомет-рии) не требуется. *В-третьих*, для объективизации ФК ХСН используются ТШХ и ШОКС. Для более точной оценки тяжести клинических проявлений болезни неоднократно делались попытки создания шкал балльной оценки тяжести ХСН. С этой целью было предложена российская система ШОКС. Смысл в том, что для определения всех пунктов, включенных в шкалу, не нужно применения инструментальных методов и ответы на все вопросы можно получить при сборе анамнеза и обычном физикаль-ном исследовании. Кроме того, расспрос и осмотр больного в соответствии с пунктами ШОКС напоминает врачу о всех необходимых исследованиях, которые он должен предпринять для правильного и тщательного обследования больного ХСН.

*Шкала оценки клинического состояния при ХСН (****ШОКС****) (модификация Мареева В.Ю., 2000)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Одышка | 0 - нет | 1 - при нагрузке | 2 - в покое |
| 2 | Изменился ли за последнюю неделю вес | 0 - нет | 1 - увеличился |  |
| 3 | Жалобы на перебои в работе сердца | 0 - нет | 1 - есть |  |
| 4 | В каком положении находится в постели | 0 - горизонтально | 1-е приподнятым головным концом (2+ подушки), 2 - плюс просыпается от удушья, 3 - сидя |
| 5 | Набухшие шейные вены | 0 - нет | 1 - лежа, 2 - стоя |
| 6 | Хрипы в легких | 0 - нет | 1 - нижние отделы (до 1 /3), 2 - до лопаток (до 2/3), 3 - над всей поверхностью легких |
| 7 | Наличие ритма галопа | 0 - нет | 1 - есть |
| 8 | Печень | 0 - не увеличена |  1 - до 5 см, 2 - более 5 см |
| 9 | Отеки | 0 - нет | 1 - пастозность, 2 - отеки, 3 - анасарка |
| 10 | Уровень САД | 0 - >120 | 1 - (100-120), 2 - <100 ммрт.ст. |

Во время осмотра больного врач задает вопросы и проводит исследования соответственно пунктам от 1 до 10. В карте отмечается число баллов, соответствующее ответу которые в итоге суммируются. Максимально больной может набрать 20 баллов (терминальная ХСН), 0 баллов - полное отсутствие признаков ХСН. **По ШОКС баллы соответствуют**: I ФК <3 баллов; II ФК4-6 баллов; III ФК7-9 баллов; IV ФК >9 баллов. Кроме того, использование этой шкалы в динамике позволяет оценивать эффективность проводимого лечения ХСН, что было подтверждено в ходе российских многоцентровых исследований ФАСОН, БЕЗЕ, СНЕГОВИК и др. **Определение дистанции шестиминутной ходьбы.** Этот метод широко используется в последние 4–5 лет в международной практике и позволяет оценить толерантность пациента к физическим нагрузкам, используя минимальные технические средства. Суть его заключается в том, что нужно измерить, какую дистанцию в состоянии пройти пациент в течение 6 минут. Для этого требуются лишь часы с секундной стрелкой и рулетка. Проще всего заранее разметить больничный или поликлинический коридор и попросить пациента двигаться по нему в течение 6 минут. Если пациент пойдет слишком быстро и вынужден будет остановиться, эта пауза, естественно, включается в 6 минут. В итоге вы определите физическую толерантность вашего больного к нагрузкам. Каждому ФК ХСН соответствует определенная дистанция 6–минутной ходьбы.

|  |  |
| --- | --- |
| **Выраженность ХСН** | **Дистанция 6 минутной ходьбы в метрах** |
| Нет ХСН | >551 м |
| I ФК ХСН | 426–550 м |
| II ФК ХСН | 301–425 м |
| III ФК ХСН | 151–300 м |
| IV ФК ХСН | <150 м |

<http://med-trushnikova.narod.ru/hsn/klassifikatsiya_hsn/>