

# ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

**Краткий обзор актуальных рекомендаций ESC и ACC/АНА с анализом ключевых изменений по сравнению с предыдущими версиями.**

*Справочный материал для практикующих врачей*

---

## О документе

- Представленный материал является обобщённым изложением актуальных рекомендаций двух ведущих международных кардиологических обществ по диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности, адаптированным и переведённым на русский язык.
- Часть 1 — актуальные позиции ESC 2021 (с обновлением 2023) и ACC/АНА/HFSA 2022 по темам, в соседних колонках.
- Часть 2 — что изменилось в рекомендациях каждого общества по сравнению с его же предыдущей версией.

## Источники

- ESC 2021: 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J 2021;42:3599–3726.
- ESC 2023 (focused update): 2023 Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J 2023;44:3627–3639.
- ESC 2016 (предыдущая версия): 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J 2016;37:2129–2200.
- ACC/AHA/HFSA 2022: 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure. J Am Coll Cardiol 2022;79:e263–e421.
- ACC/AHA/HFSA 2013/2017 (предыдущая версия): 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure с focused update 2017 года.

**Важно:** это справочный материал, обобщающий и переводящий позиции первоисточников своими словами, а не клиническая рекомендация от составителя и не официальный перевод. Полные тексты гайдлайнов остаются основным источником для клинических решений.

## ЧАСТЬ 1. АКТУАЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ — ESC 2021 (+2023) И ACC/AHA/HFSA 2022

### Условные обозначения уровней доказательности:

- ESC — Класс I/IIa/IIb/III; Уровень доказательности A/B/C
- ACC/AHA — Класс рекомендаций (COR) 1/2a/2b/3; Уровень доказательности (LOE) A/B-R/B-NR/C-LD/C-EO

NYHA — функциональный класс сердечной недостаточности по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца (I–IV); GDMT — guideline-directed medical therapy (медикаментозная терапия согласно гайдлайнам)

| КЛАССИФИКАЦИЯ ХСН ПО ФВ ЛЖ                      |                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Тема                                            | ESC 2021 + focused update 2023                                                                                                                                                                                                                         | ACC/AHA/HFSA 2022                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Типы ХСН                                        | • ХСН со сниженной ФВ (HFrEF): ФВ ЛЖ $\leq 40\%$ • ХСН с умеренно сниженной ФВ (HFmrEF): ФВ 41–49% • ХСН с сохранённой ФВ (HFpEF): ФВ $\geq 50\%$                                                                                                      | • HFrEF: ФВ ЛЖ $\leq 40\%$ • HFimpEF (ХСН с улучшенной ФВ): ранее $\leq 40\%$ , теперь $>40\%$ — новая категория ACC/AHA 2022 • HFmrEF: ФВ 41–49% • HFpEF: ФВ $\geq 50\%$                                                                                                             |
| ДИАГНОСТИКА                                     |                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Тема                                            | ESC 2021 + focused update 2023                                                                                                                                                                                                                         | ACC/AHA/HFSA 2022                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Ключевые диагностические шаги                   | ЭКГ, рентген ОГК, ЭхоКГ, натрийуретические пептиды (BNP/NT-proBNP). При ФВ $>40\%$ для диагноза HFrEF/HFmrEF необходимы структурные изменения (гипертрофия ЛЖ, дилатация ЛП) и/или диастолическая дисфункция, а также наличие симптомов/признаков ХСН. | Аналогичный подход. Новый акцент 2022: для диагностики HFrEF и HFmrEF (ФВ $>40\%$ ) обязательно наличие доказательств повышенного давления заполнения (натрийуретические пептиды, эхокардиографические признаки диастолической дисфункции или инвазивное гемодинамическое измерение). |
| Натрийуретические пептиды                       | BNP $\geq 35$ нг/мл или NT-proBNP $\geq 125$ нг/мл (в амбулаторных условиях) — пороговые значения для включения в алгоритм диагностики. Нормальные значения практически исключают ХСН как причину симптомов.                                           | Аналогичные пороговые значения; подчеркнуто, что нормальный NT-proBNP при нелеченной ХСН встречается редко — его нормальные значения имеют высокую отрицательную прогностическую ценность.                                                                                            |
| МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ HFrEF (ФВ $\leq 40\%$ ) |                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Тема                                            | ESC 2021 + focused update 2023                                                                                                                                                                                                                         | ACC/AHA/HFSA 2022                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 4 столпа GDMT (базовая терапия)                 | 1. иАПФ/АРНИ (сакубитрил/валсартан предпочтителен при переносимости — класс I) 2. $\beta$ -блокаторы (класс I) 3. Антагонисты минералокортикоидных рецепторов — АМА (класс I) 4. SGLT2-ингибиторы (дапаглифлозин или эмпаглифлозин) — класс I          | 1. АРНИ/иАПФ/БРА (класс 1; АРНИ — предпочтительнее иАПФ, класс 1A) 2. $\beta$ -блокаторы (класс 1) 3. АМА (класс 1) 4. SGLT2-ингибиторы (класс 1A) Все четыре класса рекомендованы одновременно — концепция «квартета GDMT».                                                          |
| АРНИ (сакубитрил/валсартан)                     | Предпочтителен перед иАПФ у симптомных пациентов с HFrEF, которые переносят иАПФ/БРА (класс I, уровень В). Замена иАПФ на АРНИ снижает риск смерти и госпитализации по поводу ХСН.                                                                     | Класс 1A: АРНИ рекомендован как предпочтительный агент из группы ингибиторов РАС у всех симптомных пациентов с HFrEF, которые переносят препарат.                                                                                                                                     |
| SGLT2-ингибиторы при HFrEF                      | Дапаглифлозин или эмпаглифлозин рекомендованы для снижения риска госпитализации по поводу ХСН и смерти от                                                                                                                                              | Класс 1A: SGLT2-ингибиторы рекомендованы у всех симптомных пациентов с HFrEF для снижения смертности и госпитализаций по поводу ХСН — независимо от наличия СД2.                                                                                                                      |

|                                         |                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                         | сердечно-сосудистых причин — класс I, уровень A (независимо от наличия СД2).                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Ивабрадин</b>                        | Рекомендован у пациентов с HFrEF в синусовом ритме с ЧСС $\geq 70$ уд/мин, несмотря на максимально переносимую дозу $\beta$ -блокаторов (или при их непереносимости) — класс IIa. | Аналогичная рекомендация: класс 2a при ЧСС $\geq 70$ уд/мин у пациентов с HFrEF в синусовом ритме, принимающих максимально переносимые дозы $\beta$ -блокаторов.                                                |
| <b>Гидралазин + изосорбида динитрат</b> | Рекомендованы у пациентов с HFrEF, которые не переносят ни иАПФ, ни БРА (класс IIa). Особая польза у пациентов афроамериканского происхождения.                                   | Класс 1A специально для пациентов с самоидентификацией как афроамериканцев с HFrEF на фоне максимальной терапии (иАПФ/БРА + $\beta$ -блокатор + АМА). Класс 2a — как альтернатива при непереносимости иАПФ/БРА. |
| <b>Дигоксин</b>                         | Может быть рассмотрен у пациентов с HFrEF в синусовом ритме при непереносимости / противопоказаниях к $\beta$ -блокаторам или при сохранении симптомов — класс IIb.               | Класс 2b у пациентов с HFrEF в синусовом ритме с симптомами, несмотря на оптимальную GDMT — для снижения госпитализаций по поводу XCH.                                                                          |

### МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ HFmrEF (ФВ 41–49%) И HFpEF (ФВ $\geq 50\%$ )

| Тема          | ESC 2021 + focused update 2023                                                                                                                                                                                                     | ACC/АНА/HFSA 2022                                                                                                                                                                                |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>HFmrEF</b> | Обновление 2023 (focused update): SGLT2-ингибиторы (дапаглифлозин или эмпаглифлозин) рекомендованы — класс IIa, уровень A. иАПФ/БРА/АПНИ, $\beta$ -блокаторы, АМА — могут быть рассмотрены (класс IIb).                            | SGLT2-ингибиторы — класс 2a. АПНИ, иАПФ, БРА, АМА, $\beta$ -блокаторы — класс 2b. Подчеркнуто, что пациенты с HFmrEF могут извлечь пользу из тех же препаратов, что и HFpEF, хотя данных меньше. |
| <b>HFpEF</b>  | <b>Обновление 2023:</b> SGLT2-ингибиторы — класс IIa, уровень B (на основании EMPEROR-Preserved и DELIVER). АМА — класс IIb. АПНИ могут быть рассмотрены (класс IIb). Основа — контроль АД и симптоматическая терапия диуретиками. | SGLT2-ингибиторы — класс 2a. АМА — класс 2b. АПНИ — класс 2b. Контроль АД — класс 1. Избегать рутинного применения нитратов и ингибиторов ФДЭ-5 (класс 3: нет пользы).                           |

### НОВЫЕ КАТЕГОРИИ И ПОНЯТИЯ

| Тема                                        | ESC 2021 + focused update 2023                                                                                                                                                                                                                          | ACC/АНА/HFSA 2022                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>HFimpEF (XCH с улучшенной ФВ)</b>        | Пациенты с ранее установленной HFrEF, у которых ФВ ЛЖ улучшилась до $>40\%$ на фоне терапии. ESC рекомендует продолжать GDMT-терапию даже после улучшения ФВ — отмена сопряжена с высоким риском ухудшения.                                             | Новая отдельная категория в ACC/АНА 2022: HFimpEF (ФВ ранее $\leq 40\%$ , теперь $>40\%$ ). Продолжение GDMT рекомендовано всем пациентам этой группы — данные TRED-HF показали высокий риск рецидива при отмене препаратов. |
| <b>Дефицит железа и внутривенное железо</b> | <b>Обновление 2023:</b> внутривенное введение железа (карбоксимальтозат железа или феррический дериземальтозат) у симптомных пациентов с HFrEF/HFmrEF и дефицитом железа — класс IIa, уровень A (повышен с уровня B на основании IRONMAN и AFFIRM-AHF). | Внутривенное железо рекомендовано при дефиците железа у госпитализированных пациентов с XCH для улучшения симптомов и снижения частоты повторных госпитализаций — класс 2a.                                                  |

### НЕФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ И УСТРОЙСТВА

| Тема                                                   | ESC 2021 + focused update 2023                                                                                                                                                                 | ACC/AHA/HFSA 2022                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ИКД (имплантируемый кардиовертер-дефибриллятор)</b> | Показан при HFrEF (ФВ $\leq 35\%$ ), симптоматическая ХСН II–III класса NYHA на фоне $\geq 3$ мес. оптимальной медикаментозной терапии, ожидаемая продолжительность жизни $>1$ года — класс I. | Аналогичные показания: ФВ $\leq 35\%$ , NYHA II–III, на фоне GDMT $\geq 3$ мес., ожидаемое качественное выживание $>1$ года — класс 1.   |
| <b>СРТ (сердечная ресинхронизирующая терапия)</b>      | Класс I при: синусовый ритм, QRS $\geq 150$ мс с морфологией БЛНПГ, ФВ $\leq 35\%$ , симптоматическая ХСН на фоне оптимальной терапии.                                                         | Класс 1: синусовый ритм, QRS $\geq 150$ мс с БЛНПГ, ФВ $\leq 35\%$ , симптомы NYHA II–IV на GDMT. При QRS 120–149 мс с БЛНПГ — класс 2а. |
| <b>Сердечная реабилитация</b>                          | Регулярные физические тренировки рекомендованы стабильным пациентам с ХСН для улучшения симптомов и качества жизни (класс I).                                                                  | Физическая реабилитация — класс 1 для стабильных пациентов с ХСН с целью улучшения функционального статуса и качества жизни.             |

## ЧАСТЬ 2. ЧТО ИЗМЕНИЛОСЬ ПО СРАВНЕНИЮ С ПРЕДЫДУЩИМИ ВЕРСИЯМИ

Этот раздел показывает развитие рекомендаций каждого общества относительно самого себя — без сопоставления ESC и ACC/AHA между собой и без сравнения с какой-либо третьей системой.

| ESC 2021 + focused update 2023 vs ESC 2016 — ЧТО ИЗМЕНИЛОСЬ |                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Что изменилось                                              | Суть изменения                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Введение HFmrEF как отдельной категории</b>              | В 2016 г. рассматривались только два основных фенотипа: HFrEF (ФВ <40%) и HFpEF (ФВ ≥50%). В 2021 г. официально выделена промежуточная группа — HFmrEF (ФВ 41–49%) со своими диагностическими критериями и подходами к лечению.                                |
| <b>SGLT2-ингибиторы при HFrEF — класс I</b>                 | В 2016 г. SGLT2-ингибиторы не входили в алгоритм лечения XCH (на тот момент данные отсутствовали). В 2021 г. включены как класс I для HFrEF на основании DAPA-HF (дапаглифлозин) и EMPEROR-Reduced (эмпаглифлозин). Это изменило GDMT с трёх на четыре столпа. |
| <b>АРНИ вместо иАПФ — класс I</b>                           | В 2016 г. сакубитрил/валсартан был включён, но с меньшим акцентом на его приоритет. В 2021 г. АРНИ официально рекомендован как предпочтительная альтернатива иАПФ у симптомных пациентов с HFrEF при переносимости (класс I).                                  |
| <b>Focused update 2023: SGLT2i при HFmrEF и HFpEF</b>       | В 2021 г. SGLT2-ингибиторы при HFmrEF/HFpEF — класс IIb (недостаточно данных). В 2023 г. (focused update) — повышен до класса IIa, уровень A, на основании DELIVER (дапаглифлозин) и EMPEROR-Preserved (эмпаглифлозин) для обоих фенотипов с ФВ >40%.          |
| <b>Focused update 2023: внутривенное железо</b>             | В 2021 г. — класс IIa, уровень B. В 2023 г. уровень доказательности повышен до A на основании IRONMAN и данных мета-анализа (снижение риска госпитализации по поводу XCH у пациентов с HFrEF/HFmrEF и дефицитом железа).                                       |
| <b>Новая классификация острой СН</b>                        | Пересмотрена классификация острой сердечной недостаточности: введён более чёткий подход к стратификации пациентов по гемодинамическому профилю (влажный/сухой, тёплый/холодный) и выбору терапии в зависимости от профиля.                                     |

| ACC/ANA/HFSA 2022 vs ACC/ANA/HFSA 2013/2017 — ЧТО ИЗМЕНИЛОСЬ  |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Что изменилось                                                | Суть изменения                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Четыре столпа GDMT — SGLT2i как обязательный компонент</b> | В 2013/2017 г. GDMT при HFrEF включала три группы: иАПФ/АПНИ, β-блокаторы, АМА. В 2022 г. SGLT2-ингибиторы стали четвертым обязательным столпом GDMT (класс 1A) — независимо от наличия СД2. Принципиальное расширение стандарта лечения HFrEF.                                          |
| <b>Новая категория HFimpEF</b>                                | В 2013/2017 г. пациенты с улучшившейся ФВ ЛЖ не выделялись в отдельную группу. В 2022 г. введена категория HFimpEF (ранее HFrEF, теперь ФВ >40%) с явной рекомендацией продолжать GDMT во избежание рецидива — на основании данных TRED-HF, показавших 44% рецидивов при отмене терапии. |
| <b>SGLT2i при HFmrEF и HFpEF — новые рекомендации</b>         | В 2013/2017 г. не было эффективного фармакологического лечения для HFpEF. В 2022 г. SGLT2-ингибиторы получили класс 2a при HFmrEF и класс 2a при HFpEF — первое лечение с доказанным влиянием на клинические исходы при ФВ >40%.                                                         |
| <b>АПНИ — предпочтительный класс 1A</b>                       | В 2013 г. иАПФ были стандартом первой линии; АПНИ появился в обновлении 2017 г. как класс I. В 2022 г. позиция усилена: АПНИ рекомендован как предпочтительный агент с уровнем А у всех симптомных пациентов с HFrEF, которые переносят препарат.                                        |
| <b>Расширенный раздел по HFpEF</b>                            | В 2013 г. раздел по HFpEF был ограничен из-за отсутствия доказательной базы. В 2022 г. значительно расширен: новые рекомендации по SGLT2i, АМА, АПНИ; акцент на контроль АД и ФП как ключевых факторов, влияющих на симптомы при HFpEF.                                                  |
| <b>Профилактика XCH — новый раздел</b>                        | Новый явный раздел о первичной профилактике: контроль факторов риска (АГ, СД, ожирение, токсические воздействия — в т.ч. химиотерапия) для предотвращения развития XCH до появления симптомов.                                                                                           |

## **Ограничения и рекомендации по использованию**

- Это обобщённый пересказ официальных публикаций ESC и ACC/AHA/HFSA, а не исчерпывающее изложение всех разделов гайдлайнов и не клиническая рекомендация составителя.
- Для клинических решений рекомендуется обращаться к полным текстам первоисточников.
- Документ не сравнивается ни с каким национальным протоколом и не делает выводов о доступности препаратов в какой-либо стране.
- Перед публикацией рекомендуется вычитка кардиологом на предмет точности перевода терминов и классов рекомендаций.