

DOI: <https://doi.org/10.17816/CS643236>

EDN: RSHICA

Ключевые изменения клинических рекомендаций по ведению пациентов с хронической сердечной недостаточностью

В.Н. Ларина¹, И.К. Скиба¹, Е.С. Щербина¹, А.А. Лукин²¹ Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия;² Диагностический клинический центр № 1, Москва, Россия

АННОТАЦИЯ

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) становится всё более актуальной проблемой в контексте глобального старения населения и определённых достижений системы здравоохранения. В статье анализируются ключевые изменения клинических рекомендаций Европейского общества кардиологов и Российского кардиологического общества по ведению пациентов с ХСН, включая обновлённую классификацию и терапевтические подходы. Поиск литературных источников проведён в электронных базах данных Pubmed, Google Scholar, eLibrary.ru. Новая классификация направлена на улучшение профилактики ХСН, а не только на корректный выбор тактики терапии существующего заболевания. Обсуждается роль ингибиторов натрий-глюкозного котранспортёра 2-го типа, ангиотензиновых рецепторов и неприлизина ингибиторов, а также освещается место нового антагониста минералкортикоидных рецепторов — финеренона. Обобщение последних исследований и экспертного опыта обеспечивает специалистов современными знаниями о лечении ХСН. Однако наиболее важный аспект обновлённых рекомендаций — превентивный подход, направленный на предотвращение развития ХСН. Актуальные данные могут быть полезны как для врачей первичного звена, так и для врачей, оказывающих медицинскую помощь в условиях стационара, врачей-исследователей и позволят повысить качество и улучшить результаты лечения пациентов.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность; классификация; финеренон; квадротерапия; клинические рекомендации.

Как цитировать:

Ларина В.Н., Скиба И.К., Щербина Е.С., Лукин А.А. Ключевые изменения клинических рекомендаций по ведению пациентов с хронической сердечной недостаточностью // CardioСоматика. 2025. Т. 16, № 3. С. 240–249. DOI: 10.17816/CS643236 EDN: RSHICA

DOI: <https://doi.org/10.17816/CS643236>

EDN: RSHICA

Key Updates in Clinical Guidelines for the Management of Patients With Chronic Heart Failure

Vera N. Larina¹, Ivan K. Skiba¹, Ekaterina S. Shcherbina¹, Andrei A. Lukin²¹ The Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov, Moscow, Russia;² Diagnostic Clinical Center No. 1, Moscow, Russia

ABSTRACT

Chronic heart failure (CHF) is an increasingly important issue in the context of global population aging and advances in health care. This article analyzes key updates in the clinical guidelines of the European Society of Cardiology and the Russian Society of Cardiology for the management of patients with CHF, including revised classification and therapeutic approaches. A systematic search was conducted in PubMed, Google Scholar, and eLibrary.ru. The new classification emphasizes prevention of CHF rather than solely focusing on therapeutic strategies for established disease. The article discusses the roles of sodium–glucose cotransporter 2 inhibitors, angiotensin receptor–neprilysin inhibitors, and highlights the novel mineralocorticoid receptor antagonist finerenone. A synthesis of recent studies and expert opinions provides clinicians with current evidence-based knowledge on the management of CHF. The most important aspect of the updated recommendations is the preventive approach aimed at reducing CHF incidence. These data may be useful for primary care physicians, hospital-based clinicians, and clinical researchers, contributing to improved quality and outcomes of patient care.

Keywords: heart failure; classification; finerenone; quadruple therapy; clinical guidelines.

To cite this article:

Larina VN, Skiba IK, Shcherbina ES, Lukin AA. Key Updates in Clinical Guidelines for the Management of Patients With Chronic Heart Failure. *CardioSomatics*. 2025;16(3):240–249. DOI: 10.17816/CS643236 EDN: RSHICA

ВВЕДЕНИЕ

В последние годы наблюдается существенный рост численности людей пожилого и старческого возраста, что неизбежно сопровождается нарастанием смертности, основная причина которой — хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ)¹. Сердечно-сосудистые заболевания составляют основу ХНИЗ, а завершающий этап большинства из них — хроническая сердечная недостаточность (ХСН) — комплексный синдром с неблагоприятным прогнозом, регистрируемый более чем у 64 млн человек в мире [1–3]. В настоящее время значительно расширилось понимание этиологии, патогенеза и подходов к лечению этой патологии, что нашло отражение в многочисленных публикациях и клинических рекомендациях. Определённые достижения наблюдаются в систематизации знаний о факторах риска ХСН, клинических проявлениях и причинах их прогрессирования в разные периоды течения сердечной недостаточности, ассоциированных с высокой вероятностью госпитализаций и негативного исхода, что способствовало обновлению классификации ХСН [4]. Знание последних достижений медицинской науки и практики, совершенствование подходов к раннему выявлению пациентов, особенно на этапе оказания первичной медицинской помощи, позволит улучшить стратегию лечения и профилактики декомпенсации ХСН.

ЦЕЛЬ

Проанализировать источники литературы с целью выявления изменений в текущих клинических рекомендациях по ведению пациентов с ХСН.

МЕТОДОЛОГИЯ ПОИСКА ИСТОЧНИКОВ

Поиск литературных источников проведён в электронных базах данных Pubmed, Google Академия, eLibrary.ru. Обзор проводили по ключевым словам: хроническая сердечная недостаточность, классификация, клинические рекомендации, финеренон, квадротерапия, heart failure, classification, finerenone, clinical guidelines, quadrotherapy. Изучены все работы, где указанные слова присутствовали в названии, ключевых словах или полном тексте публикации. Глубина поиска составила 10 лет. Изначально найдено около 20 000 источников, после чего последовательно удалены работы, не соответствующие теме исследования, дубликаты и неполнотекстовые версии статей. В итоговый анализ включены публикации, наиболее близко соответствующие анализируемой тематике, полные тексты которых доступны в открытых базах данных. Таким образом, в окончательный анализ вошёл 41 источник, из которых 3 — клинические рекомендации.

ОБСУЖДЕНИЕ

Своевременная диагностика синдрома сердечной недостаточности и ведение пациентов представляет собой сложную задачу, что обусловлено схожестью большинства симптомов и признаков (одышка, отёчный синдром, утомляемость и др.) с клиническими проявлениями множества хронических заболеваний, особенно у пациентов старшего возраста. Согласно данным метаанализа, основанного на данных, полученных при скрининговых эхокардиографических (ЭхоКГ) исследованиях, в среднем ХСН встречается в 4,2% случаев, то есть даже такой серьёзный синдром, как ХСН, диагностируется лишь в 1/2 случаев [5]. Согласно данным регистров, основные коморбидные состояния у пациентов с ХСН: фибрилляция предсердий — 4–55%, ишемическая болезнь сердца (ИБС) — 9–59%, артериальная гипертензия — 38–91%, хроническая болезнь почек (ХБП) — 6–60%, сахарный диабет 2-го типа (СД 2) — 20–62%, хроническая обструктивная болезнь легких — 5–17% и онкологические заболевания — 0–16%, при этом встречаемость этих сопутствующих состояний отличалась в зависимости от фенотипа ХСН [со сниженной (ХСНсФВЛЖ) или сохраненной фракцией выброса левого желудочка (ХСНсФВЛЖ)] [6].

В случае мултиморбидности наблюдается «маскирование» типичных симптомов и признаков ХСН, что затрудняет не только эффективность диагностики и лечения, но и ухудшает прогноз пациентов [7]. Многие пациенты с ХСН становятся маломобильными из-за физических ограничений, что усложняет проведение и своевременность визитов к врачу. У таких пациентов ухудшение состояния может наступать вне поля зрения системы здравоохранения, что делает невозможным оказание полного объема необходимой помощи и приводит к повторным госпитализациям в стационар. Не последнюю роль в течении ХСН играет вынужденная полипрагмазия, которая наблюдается более чем у 60% пациентов [8]. Более того, по данным O. Unlu и соавт., доля пациентов, одновременно принимающих 10 и более препаратов до госпитализации по поводу ХСН, составляет 42%, а после выписки из стационара их число достигает 55% [9]. Учитывая необходимость назначения квадротерапии у мултиморбидных пациентов, неизбежна полипрагмазия, тесно связанная со снижением приверженности лечению, а побочные эффекты лекарственных препаратов могут стать причиной полного отказа от их приема, что ведет к декомпенсации и ухудшению течения заболевания.

Продолжительность жизни пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями за последние десятилетия значительно выросла в связи с появлением новых и усовершенствованием имеющихся подходов к лечению ИБС (транскатетерная баллонная ангиопластика и чрескожные коронарные вмешательства), что обуславливает

¹ World Population Prospects 2019: highlights (ST/ESA/SER.A/423). New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2019. Available from: <https://www.un.org/ht/desa/world-population-prospects-2019-highlights>

увеличение числа пациентов с ХСН. Кроме того, внутри этой когорты лиц все чаще встречаются пациенты с ХСН высокого функционального класса, что во многом обусловлено неуклонно прогрессирующим характером этого синдрома и мультиморбидностью с превалированием таких заболеваний, как ХБП, СД 2, гипертоническая болезнь, фибрилляция предсердий, онкологические и бронхолёгочные заболевания [10]. Сложившаяся в последние годы ситуация с неблагоприятным прогнозом (около 50% пациентов умирают в течение 5 лет от момента постановки диагноза) и высокой финансовой нагрузкой на систему здравоохранения (более 1/2 всех расходов на оказание медицинской помощи пациентам с ХСН приходится на стационарный этап лечения) [3, 11–14] диктует необходимость поиска дополнительных возможностей для улучшения прогноза и повышения качества жизни пациентов.

Клинические рекомендации по ведению пациентов с ХСН регулярно обновляются. В 2021 г. Европейское общество кардиологов (ЕОК) опубликовало клинические рекомендации по ведению пациентов с ХСН и острой сердечной недостаточностью², в которых предложено новое определение и отдельно подчеркнуто, что ХСН — именно комплексный синдром, а не обособленное патологическое состояние, сопровождающееся определёнными симптомами (одышка, отёки лодыжек, чувство нехватки воздуха) и клиническими признаками (повышение центрального венозного давления, хрипы в легких, периферические отёки), развивающееся в результате структурных и/или функциональных нарушений сердца, которые приводят к повышению внутрисердечного давления и/или снижению сердечного выброса в момент физической нагрузки и/или в покое. Изменения подверглась и классификация ХСН. С 2021 г. специалисты ЕОК рекомендуют разделять пациентов по фенотипам на основании ФВЛЖ на ХСНсФВЛЖ, ХСН с умеренно сниженной ФВЛЖ (ХСНунФВЛЖ) и ХСНсФВЛЖ. Термин «ХСН с промежуточной ФВЛЖ» был заменен на ХСНунФВЛЖ с целью продемонстрировать близость этого фенотипа к фенотипу ХСНсФВЛЖ. Более того, критерии разделения ХСН по ФВЛЖ пересмотрены — значения ФВЛЖ для ХСНсФВЛЖ стали определять как $\leq 40\%$, а для ХСНунФВЛЖ — от 41 до 49%. В тексте рекомендаций 2021 г. эксперты обращают внимание на тот факт, что пациенты с заболеваниями не сердечно-сосудистого происхождения, такими как анемия, бронхолёгочная патология, болезни щитовидной железы, печени, могут иметь симптомы и признаки, аналогичные сердечной недостаточности, но при отсутствии миокардиальной дисфункции они не соответствуют критериям ХСН. Однако следует учитывать, что такие заболевания могут сопутствовать и усиливать проявления уже имеющейся ХСН.

Существенные изменения коснулись и рекомендаций по медикаментозной терапии у пациентов с ХСН. В 2021 г. впервые предложено рутинно применять ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2-го типа (иНГЛТ2) у пациентов с ХСНсФВЛЖ. При разработке рекомендаций учтены результаты клинических исследований, показавших эффективность эмпаглифлозина и дапаглифлозина у пациентов с СД и ХСНсФВЛЖ, а также у пациентов с ХСНсФВЛЖ без СД [15, 16]. Большое внимание уделено формированию понятия квадротерапии ХСН, подразумевающего обязательное назначение многокомпонентной терапии, в которую включаются ингибитор ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ), или ангиотензиновых рецепторов и неприлизина ингибитор (АРНИ), или блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА II), бета-адреноблокаторы (БАБ), антагонисты минералокортикоидных рецепторов и иНГЛТ2. Позиции АРНИ в рекомендациях 2021 г. стали прочнее по сравнению с предыдущими — рекомендовано рассматривать применение АРНИ у пациентов с ХСНунФВЛЖ (класс IIb, уровень В) и у пациентов с ХСНсФВЛЖ (класс I, уровень В).

В 2023 г. благодаря завершившимся к этому времени многоцентровым клиническим исследованиям EMPEROR-Preserved и DELIVER стало возможным обобщить новые рекомендации по применению иНГЛТ2 у пациентов с ХСНсФВЛЖ, чему посвящено обновление клинических рекомендаций ЕОК от 2023 г. [17, 18]. В этой публикации, помимо новых доказательств и расширения показаний к применению иНГЛТ2 у пациентов с ХСНсФВЛЖ, представлена стратегия наиболее раннего назначения оптимальной медикаментозной терапии пациентам, госпитализированным по поводу декомпенсации ХСН. Также предложен тщательный мониторинг с повторными визитами к врачу амбулаторного этапа в первые 6 нед. после госпитализации и максимально быстрая титрация доз всех 4 групп лекарственных препаратов до целевых или максимально переносимых дозировок, включая иНГЛТ2 (табл. 1).

Стоит отметить, что в большинстве крупных контролируемых клинических исследований фенотип ХСНунФВЛЖ не изучался в отдельности, что привело к некоторым трудностям при формировании рекомендаций для пациентов с ХСНунФВЛЖ. В связи с этим как в 2021 г., так и на текущий момент рекомендации для этого фенотипа ХСН имеют более низкий уровень доказательности (IIbC), что, очевидно, требует дополнительного детального изучения с целью создания более актуальных рекомендаций [19].

Сложность синдрома ХСН и его многофакторное воздействие на системы организма требует адекватного терапевтического ответа со стороны лечащего врача. Такие часто сопутствующие ХСН заболевания, как ХБП и дефицит железа, также получили дополнительное внимание

² McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al. ESC Scientific Document Group, 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European Heart Journal*. 2021;42(36):3599–3726. doi: 10.1093/eurheartj/ehab368

Таблица 1. Рекомендации по применению ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2-го типа у пациентов с хронической сердечной недостаточностью с умеренно сниженной фракцией выброса левого желудочка

Table 1. Recommendations for the use of type 2 sodium-glucose cotransporter inhibitors in patients with chronic heart failure with a moderately reduced left ventricular ejection fraction

Рекомендации	Класс	Уровень
иНГЛТ2 (дапаглифлозин или эмпаглифлозин) рекомендовано назначать пациентам с ХСНунФВЛЖ для снижения риска госпитализации при ХСН или смерти от сердечно-сосудистых заболеваний.	I	A

Примечание. иНГЛТ2 — ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2-го типа, ХСНунФВЛЖ — хроническая сердечная недостаточность с умеренно сниженной фракцией выброса левого желудочка.

в обновлённых рекомендациях ЕОК, что обусловлено их высокой негативной значимостью на прогноз пациентов с ХСН [20, 21]. У пациентов с ХСН, ХБП и СД 2 предложено применять препарат финеренон — нестероидный селективный антагонист минералкортикоидных рецепторов [22, 23] (табл. 2).

Финеренон представляет собой производное дигидропиридина и, как эплеренон, является селективным средством, не влияющим на глюкокортикоидные, андрогеновые, прогестероновые и эстрогеновые рецепторы, в связи с чем наблюдается минимальное количество побочных эффектов (в частности, гиперкалиемии). Из-за высокой тропности к минералкортикоидным рецепторам финеренон блокирует синтез коллагена и интерстициального фиброза [24].

Применение финеренона в настоящий момент активно изучается. В исследовании O. Vardeny и соавт. [25] проведён вторичный анализ многоцентрового рандомизированного клинического исследования FINEARTS-HF, в котором изучено применение финеренона у пациентов

Таблица 2. Рекомендации для пациентов с сахарным диабетом 2-го типа и хронической болезнью почек

Table 2. Recommendations for patients with type 2 diabetes mellitus and chronic kidney disease

Рекомендации	Класс	Уровень
У пациентов с СД 2 и ХБП рекомендовано применение иНГЛТ2 с целью снижения риска госпитализации по поводу ХСН или сердечно-сосудистой смерти.	I	A
У пациентов с СД 2 и ХБП рекомендовано применение финеренона с целью снижения риска госпитализации по поводу ХСН.	I	A

Примечание. СД 2 — сахарный диабет 2-го типа, ХБП — хроническая болезнь почек, иНГЛТ2 — ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2 типа, СД 2 типа — сахарный диабет 2 типа.

с ХСНунФВЛЖ и ХСНсФВЛЖ. В исследование был включён 6001 человек. Цель исследования O. Vardeny и соавт. — определение частоты и predisposing факторов развития гипер- и гипокалиемии, а также терапевтический эффект финеренона у этой группы пациентов, первичная конечная точка определялась как сумма случаев ухудшения течения ХСН или сердечно-сосудистой смерти. Участники исследования получали финеренон или плацебо, в группе финеренона отмечался более высокий риск увеличения уровня калия $>5,5$ ммоль/л (отношение рисков (ОР) 2,16 [95% доверительный интервал (ДИ) 1,83–2,56]; $p < 0,001$) и меньший риск снижения уровня калия $<3,5$ ммоль/л (ОР 0,46 [95% ДИ 0,38–0,56]; $p < 0,001$) по сравнению с плацебо. Как низкие, так и высокие уровни калия ассоциированы с более высоким риском наступления первичной конечной точки в обеих группах. Тем не менее общий риск первичной конечной точки оказался ниже у пациентов, принимавших финеренон, в сравнении с плацебо, в том числе у тех, у кого отмечено повышение уровня калия $>5,5$ ммоль/л, что при тщательном наблюдении и своевременной корректировке дозы может дать полезный результат при применении этого препарата [26].

У пациентов с ХСН и дефицитом железа, у которых сохраняются симптомы на фоне оптимальной медикаментозной терапии, рекомендовано применение внутривенных препаратов трёхвалентного железа [27] (табл. 3).

В том же году, когда опубликовано обновление клинических рекомендаций ЕОК от 2021 г.³, международная группа исследователей провела работу, результатом которой стала статья — позиция экспертов по поводу

Таблица 3. Рекомендации по применению внутривенных препаратов железа у пациентов с хронической сердечной недостаточностью и дефицитом железа

Table 3. Recommendations for the use of intravenous iron supplements in patients with chronic heart failure and iron deficiency

Рекомендации	Класс	Уровень
Применение внутривенных препаратов железа рекомендовано пациентам с клиническими проявлениями ХСНснФВЛЖ и ХСНунФВЛЖ и дефицитом железа с целью облегчения симптомов и улучшения качества жизни.	I	A
Применение внутривенных препаратов железа должно быть рассмотрено у пациентов с клиническими проявлениями ХСНснФВЛЖ и ХСНунФВЛЖ и дефицитом железа с целью снижения риска госпитализаций по поводу ХСН.	IIa	A

Примечание. ХСН — хроническая сердечная недостаточность, ХСНснФВЛЖ — хроническая сердечная недостаточность со сниженной фракцией выброса левого желудочка, ХСНунФВЛЖ — хроническая сердечная недостаточность с умеренно сниженной фракцией выброса левого желудочка.

³ McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al. ESC Scientific Document Group, 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European Heart Journal*. 2021;42(36):3599–3726. doi: 10.1093/eurheartj/ehab368

универсального определения ХСН [27]. В публикации дано следующее определение: «Сердечная недостаточность — клинический синдром с текущими или известными ранее симптомами и/или признаками, вызванными структурными и/или функциональными изменениями (определяемыми как ФВЛЖ <50%, патологическое расширение камер сердца, $E/E' > 15$, умеренная/выраженная гипертрофия желудочков или умеренная/тяжелая клапанная обструкция или регургитация) и подтверждённый по меньшей мере одним из перечисленного: повышенный уровень натрийуретических пептидов, объективные свидетельства наличия системного или лёгочного застоя по данным визуализирующих методов (например, рентгенография органов грудной клетки или повышенное давление наполнения по данным ЭхоКГ) или гемодинамических измерений (например, катетеризация правых отделов сердца, лёгочной артерии) в покое или после провокации (например, физической нагрузкой)». Определение существенно изменилось и расширилось по сравнению с предыдущим. Такое определение подчёркивает многогранность синдрома ХСН, а также указывает на широкий спектр его проявлений, даёт представление об основных диагностических критериях. Отдельно стоит подчеркнуть, что включение в определение ХСН упоминания о повышении уровня натрийуретических пептидов позволяет «отделить» пациентов с ХСН от остальных пациентов с заболеваниями, имеющими схожую клиническую картину.

Подобный подход успешно применяется у пациентов с ИБС, где один из критериев постановки диагноза «инфаркт миокарда» — повышенный уровень кардиоспецифических ферментов (тропонинов) [28]. Появление и признание значения натрийуретического пептида в качестве неотъемлемой части диагностических критериев ХСН позволяет совершенствовать процесс установки диагноза, а также добавляет важные числовые данные, которые возможно применять как в исследованиях, так и в ходе ведения пациента с ХСН. В предыдущем определении отсутствует упоминание о необходимости определения значения натрийуретических пептидов, оно ограничено лишь перечислением симптомов и признаков ХСН, что, по сути, приводило к тому, что врач мог полагаться только на субъективный опыт при постановке диагноза. Более того, такое определение точнее отражает суть патофизиологических и клинических процессов, происходящих при развитии ХСН, что позволит лучше понимать особенности течения синдрома и использовать эти данные в своей работе.

В клинических рекомендациях Российского кардиологического общества (РКО) «Хроническая сердечная недостаточность» от 2024 г.⁴ в определение сердечной недостаточности впервые включена информация об увеличении уровня натрийуретических пептидов. Это изменение повышает точность и объективность определения ХСН, что необходимо для своевременной диагностики и ранней

инициации терапии на амбулаторном этапе и в будущем может способствовать улучшению прогноза для пациентов с ХСН. Новое определение, предложенное экспертами РКО, описывает ХСН как «клинический синдром, характеризующийся настоящими или предшествующими симптомами (одышка, повышенная утомляемость, отёчность голеней и стоп) и признаками (повышение давления в яремных венах, хрипы в лёгких, периферические отёки) вследствие нарушения структуры и/или функции сердца, приводящего к снижению сердечного выброса и/или повышению давления наполнения сердца в покое или при нагрузке и/или увеличению уровней натрийуретических пептидов» [29].

Помимо пересмотра определения ХСН, в новых клинических рекомендациях РКО представлена обновлённая классификация, отражающая актуальные тенденции в ведении таких пациентов. Для понимания предпосылок, побудивших к пересмотру имеющейся ранее классификации, необходимо обратиться к историческому контексту. Изначально классификация ХСН, предложенная в 1935 г., разработана с целью унификации клинического состояния пациентов, страдающих преимущественно ревматическими пороками сердца [30]. В то время это было прогрессивным шагом, поскольку классификация способствовала организации и наблюдению за такими пациентами. В настоящий момент стало ясно, что созданная ранее типология не учитывала многие клинические аспекты, а термины выглядели общими и могли трактоваться врачами по-разному. В связи с этим в 2002 г. проведена модернизация классификации: введены термины адаптивного и дезадаптивного ремоделирования ЛЖ, а в качестве границы между нормальной и низкой ФВЛЖ принят показатель в 45%. Однако это решение имело свои недостатки: необходимость проведения нескольких ЭхоКГ-измерений, а также спорность величины 45% ФВЛЖ [30].

В настоящее время существенно изменился фенотип пациентов с ХСН, что обусловлено нарастанием числа пациентов старшего возраста, частой встречаемостью сопутствующей патологии в виде сочетания ИБС с артериальной гипертензией и СД, а также гериатрическими состояниями и синдромами [13, 31].

В исследовании ЭВКАЛИПТ, в котором приняли участие более 4300 пациентов в возрасте 65 лет и старше, было установлено, что гериатрический статус пациентов с ХСН значительно хуже по сравнению с пациентами без ХСН. У больных с ХСН отмечалась более высокая распространённость 13 из 15 исследованных гериатрических синдромов. Однофакторный регрессионный анализ показал, что ХСН увеличивает вероятность развития различных гериатрических синдромов в 1,3–1,9 раза [32].

Исследование А.Д. Изюмова и соавт., в котором приняли участие 149 пациентов со средним возрастом $77,68 \pm 7,43$ года, показало, что синдром старческой астении выявлен более

⁴ Хроническая сердечная недостаточность. Клинические рекомендации 2024. Российский кардиологический журнал. 2024.

чем у 1/2 пациентов (58,4%). При этом снижение когнитивного статуса значительно повышало не только распространённость этого синдрома, но и зависимость пациентов от посторонней помощи, а также ухудшало их питание [33].

Одно из субклинических проявлений ИБС, которое в последние годы широко освещается в литературных источниках, — кальцификация коронарных артерий, которая выявлена как независимый предиктор развития ХСН в среднем за 6,8 лет наблюдения. У пациентов с высоким уровнем коронарного кальция (>400 по шкале Агатстона), после учёта факторов риска, риск возникновения ХСН оказался в 4,1 раза выше (95% ДИ 1,7–10,1) по сравнению с пациентами, у которых уровень коронарного кальция варьировался от 0 до 10,5 [34]. В другом исследовании, включавшем 13 590 участников в возрасте от 45 до 64 лет, каждое увеличение толщины интимы-медиа сонной артерии на 1 стандартное отклонение ассоциировалось с повышением риска развития ХСН (ОР 1,20, 95% ДИ 1,16–1,25) в течение 20 лет, даже после учёта основных сердечно-сосудистых заболеваний и ИБС [35].

Несмотря на усилия мирового сообщества по выработке единого подхода к диагностике ХСН и назначению соответствующей терапии, в клинической практике сохраняется проблема несоблюдения рекомендаций. В исследовании Ю.М. Лопатина и соавт. показано, что при достаточной частоте динамического наблюдения объём лабораторного и инструментального обследования, определённый клиническими рекомендациями, не соблюдается в условиях реальной клинической практики. Так, вдвое реже рекомендованной частоты проводилась ЭхоКГ и рентгенография органов грудной клетки, тест шестиминутной ходьбы исходно проведён только у 63% пациентов, мозговой натрийуретический гормон измерялся всего у 1% (10 пациентов) лиц изучаемой когорты [36].

Исследование, проведённое в Московской области, показало, что лишь 79% пациентов с ХСН получали БАБ, а диуретики назначались только 61,6% пациентов, что ниже, чем в европейских исследованиях [37]. Более поздние данные из исследовательских центров нескольких городов России демонстрируют улучшение показателей (81,42% пациентов принимали БАБ), однако эти цифры всё ещё уступают европейским показателям (88,9% по исследованию ESC-HF-LT) [38].

Таким образом, учитывая существующие пробелы в диагностике и терапии ХСН, новая классификация призвана сместить акцент на профилактику и упреждающие меры, направленные на предотвращение развития ХСН, а не только на лечение уже проявившейся патологии (табл. 4). Это подчёркивает необходимость интеграции профилактических стратегий в клиническую практику для улучшения исходов у пациентов.

В рамках нового подхода к систематизации ХСН авторы предлагают классифицировать пациентов на основе их потребностей в лекарственных и высокотехнологичных вмешательствах, а также превентивной терапии. Одно

Таблица 4. Новый принцип классификации хронической сердечной недостаточности, предложенный экспертами Российского кардиологического общества 2023 г. [31]

Table 4. A new classification principle for chronic heart failure proposed by experts of the Russian Society of Cardiology in 2023 [31]

Стадии ХСН	Описание
Предстадия ХСН	Отсутствие симптомов и признаков ХСН в настоящем и прошлом. Наличие признаков структурного и/или функционального поражения сердца и/или повышение уровня мозгового натрийуретического пептида.
I стадия	Проявляющаяся клинически сердечная недостаточность: наличие симптомов и признаков ХСН в настоящем или прошлом, вызванных нарушением структуры и/или функции сердца.
II стадия	Далеко зашедшая, клинически тяжелая сердечная недостаточность: тяжелые симптомы и признаки ХСН, повторные госпитализации по поводу ХСН, несмотря на попытки оптимизировать терапию ХСН или непереносимость терапии ХСН.

Примечание. ХСН — хроническая сердечная недостаточность, РКО — Российское кардиологическое общество.

из требований пересмотра — создание классификации, соответствующей правилу трех «П» [16]:

- «простота» — без разделения на подпункты;
- «понятность» — в отношении применяемых терминов;
- «практичность» — удобство в применении.

Предлагаемая классификация экспертов РКО 2024 г. вполне соответствует этим требованиям: она предполагает всего 2 стадии без дополнительных подразделений, использует простые характеристики и упрощает работу врача [39]. Ещё одно преимущество классификации — акцент на амбулаторное ведение пациентов, что предполагает более тщательное наблюдение за пациентами, имеющими факторы риска и предрасположенность к развитию ХСН: выявление предстадии сердечной недостаточности на ранних этапах позволяет применять терапию, направленную на предотвращение прогрессирования заболевания. Тем не менее в дальнейшем требуется усовершенствование классификации: пациенты с риском ХСН и предстадией сердечной недостаточности представляют собой неоднородные группы, нуждающиеся в уточнении концепций и поиске более чётких критериев этих терминов.

Другой актуальный вопрос, касающийся классификации ХСН, поднимается экспертами с момента выхода в 2016 г. рекомендаций ЕОК: следует ли выделять отдельный фенотип, характеризующийся промежуточной или умеренно сниженной ФВЛЖ, помимо низкой и сохраненной фракций выброса?

В 2014 г. С. Lam и S. Solomon предложили рассмотреть возможность выделения отдельного фенотипа «ХСН с промежуточной ФВЛЖ» [39]. Аргументы в пользу этого подхода:

Уникальные особенности — клинические, ЭхоКГ, гемодинамические, лабораторные показатели пациентов, отличающиеся от показателей пациентов с ХСНсНФВЛЖ или ХСНсФВЛЖ.

Достаточная встречаемость пациентов — около 25% людей с ХСН имеют ФВЛЖ в диапазоне от 41 до 49%.

Необходимость стандартизации диагностики и лечения — выделение промежуточного состояния позволит унифицировать диагностические критерии и методы измерения ФВЛЖ, что повысит точность своевременной диагностики и лечения.

Необходимость получения данных терапевтической эффективности лекарственных препаратов — благодаря выделению такого фенотипа появится возможность анализа ответа на терапию этой подгруппы пациентов.

Однако существуют аргументы и против выделения промежуточной формы ХСН. Во-первых, отнесение пациентов к этой подгруппе зависит от квалификации врача, проводящего ЭхоКГ. Во-вторых, лечение пациентов не меняется в зависимости от того, является ли ФВЛЖ низкой или умеренно сниженной. Учитывая большую загруженность врачей, было бы практичнее разделить сердечную недостаточность на 2 типа: с низкой и сохранённой ФВЛЖ, что подробно обсуждается российскими учёными [30].

Таким образом, необходимо проводить дополнительные исследования и экспертные обсуждения, чтобы определить наиболее эффективный подход к классификации ХСН в зависимости от ФВЛЖ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Новая информация, полученная в исследованиях, определении, опыт экспертов в области ХСН позволяет широкому кругу специалистов получить более совершенное представление о современных возможностях ведения пациентов с таким патологическим синдромом. Анализ клинических рекомендаций показал, что существующие пробелы в диагностике и терапии подчёркивают важность акцента на профилактические меры и упреждающую стратегию, заложенную в новой классификации ХСН. Актуальные данные могут быть полезны как для врачей первичного звена, так и для врачей, оказывающих медицинскую помощь в условиях стационара, врачей-исследователей, а самое главное, позволят повысить качество и улучшить результаты лечения пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ | REFERENCES

1. James SL, Abate D, Abate KH. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392(10159):1789–1858. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32279-7
2. Nair A, Tuan LQ, Jones-Lewis N, et al. Heart Failure with Mildly Reduced Ejection Fraction—A Phenotype Waiting to Be Explored. *J Cardiovasc Dev Dis*. 2024;11(5):148. doi: 10.3390/jcdd11050148 EDN: KZTBPC
3. Savarese G, Becher PM, Lund LH, et al. Global burden of heart failure: a comprehensive and updated review of epidemiology. *Cardiovasc Res*. 2023;118(17):3272–3287. doi: 10.1093/cvr/cvac013 EDN: RAACZU

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. В.Н. Ларина — определение концепции, работа с данными, анализ данных, администрирование проекта, руководство исследованием; И.К. Скиба — работа с данными, анализ данных, обеспечение исследования; Е.С. Щербина — работа с данными, анализ данных, обеспечение исследования, написание черновика рукописи; А.А. Лукин — работа с данными, анализ данных, обеспечение исследования. Все авторы одобрили рукопись (версию для публикации), а также согласились нести ответственность за все аспекты настоящей работы, гарантируют надлежащее рассмотрение и решение вопросов, связанных с точностью и добросовестностью любой её части.

Источники финансирования. Отсутствуют.

Раскрытие интересов. Авторы заявляют об отсутствии отношений, деятельности и интересов за последние три года, связанных с третьими лицами (коммерческими и некоммерческими), интересы которых могут быть затронуты содержанием статьи.

Оригинальность. При создании настоящей работы авторы не использовали ранее опубликованные сведения (текст, иллюстрации, данные).

Доступ к данным. Все данные, полученные в настоящем исследовании, доступны в статье.

Генеративный искусственный интеллект. При создании настоящей статьи технологии генеративного искусственного интеллекта не использовались.

Рассмотрение и рецензирование. Настоящая работа подана в журнал в инициативном порядке и рассмотрена по обычной процедуре. В рецензировании участвовали два внешних рецензента, член редакционной коллегии и научный редактор издания.

ADDITIONAL INFORMATION

Author contributions: V.N. Larina: conceptualization, data curation, formal analysis, project administration, supervision; I.K. Skiba: data curation, formal analysis, resources; E.S. Shcherbina: data curation, formal analysis, resources, writing—original draft; A.A. Lukin: data curation, formal analysis, resources. All the authors approved the version of the manuscript to be published and agreed to be accountable for all aspects of the work, ensuring that questions related to the accuracy or integrity of any part of the work are appropriately investigated and resolved.

Funding source: No funding.

Disclosure of interests: The authors have no relationships, activities, or interests for the last three years related to for-profit or not-for-profit third parties whose interests may be affected by the content of the article.

Statement of originality: No previously obtained or published material (text, images, or data) was used in this work.

Data availability statement: All data obtained in this study are available in the article.

Generative AI: No generative artificial intelligence technologies were used to prepare this article.

Provenance and peer-review: This paper was submitted unsolicited and reviewed following the standard procedure. The peer review process involved two external reviewers, a member of the Editorial Board, and the in-house scientific editor.

8. Beezer J, Al Hatrushi M, Husband A, et al. Polypharmacy definition and prevalence in heart failure: a systematic review. *Heart Fail Rev*. 2022;27(2):465–492. doi: 10.1007/s10741-021-10135-4 EDN: PHSUJ
9. Unlu O, Levitan EB, Reshetnyak E, et al. Polypharmacy in Older Adults Hospitalized for Heart Failure. *Circ Heart Fail*. 2020;13(11):e006977. doi: 10.1161/CIRCHEARTFAILURE.120.006977 EDN: VGBHLG
10. Palazzuoli A, Ruocco G, Gronda E. Noncardiac comorbidity clustering in heart failure: an overlooked aspect with potential therapeutic door. *Heart Fail Rev*. 2022;27(3):767–778. doi: 10.1007/s10741-020-09972-6 EDN: SGQKID
11. Hollenberg SM, Warner Stevenson L, Ahmad T, et al. 2019 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Risk Assessment, Management, and Clinical Trajectory of Patients Hospitalized with Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology Solution Set Oversight Committee. *J Am Coll Cardiol*. 2019;74(15):1966–2011. doi: 10.1016/j.jacc.2019.08.001 EDN: ELMOPY
12. Savarese G, Lund LH. Global Public Health Burden of Heart Failure. *Card Fail Rev*. 2017;3(1):7–11. doi: 10.15420/cfr.2016.25:2 EDN: RAACZU
13. Polyakov DS, Fomin IV, Belenkov YuN, et al. Chronic heart failure in the Russian Federation: what has changed over 20 years of follow-up? Results of the EPOCH-CHF study. *Kardiologiia*. 2021;61(4):4–14. doi: 10.18087/cardio.2021.4.n1628 EDN: WSNFNS
14. Norhammar A, Bodegard J, Vanderheyden M, et al. Prevalence, outcomes and costs of a contemporary, multinational population with heart failure. *Heart*. 2023;109(7):548–556. doi: 10.1136/heartjnl-2022-321702
15. Packer M, Anker SD, Butler J, et al; EMPEROR-Reduced Trial Investigators. Cardiovascular and Renal Outcomes with Empagliflozin in Heart Failure. *N Engl J Med*. 2020;383(15):1413–1424. doi: 10.1056/NEJMoa2022190
16. Zinman B, Wanner C, Lachin J, et al. Empagliflozin, cardiovascular outcomes, and mortality in type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2015;373:2117–2128. doi: 10.1056/NEJMoa1504720 EDN: VBZQID
17. Anker SD, Butler J, Filippatos G, et al; EMPEROR-Preserved Trial Investigators. Empagliflozin in Heart Failure with a Preserved Ejection Fraction. *N Engl J Med*. 2021;385(16):1451–1461. doi: 10.1056/NEJMoa2107038
18. Solomon SD, McMurray JJV, Claggett B, et al. DELIVER Trial Committees and Investigators. Dapagliflozin in Heart Failure with Mildly Reduced or Preserved Ejection Fraction. *N Engl J Med*. 2022;387(12):1089–1098. doi: 10.1056/NEJMoa2206286
19. Savarese G, Stolfo D, Sinagra G, Lund LH. Heart failure with mid-range or mildly reduced ejection fraction. *Nat Rev Cardiol*. 2022;19(2):100–116. doi: 10.1038/s41569-021-00605-5 EDN: VDJC BV
20. Xia H, Shen H, Cha W, Lu Q. The prognostic significance of anemia in patients with heart failure: A meta-analysis of studies from the last decade. *Front Cardiovasc Med*. 2021;8:632318. doi: 10.3389/fcvm.2021.632318 EDN: LIFTFR
21. Kalra PR, Cleland JGF, Petrie MC, et al. IRONMAN Study Group. Intravenous ferric derisomaltose in patients with heart failure and iron deficiency in the UK (IRONMAN): An investigator-initiated, prospective, randomised, open-label, blinded-endpoint trial. *Lancet*. 2022;400:2199–2209. doi: 10.1016/s0140-6736(22)02083-9 EDN: LDHVG
22. Bakris GL, Agarwal R, Anker SD, et al. Effect of finerenone on chronic kidney disease outcomes in type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2020;383:2219–2229. doi: 10.1056/NEJMoa2025845 EDN: PJUWTM
23. Pitt B, Filippatos G, Agarwal R, et al. Cardiovascular events with finerenone in kidney disease and type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2021;385:2252–2263. doi: 10.1056/NEJMoa2110956 EDN: ISNXNF
24. Agarwal R, Joseph A, Anker SD, et al. FIDELIO-DKD Investigators. Hyperkalemia Risk with Finerenone: Results from the FIDELIO-DKD Trial. *J Am Soc Nephrol*. 2022;33(1):225–237. doi: 10.1681/ASN.2021070942 EDN: MRBFCL
25. Vardeny O, Vaduganathan M, Claggett BL, et al. Finerenone, Serum Potassium, and Clinical Outcomes in Heart Failure With Mildly Reduced or Preserved Ejection Fraction. *JAMA Cardiol*. 2025;10(1):42–48. doi: 10.1001/jamacardio.2024.4539
26. Kokorin VA, Gonzalez-Franco A, Cittadini A, et al. Acute heart failure — an EFIM guideline critical appraisal and adaptation for internists. *Eur J Int Med*. 2024;123:4–14. doi: 10.1016/j.ejim.2024.02.028
27. Bozkurt B, Coats AJS, Tsutsui H, et al. Universal definition and classification of heart failure: a report of the Heart Failure Society of America, Heart Failure Association of the European Society of Cardiology, Japanese Heart Failure Society and Writing Committee of the Universal Definition of Heart Failure: Endorsed by the Canadian Heart Failure Society, Heart Failure Association of India, Cardiac Society of Australia and New Zealand, and Chinese Heart Failure Association. *Eur J Heart Fail*. 2021;23(3):352–380. doi: 10.1002/ehfj.2115 EDN: TQXZTY
28. Acute coronary syndrome without ST-segment elevation electrocardiogram. Clinical guidelines 2024. *Russ J Cardiol*. 2025;30(5):6319. doi: 10.15829/1560-4071-2025-6319
29. Chronic heart failure. Clinical guidelines 2024. *Russ J Cardiol*. 2024;29(11). doi: 10.15829/1560-4071-2024-6162
30. Galyavich AS, Nedogoda SV, Arutyunov GP, et al. About the classification of heart failure. *Russ J Cardiol*. 2023;28(9):5584. doi: 10.15829/1560-4071-2023-5584 EDN: ZGXLX
31. Fedin MA, Izumov AD, Eruslanova KA, et al. Domain management as the best way of manage patient with heart failure and geriatrics syndromes. *Russ J Geriatric Medicine*. 2020;4(4):313–326. doi: 10.37586/2686-8636-4-2020-313-326
32. Fedin MA, Vorobyeva NM, Izumov AD, et al. Peculiarities of geriatric status in patients with chronic heart failure over the age of 65: data from the EUCALYPTUS study. *Arterialnaya Gipertenziya (Arterial Hypertension)*. 2023;29(3):286–298. doi: 10.18705/1607-419X-2023-29-3-286-298
33. Izumov AD, Eruslanova KA, Mkhitarian EA, et al. Relationship between cognitive status and other geriatric syndromes in patients aged 65 years and older with chronic heart failure. *Adv Gerontol*. 2024;37(3):287–294. doi: 10.34922/AE.2024.37.3.015 EDN: PUOIYE
34. Leening MJ, Elias-Smale SE, Kavousi M, et al. Coronary calcification and the risk of heart failure in the elderly: the Rotterdam Study. *JACC Cardiovasc Imaging*. 2012;5:874–880. doi: 10.1016/j.jcmg.2012.03.016
35. Effoe VS, McClendon EE, Rodriguez CJ, et al. Diabetes status modifies the association between carotid intima-media thickness and incident heart failure: the Atherosclerosis Risk in Communities study. *Diabetes Res Clin Pract*. 2017;128:58–66. doi: 10.1016/j.diabres.2017.04.009
36. Lopatin YM, Nedogoda SV, Arkhipov MV, et al. Pharmacoepidemiological analysis of routine management of heart failure patients in the Russian Federation. Part I. *Russ J Cardiol*. 2021;26(4):4368. doi: 10.15829/1560-4071-2021-4368 EDN: XKYUXP
37. Chernyavskaya TK, Glezer MG. Clinical characteristics and treatment of outpatients with chronic heart failure in the Moscow Region. *Almanac of Clinical Medicine*. 2021;49(2):125–131. doi: 10.18786/2072-0505-2021-49-023 EDN: RLRIUG
38. Crespo-Leiro MG, Anker SD, Maggioni AP, et al. Heart Failure Association (HFA) of the European Society of Cardiology (ESC). European Society of Cardiology Heart Failure Long-Term Registry (ESC-HF-LT): 1-year follow-up outcomes and differences across regions. *Eur J Heart Fail*. 2016;18(6):613–625. doi: 10.1002/ehfj.566
39. Lam CS, Solomon SD. The middle child in heart failure: heart failure with mid-range ejection fraction (40–50%). *Eur J Heart Fail*. 2014;16(10):1049–1055. doi: 10.1002/ehfj.159 EDN: UQKAPD

ОБ АВТОРАХ

* **Ларина Вера Николаевна**, д-р мед. наук, профессор;
адрес: Россия, 117513, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1;
ORCID: 0000-0001-7825-5597;
eLibrary SPIN: 3674-9620;
e-mail: larinav@mail.ru

AUTHORS' INFO

* **Vera N. Larina**, MD, Dr. Sci. (Medicine), Professor;
address: 1 Ostrovityanov st, Moscow, Russia, 117513;
ORCID: 0000-0001-7825-5597;
eLibrary SPIN: 3674-9620;
e-mail: larinav@mail.ru

Скиба Иван Константинович;

ORCID: 0000-0002-0852-4349;

eLibrary SPIN: 3086-8592;

e-mail: skibaivan1@gmail.com

Щербина Екатерина Сергеевна;

ORCID: 0000-0001-8619-8123;

eLibrary SPIN: 6888-7050;

e-mail: esscherbina@inbox.ru

Лукин Андрей Александрович;

ORCID: 0009-0009-7328-5549;

eLibrary SPIN: 9578-9190;

e-mail: geriatr_gp12@mail.ru

Ivan K. Skiba;

ORCID: 0000-0002-0852-4349;

eLibrary SPIN: 3086-8592;

e-mail: skibaivan1@gmail.com

Ekaterina S. Shcherbina;

ORCID: 0000-0001-8619-8123;

eLibrary SPIN: 6888-7050;

e-mail: esscherbina@inbox.ru

Andrei A. Lukin;

ORCID: 0009-0009-7328-5549;

eLibrary SPIN: 9578-9190;

e-mail: geriatr_gp12@mail.ru

* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author