Хроническая сердечная недостаточность

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: I50.0, I50.1, I50.9 · Общероссийская общественная организация «Российское кардиологическое общество», Общероссийская общественная организация "Общество специалистов по сердечной недостаточности", Автономная некоммерческая организация "Национальное общество по изучению сердечной недостаточности и заболеваний миокарда"

Хроническая сердечная недостаточность — синдром с типичными жалобами и признаками, возникающий из-за структурного и/или функционального поражения сердца. Рекомендация фокусируется на подтверждении диагноза по симптомам, ЭКГ/ЭхоКГ и натрийуретическим пептидам, выделении фенотипа по ФВ ЛЖ и терапии, снижающей госпитализации и смертность.

Главное

- В РФ основные причины ХСН — артериальная гипертензия и ИБС; их сочетание встречается примерно у половины пациентов, а ИБС вызывает систолическую ХСН примерно в двух третях случаев.
- Фенотипы по ФВ ЛЖ: ХСНнФВ ≤40%, ХСНунФВ 41–49%, ХСНсФВ ≥50%; для ХСНсФВ нужны симптомы/признаки и объективные данные диастолической дисфункции или повышенного давления наполнения ЛЖ.
- Типичные симптомы: одышка, ортопноэ, ночная пароксизмальная одышка, снижение переносимости нагрузки, утомляемость, отеки лодыжек; более специфичные признаки — повышенное яремное венозное давление, гепатоюгулярный рефлюкс, III тон, смещение верхушечного толчка.
- Для диагноза ХСН нужны жалобы, подтверждающие клинические признаки, доказанная систолическая и/или диастолическая дисфункция ЛЖ и определение BNP/NT-proBNP для исключения ХСН.
- При постепенном дебюте симптомов NT-proBNP <125 пг/мл или BNP <35 пг/мл у нелеченого пациента делает ХСН маловероятной. Исследование BNP/NT-proBNP показано всем пациентам с предполагаемой ХСН: ЕОК IB, УУР А, УДД 2.
- При симптомной ХСНнФВ базовая терапия — 4 компонента: иАПФ или валсартан+сакубитрил, β-АБ, антагонист альдостерона, дапаглифлозин/эмпаглифлозин; цель — меньше госпитализаций из-за ХСН и смертей: УУР А, УДД 2.
- Тиазолидиндионы, дилтиазем, верапамил, короткодействующие дигидропиридины, НПВП/ингибиторы ЦОГ-2 и антиаритмики I класса при ХСН II–IV ФК со сниженной ФВ ЛЖ не применяют из-за риска декомпенсации или ВСС.

Диагностика

1. Начните с жалоб: утомляемость, одышка, отеки ног, сердцебиение; затем уточните болезни сердца, способные вызвать структурные/функциональные изменения, особенно длительную АГ, перенесенный ИМ или воспалительное заболевание миокарда. ЕОК IC, УУР А, УДД 1.
2. Осмотрите пациента на задержку натрия и воды: яремные вены, гепатоюгулярный рефлюкс, III тон, смещение верхушечного толчка, периферические отеки, влажные хрипы, плевральный выпот, гепатомегалию, асцит, холодные конечности. ЕОК IC, УУР А, УДД 1.
3. Определите BNP или NT-proBNP всем пациентам с подозрением на ХСН; при неостром дебюте NT-proBNP <125 пг/мл и BNP <35 пг/мл свидетельствуют против ХСН. Также выполните ОАК, ферритин и насыщение трансферрина, электролиты, креатинин/СКФ, белок/альбумин, глюкозу, липиды, печеночные ферменты, ТТГ и общий анализ мочи.
4. Сделайте 12-канальную ЭКГ с оценкой ритма, ЧСС, QRS, проводимости, рубцов и гипертрофии; полностью нормальная ЭКГ делает диагноз ХСН маловероятным. ЕОК IC, УУР А, УДД 2.
5. Для оценки систолической функции ЛЖ у пациентов с ХСН используйте метод Симпсона с определением объемов ЛЖ в четырехкамерной и двухкамерной позициях. ФВ ЛЖ <50% и/или GLS <16% без симптомов/признаков позволяют диагностировать предстадию ХСН.
6. При подозрении на ХСНсФВ оценивайте диастолическую функцию: E/A ≤0,8 и E ≤50 см/с — нормальное давление наполнения и ДД I степени; E/A >2 — тяжелая ДД III степени. Дополнительные признаки повышенного давления наполнения/диастолической дисфункции: индекс ЛП >34 мл/м², скорость трикуспидальной регургитации >2,8 м/с, E/e´ >9, NT-proBNP/BNP выше диагностических порогов.

7. Рентгенография грудной клетки помогает выявить альтернативные болезни легких, кардиомегалию с кардиоторакальным индексом >50%, нарушения легочной гемодинамики, плевральный выпот и отек легких. EOK IC, УУР A, УДД 2.

Лечение

- Цели лечения ХСН: уменьшить одышку и отеки, улучшить качество жизни, снизить число госпитализаций и улучшить прогноз; ключевые критерии эффективности — снижение смертности и госпитализаций.
- При симптомной ХСНнФВ всем пациентам без противопоказаний назначают 4-компонентную терапию: иАПФ или валсартан+сакубитрил, β-АБ, антагонист альдостерона, дапаглифлозин или эмпаглифлозин. УУР A, УДД 2.
- Валсартан+сакубитрил рекомендуется всем пациентам с симптомной ХСНнФВ при отсутствии противопоказаний: EOK IB, УУР A, УДД 2. При стабильной ХСН старт 49/51 мг 2 раза/сут, цель 97/103 мг 2 раза/сут; если ранее не было иАПФ/АРА или были низкие дозы — 25,7/24,3 мг 2 раза/сут с медленным повышением. После иАПФ переходят не раньше чем через 36 часов. При госпитализации из-за декомпенсации ХСН после стабилизации гемодинамики стартовая доза 24/26 мг 2 раза/сут; для такой инициации указано EOK IIaB, УУР B, УДД 2.
- Примеры доз иАПФ и β-АБ при ХСНнФВ: эналаприл 2,5 мг 1–2 раза/сут до 10–20 мг 2 раза/сут; лизиноприл 2,5–5 мг 1 раз/сут до 20 мг/сут; бисопролол 1,25 мг/сут до 10 мг/сут; карведилол 3,125 мг 2 раза/сут до 25–50 мг 2 раза/сут; метопролол пролонгированный 12,5–25 мг/сут до 200 мг/сут; небиволол 1,25 мг/сут до 10 мг/сут.
- Антагонисты альдостерона при ХСНнФВ: спиронолактон 25 мг/сут, цель 25–50 мг/сут, максимум 200 мг/сут; эплеренон 25 мг/сут, цель и максимум 50 мг/сут. Опасная гиперкалиемия — ≥6,0 ммоль/л. EOK IA, УУР A, УДД 2.
- Дапаглифлозин и эмпаглифлозин при ХСНнФВ назначают независимо от наличия СД по 10 мг/сут. EOK IA, УУР A, УДД 1.
- Диуретики используют при признаках задержки жидкости независимо от ФВ ЛЖ; минимальная эффективная доза должна поддерживать эуволемию и стабильную массу тела. Частые дозы: фуросемид 20–40 мг старт, 40–240 мг/сут; торасемид 5–10 мг старт, 10–20 мг/сут; гидрохлоротиазид 12,5–25 мг старт, 12,5–100 мг/сут; ацетазоламид 250 мг старт, 750 мг/сут.
- При ХСНунФВ и ХСНсФВ дапаглифлозин/эмпаглифлозин снижают риск госпитализации из-за ХСН и смерти; при застое назначают диуретики. При ХСНсФВ с NT-proBNP >360 пг/мл рекомендуется рассмотреть возможность назначения антагонистов альдостерона для снижения сердечно-сосудистой смерти, госпитализаций из-за ХСН и остановки сердца.

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализируйте при декомпенсации СН, нестабильной гемодинамике или жизнеугрожающих нарушениях ритма. Жизнеугрожающие признаки включают отек легких, кардиогенный шок, выраженное снижение переносимости физических нагрузок, гипотонию с САД <90 мм рт.ст., АГ с САД >180 мм рт.ст. или пароксизмальные нарушения ритма с декомпенсацией хотя бы по одному кругу кровообращения, ЧДД >25/мин, ЧСС <40 или >130/мин, SpO2 <90% несмотря на кислород, гипоперфузию, необходимость интубации.
- Перевод из реанимации в кардиологическое отделение возможен после купирования отека легких, отсутствия гипоксемии, адекватного диуреза и отсутствия инотропной поддержки за предыдущие 6 часов.
- Выписка из стационара допустима после купирования декомпенсации и стабилизации гемодинамики: нет отеков, ортопноэ, набухания шейных вен, значимого асцита и застоя в полостях; снижается NT-proBNP, электролиты стабильны, почечная функция стабильна 24 часа на пероральных диуретиках.
- Направляйте в центр третьего уровня для решения вопроса о трансплантации сердца или вспомогательном кровообращении при III–IV ФК, ФВ ЛЖ ≤30% и рефрактерности к терапии, тяжелой диастолической дисфункции/структурной патологии, повторных эпизодах застоя или низкого выброса за 12 месяцев, неспособности пройти >300 м в тесте 6-минутной ходьбы или pVO2 <12–14 мл/кг/мин сердечного генеза.
- При тяжелой СН показана консультация сердечно-сосудистого хирурга для оценки трансплантации сердца или систем вспомогательного кровообращения: EOK IIaA, УУР A, УДД 2; также показана консультация специалиста по паллиативной медицине: EOK IIaB, УУР B, УДД 1.

Частые вопросы

Какие BNP/NT-proBNP исключают хроническую сердечную недостаточность?

При постепенном, неостром дебюте симптомов NT-proBNP < 125 пг/мл или BNP < 35 пг/мл у нелеченого пациента свидетельствуют против ХСН. Исследование показано всем пациентам с предполагаемой ХСН: ЕОК IB, УУР А, УДД 2.

Как разделить ХСН по фракции выброса?

ХСНнФВ — ФВ ЛЖ ≤40%, ХСНунФВ — 41–49%, ХСНсФВ — ≥50%. Для ХСНсФВ дополнительно нужны объективные признаки структурных/функциональных нарушений сердца, согласующиеся с диастолической дисфункцией или повышенным давлением наполнения ЛЖ.

Что назначить в первую очередь при симптомной ХСН со сниженной ФВ?

Базис — комбинация иАПФ или валсартан+сакубитрил, β-АБ, антагониста альдостерона и дапаглифлозина или эмпаглифлозина. Эта схема предназначена для снижения смертности и госпитализаций из-за ХСН: УУР А, УДД 2.

Когда нужен ивабрадин при ХСН?

Ивабрадин применяют при симптомной ХСНнФВ, синусовом ритме и ЧСС ≥70/мин на оптимальной терапии с рекомендованной или максимально переносимой дозой β-АБ; также при непереносимости или противопоказаниях к β-АБ. Старт 5 мг 2 раза/сут, через 2 недели возможно повышение до 7,5 мг 2 раза/сут.

Когда показана СРТ?

СРТ показана при симптомной ХСН, синусовом ритме, ФВ ЛЖ ≤35%, QRS ≥150 мс и морфологии БЛНПГ несмотря на оптимальную терапию: ЕОК IA, УУР А, УДД 1. При QRS < 130 мс без показаний к желудочковой стимуляции СРТ не применяют.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/156-hronicheskaya-serdechnaya-nedostatochnost. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/156_2