

КЛЮЧЕВЫЕ НОВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

руководства 2021 ESC по диагностике и лечению ХСН

Новые концепции:

- Изменение термина «сердечная недостаточность с промежуточной фракцией выброса» (СНпФВ) на «Сердечная недостаточность с умеренно сниженной фракцией выброса» (СНунФВ).
- Новый упрощенный алгоритм лечения сердечной недостаточности со сниженной ФВ (СНнФВ).
- Добавление алгоритма лечения СНнФВ в соответствии с фенотипами.
- Модифицированная классификация острой СН.
- Обновленные методы лечения большинства сопутствующих заболеваний, не связанных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, включая диабет, гиперкалиемию, дефицит железа и рак.
- Обновленная информация о кардиомиопатиях, включая роль генетического тестирования и новые методы лечения.
- Добавление ключевых показателей качества.

Положение	Класс рекомендаций
Рекомендации по диагнозу	
Следует рассмотреть возможность катетеризации правых отделов сердца в случаях, когда ХСН ассоциирована с констриктивным перикардитом, рестриктивной кардиомиопатией, врожденными пороками сердца	IIa
Катетеризация правых отделов сердца может быть рассмотрена у некоторых пациентов с ХСНсФВ для подтверждения диагноза	IIb
Рекомендации по лечению ХСН	
СНнФВ	
Дапаглифлозин или эмпаглифлозин рекомендованы пациентам с СНнФВ для снижения риска госпитализации по поводу ХСН и смерти	I
Веригуат может быть рассмотрен пациентам с классом II- IV по NYHA, у которых наблюдалось ухудшение СН, несмотря на лечение иАПФ (АРНИ), бета-блокатором и АМКР для снижения риска кардиоваскулярной смертности или госпитализации по поводу СН	IIb
СНунФВ	
иАПФ м.б. рассмотрены пациентам СНунФВ для снижения риска госпитализации по поводу СН и смерти	IIb
БРА м.б. рассмотрены пациентам СНунФВ для снижения риска госпитализации по поводу СН и смерти	IIb
Бета-блокаторы м.б. рассмотрены пациентам СНунФВ для снижения риска госпитализации по поводу СН и смерти	IIb
АМКР м.б. рассмотрены пациентам СНунФВ для снижения риска госпитализации по поводу СН и смерти	IIb
Сакубитрил/ Валсартан м.б. рассмотрен пациентам СНунФВ для снижения риска госпитализации по поводу СН и смерти	IIb
СНсФВ	
Пациентам с СНсФВ рекомендуется скрининг и лечение ассоциированных сердечно-сосудистых и не сердечно-сосудистых заболеваний (см. соответствующие разделы)	I
Профилактика и мониторинг	
Стратегии самоуправления рекомендуются для уменьшения риск госпитализации и смертности от СН	I
Программы на дому или в клинике улучшают результаты и рекомендуются для снижения риска госпитализации и смертности от СН	I

Вакцинацию от гриппа и пневмококка следует рассмотреть больным СН для снижения риска госпитализации по поводу СН	IIa
Программы кардиореабилитации, основанные на физических упражнениях, контролируемые инструкторами, следует рассмотреть пациентам СН и тяжелым течением СН, коморбидным и/или хрупким больным	IIa
Неинвазивный домашний телемониторинг м. б. рассмотрен для пациентов СН для снижения риска повторных госпитализаций из-за СН и сердечно-сосудистой смерти	IIb
Рекомендации по лечению пациентов с далеко зашедшей СН	
Пациентам, которым предполагается длительное применение средств механической поддержки, необходимо добиться хорошего комплаенса и психологической поддержки, обучить соответствующему обращению с устройствами	I
Трансплантация сердца рекомендуется пациентам с далеко зашедшей СН, резистентной к медикаментозной / аппаратной терапии и у кого нет абсолютных противопоказаний	I
Длительное введение инотропов и/ или вазопрессоров м.б. рассмотрено у пациентов с низкой ФВ и признаками гипоперфузии органа в качестве моста к трансплантации сердца или механическим средствам поддержки	IIb
Рекомендации по лечению пациентов после госпитализации по поводу СН	
Пероральные препараты с доказанной эффективностью в отношении СН д.б. назначены перед выпиской	I
Ранний визит в течение 1-2 недель после выписки следует запланировать для оценки комплаенса, эффективности терапии и возможности титрации препаратов	I
Рекомендации по лечению пациентов СН и ФП	
Длительное лечение пероральными антикоагулянтами должно быть рассмотрено для профилактики инсульта у пациентов с ФП с CHA2DS2-VASc ≥ 1 у мужчин или ≥ 2 у женщин	IIa
Рекомендации по лечению пациентов СН и ХКС	
КШ следует рассматривать как стратегию реваскуляризации первого выбора у пациентов, подходящих для операции, особенно если они страдающим диабетом и имеют многососудистое поражение	IIa
Пациентам – кандидатам для ИЛЖ, которым планируется реваскуляризация, следует избегать КШ, если это возможно	IIa
Коронарная реваскуляризация м.б. рассмотрена с целью улучшения исходов у пациентов СНнФВ, ХКС и коронарной анатомией, подходящей для реваскуляризации, после тщательной оценки соотношения риска и пользы, включая оценку коронарной анатомии (проксимальный стеноз $> 90\%$ крупных сосудов, стеноз ствола ЛКА, ПНА), сопутствующих заболеваний, ожидаемой продолжительности жизни и перспективы пациента	IIb
ЧКВ можно рассматривать как альтернативу КШ на основании решения Heart Team с учетом анатомии коронарных артерий, сопутствующих заболеваний и хирургического риска	IIb
Рекомендации по лечению пациентов СН и заболеваниями клапанов сердца	
Вмешательство на аортальном клапане (эндоваскулярное (TAVI) или хирургическое (SAVR)) рекомендуется пациентам СН и тяжелым стенозом аортального клапана с высоким градиентом для уменьшения смертности и улучшения симптомов	I
Выбор между TAVI и SAVR должен производиться кардиологической бригадой с учетом предпочтений пациента, а также его характеристик, включая возраст, хирургический риск, клинические, анатомические и процедурные аспекты.	I
Эндоваскулярную пластику митрального клапана следует рассмотреть у тщательно отобранных пациентов с вторичной митральной регургитацией, не подходящих для открытой операции и не нуждающихся в коронарной реваскуляризации, при сохранении симптомов СН несмотря на ОМТ для снижения риска госпитализации по поводу СН	IIa
В рамках стратегии контроля ритма рекомендуется строго контролировать факторы риска и избегать триггеров аритмии	I
Рекомендации по лечению пациентов СН и сахарным диабетом	
Ингибиторы SGLT2 (канаглифлозин, дапаглифлозин, эмпаглифлозин, эртуглифлозин, сотаглифлозин) рекомендуются пациентам с СД2 и высоким риском сердечно-сосудистых событий для уменьшения риска госпитализаций по поводу СН, основных сердечно-	I

сосудистые событий, терминальной стадия почечной недостаточности и смерти от сердечно-сосудистых заболеваний	
Ингибиторы SGLT2 (дапаглифлозин, эмпаглифлозин и сотаглифлозин) рекомендуются пациентам с СД2 и СНнФВ для снижения риска госпитализаций по поводу СН и кардиоваскулярной смерти	I
Ингибитор ДПП-4 саксаглиптин не рекомендуется пациентам с СН	III
Рекомендации по лечению пациентов СН и дефицитом железа	
Всем пациентам с СН рекомендуется периодический скрининг на наличие анемии и дефицита железа, оценка уровня ферритина и насыщения трансферрина	I
Внутривенное введение препаратов железа с карбоксимальтозатом железа следует рассматривать у пациентов с симптомами СН, недавно госпитализированных по поводу СН с ФВ ЛЖ $\leq 50\%$ и дефицитом железа (ферритин сыворотки <100 нг/мл или ферритин сыворотки 100-299 нг/мл и насыщение трансферритина $<20\%$), чтобы снизить риск госпитализации по поводу СН.	IIa
Лечение анемии при СН эритропоэтинстимулирующими препаратами не рекомендуются при отсутствии других показаний к этой терапии	III
Рекомендации по лечению пациентов СН и раком	
Больным раком с повышенным риском кардиотоксичности, предшествующей кардиотоксичностью или воздействием кардиотоксических препаратов, рекомендуется оценка состояния сердечно-сосудистой системы перед плановой противоопухолевой терапией, предпочтительно кардиологом с опытом в кардиоонкологии	I
Лечение АПФ и бета-адреноблокаторами (предпочтительно карведилолом) следует рассматривать у онкологических больных, у которых развивается левожелудочковая дисфункция, определяемая как снижение ФВ $\geq 10\%$ или значение ФВ ниже 50% во время химиотерапии антрациклинами	IIa
Исходная оценка сердечно-сосудистого риска должна рассматриваться у всех онкологических пациентов, которым назначено лечение препаратами, способными вызвать СН.	IIa
Рекомендации по лечению пациентов СН и амилоидозом	
Тафамидис рекомендуется пациентам с генетически подтвержденным наследственным hTTR-КМП и симптомами СН I или II по NYHA для уменьшения симптомов, госпитализации по поводу ССЗ и смертности	I
Тафамидис рекомендуется пациентам с wtTTR-AC и симптомами СН I или II по NYHA для уменьшения симптомов, госпитализации по поводу ССЗ и смертности	I

Сокращения: АМКР – антагонисты минералокортикоидных рецепторов, АРНИ – ангиотензина рецептор/неприлизин ингибитор, ДПП-4 – дипептидилпептидаза 4 типа, иАПФ – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, ИЛЖ – искусственный левый желудочек, КШ – коронарное шунтирование, ЛКА- левая коронарная артерия, ПНА – передняя нисходящая артерия, ОМТ – оптимальная медикаментозная терапия, СД2 – сахарный диабет 2 типа, СН – сердечная недостаточность, СНсФВ – СН с сохраненной ФВ, СНусФВ – СН с умеренно сниженной ФВ, СНрФВ – СН с пониженной ФВ, ХКС – хронический коронарный синдром, ФВ – фракция выброса, ФП – фибрилляция предсердий, hTTR-КМП – наследственная транстиретиновая кардиомиопатия, SGLT2 – натриево-глюкозный транспортер 2 типа, o-wtTTR-AC – дикий вариант амилоидоза сердца, TAVI – транскатетерная имплантация аортального клапана, SAVR – хирургическая замена аортального клапана

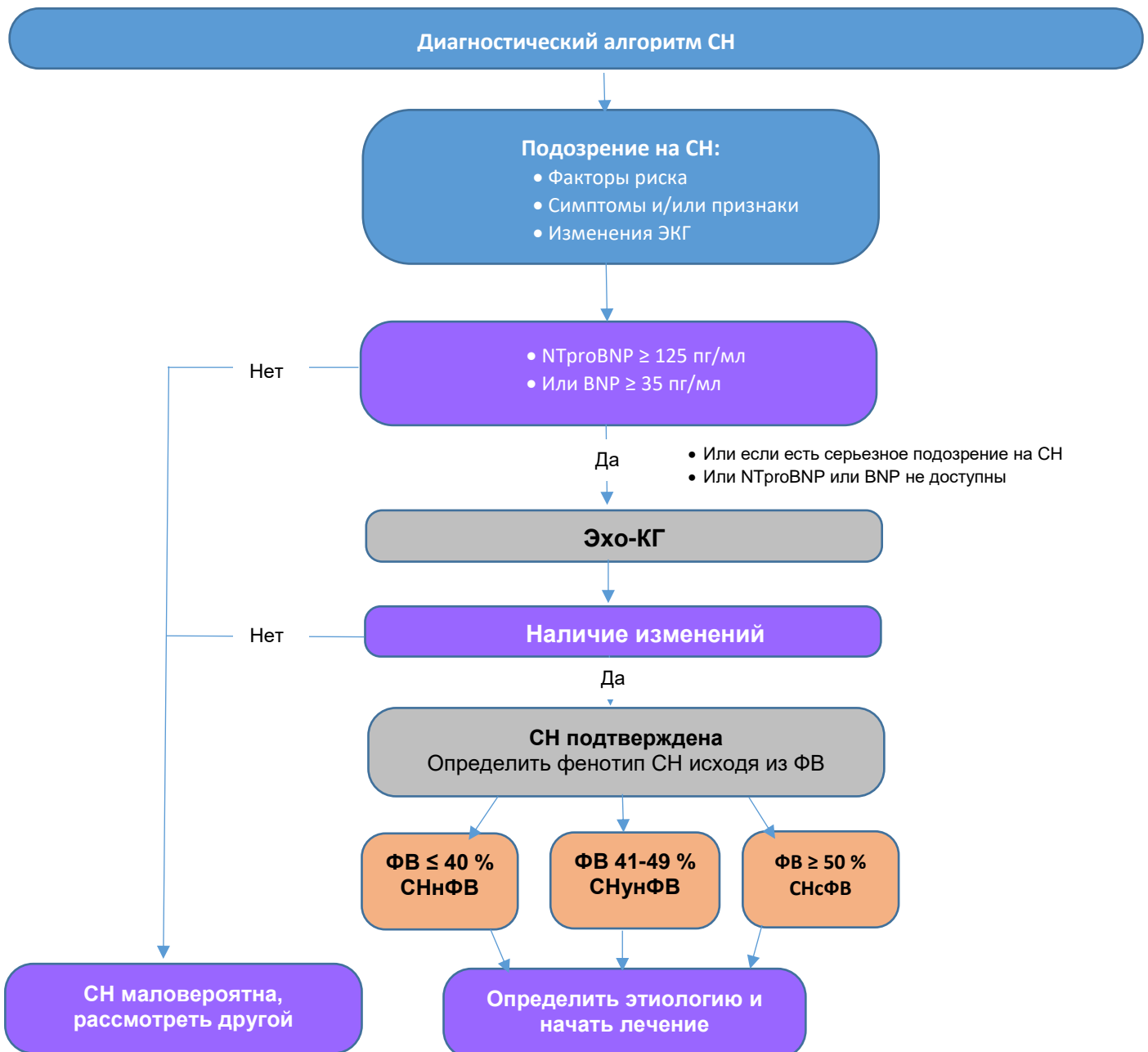
Таблица 1. Определение различных фенотипов СН

Вариант СН	СНнФВ	СНунФВ	СНсФВ
Критерии	1	Симптомы ± признаки ¹	Симптомы ± признаки ¹
	2	ФВ ≤ 40%	ФВ 41-49% ²
	3	-	-

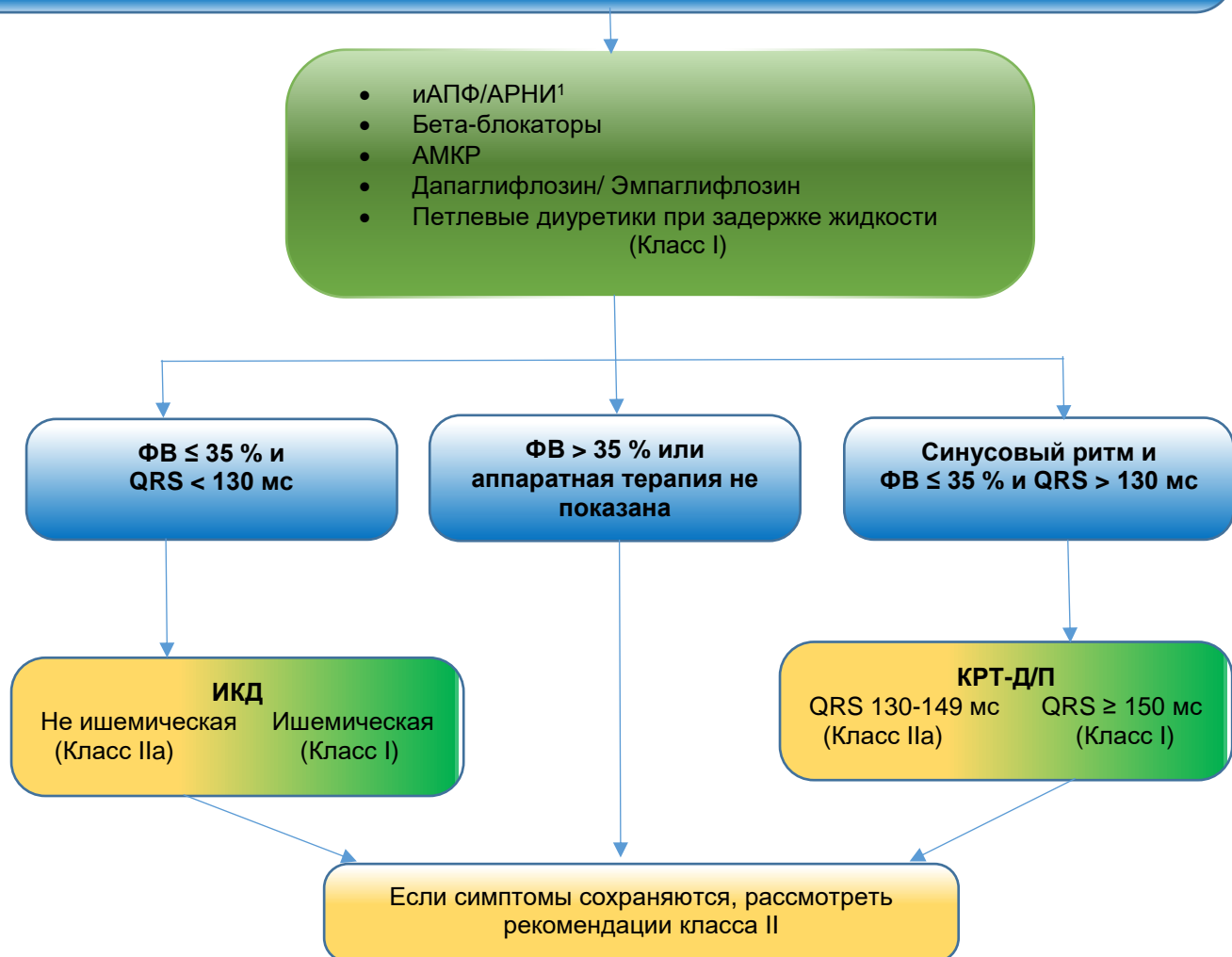
¹ - Признаки могут отсутствовать на ранних стадиях СН, СНсФВ и у пациентов, получающих оптимальное лечение

² - Для диагностики СНунФВ наличие других признаков структурного заболевания сердца (например, увеличение размера левого предсердия, гипертрофия ЛЖ или признаки нарушения наполнения ЛЖ) делает диагноз более вероятным.

³ - Для диагностики СНсФВ чем больше количество признаков, тем выше вероятность СНсФВ



Лечение пациентов с СНнФВ



Сокращения: ИКД – имплантируемый кардиовертер-дефибриллятор, КРТ-Д/П – кардиоресинхронизирующая терапия с функцией Д (дефибриллятора) или П (пейсмеккера)