



Рекомендации Европейского общества кардиологов 2026 года

28 августа 2026 года на официальном сайте Европейского общества кардиологов были размещены полные тексты новых клинических рекомендаций:

- по сердечной недостаточности (СН);
- по сердечно-сосудистым заболеваниям (ССЗ) и хронической болезни почек (ХБП);
- по кардиореабилитации (КР);
- 5-е универсальное определение инфаркта миокарда.

В период проведения Конгресса Европейского общества кардиологов с 28 по 31 августа 2026 года положения этих клинических рекомендаций представлялись участникам ряда специально организованных научных сессий, послужили поводом для активных дискуссий.

Наибольший интерес у делегатов Конгресса и врачей всего мира ожидаемо вызвали рекомендации по СН [1].

Одним из основных изменений в этих рекомендациях являлось удаление фенотипа СН с умеренно сниженной (41-49%) фракцией выброса (ФВ) левого желудочка. Два оставшихся фенотипа теперь определяются как СН со сниженной (<50%) ФВ и СН с сохраненной ($\geq 50\%$) ФВ. По мнению авторов рекомендаций, СН с ФВ до 50% имеет общую патофизиологию и, вероятно, требует одинакового лечения, что упростило клиническую практику.

Принято разделение СН на стадии А–D по аналогии с действующими американскими рекомендациями по СН:

- стадия А: лица с риском развития СН, но без признаков, симптомов и структурных/функциональных нарушений сердца.
- стадия В: пре-СН – наличие нарушений со стороны сердца при отсутствии признаков и симптомов СН.
- стадия С: симптомная СН – наличие нарушений со стороны сердца и имеющих в настоящее время или в анамнезе признаков и/или симптомов СН.
- стадия D: поздняя (прогрессирующая) стадия СН.

Это сделано для того, чтобы привлечь внимание медицинских работников к профилактике и ранней диагностике СН, своевременному адекватному лечению часто приводящих к ней артериальной гипертензии, сахарного диабета, ожирения и других модифицируемых факторов риска.

Введены новые классификации медикаментозной и интервенционной терапии СН:

- базовая медикаментозная терапия (foundational medical therapy): лекарственные препараты для широкого круга пациентов с СН, имеющие рекомендацию класса I для снижения риска госпитализации по поводу СН и/или смертности;
- дополнительная медикаментозная терапия (additional medical therapy): лекарственные препараты с рекомендациями класса IIa/IIb или класса I, направленные на уменьшение выраженности симптомов/улучшение качества жизни либо снижение заболеваемости или смертности у определенных подгрупп пациентов с СН;
- интервенционная терапия, проводимая в соответствии с клиническими рекомендациями (guideline-directed interventional therapy): все имплантируемые устройства или интервенционные методы лечения, рекомендованные в клинических руководствах.

Упразднен термин «острая СН», который заменен на термин «декомпенсированная СН», поскольку в большинстве случаев «острая» СН на самом деле представляет собой постепенное ухудшение состояния.

На основании новых данных крупных рандомизированных контролируемых исследований внесены важные изменения в рекомендации по конкретным методам лечения. В первую очередь к ним относятся рекомендации I класса по применению антагонистов минералокортикоидных рецепторов при СН вне зависимости от ФВ для снижения риска госпитализации по поводу СН и/или смертности, а также рекомендации IIa класса по применению семаглутида или тирзепатида у пациентов с СН с сохраненной ФВ и ожирением для снижения массы тела, улучшения переносимости физических нагрузок и качества жизни (класс IIa).

У пациентов с СН рекомендуется постепенное увеличение дозы базовой медикаментозной терапии не реже, чем каждые 1-2 недели, с учетом симптомов, показателей жизненно важных функций и лабораторных данных, для достижения оптимальных целевых доз препаратов, обеспечивавших эффективность лечения в отношении снижения риска госпитализации с СН или смерти в рандомизированных контролируемых исследованиях (класс I).

Были обновлены рекомендации по другим методам лечения в конкретных ситуациях, например, по применению дигоксина/дигитоксина при СН с ФВ $\leq 40\%$ (класс IIa вместо класса IIb ранее), длительной механической поддержке кровообращения (класс I вместо класса IIa ранее) и транскатетерной пластике митрального клапана (класс I вместо класса IIa ранее).

Рекомендации по ведению пациентов с ССЗ и ХБП подготовлены экспертами Европейского общества кардиологов впервые [2]. Текст рекомендаций структурирован в

соответствии с акронимом «STAMP» (клеймо) на ХБП. STAMP обозначает **S**creen, **T**riage и **A**ddress риск ХБП, **M**odify ведение сердечно-сосудистой патологии и **P**lan оказания услуг здравоохранения на локальном уровне. Первые три буквы акронима призывают всех клиницистов, включая кардиологическое сообщество, к активному выявлению ХБП для инициирования экономически эффективных болезней-модифицирующих вмешательств. Такой подход необходим для снижения глобального бремени ССЗ (острые и хронические коронарные синдромы, СН, аритмии сердца, инсульт, атеросклеротические заболевания периферических артерий, внезапная сердечная смерть) и ХБП, учитывая тесную взаимосвязь между ними.

S Скрининг предполагает определение расчетной скорости клубочковой фильтрации (рСКФ) и альбуминурии у всех пациентов с ССЗ, включая артериальную гипертензию, ишемическую болезнь сердца, СН, атеросклероз периферических артерий и инсульт. Для подтверждения ХБП рекомендуется повторно определять рСКФ и соотношение альбумин-креатинин с интервалом не менее 3 месяцев.

T Стратификация риска и определение стадии ХБП должны проводиться с использованием общепринятой шкалы Kidney Disease: Improving Global Outcomes, учитывающей рСКФ и/или альбуминурию.

A Пациентам с ХБП (не на диализе) следует рутинно предлагать интенсивную терапию статинами в сочетании с эзетимибом или без него независимо от уровня липидов в крови для снижения риска атеросклеротических ССЗ. Для снижения риска прогрессирования ХБП и развития ССЗ большинству пациентов рекомендуется принимать ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента или блокаторы рецепторов ангиотензина II, а также ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2-го типа. Последние можно безопасно начинать использовать при рСКФ ≥ 20 мл/мин/1,73 м² и продолжать лечение даже при снижении рСКФ ниже этого уровня вплоть до начала заместительной почечной терапии. Нестероидные антагонисты минералокортикоидных рецепторов (финеренон) и агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида-1 (семаглутид) рекомендуются пациентам с ХБП, сахарным диабетом 2 типа и альбуминурией для снижения риска прогрессирования патологии почек и сердечно-сосудистых осложнений.

M Модификация ведения пациентов с ССЗ может потребоваться при их сочетании с ХБП. У пациентов с признаками гиперволемии для уменьшения застойных явлений при декомпенсированной СН и ХБП следует применять адекватные дозы петлевых диуретиков или комбинированную диуретическую терапию. Повышенный риск кровотечений у пациентов с острыми коронарными синдромами и ХБП может влиять на выбор схемы

антитромбоцитарной терапии и ее продолжительность. У пациентов с фибрилляцией предсердий и ХБП при рСКФ >30 мл/мин/1,73 м² следует отдавать предпочтение прямым пероральным антикоагулянтам, а не антагонистам витамина К. Применение пероральных ингибиторов фактора Ха (апиксабан) может быть рассмотрено у пациентов с рСКФ 15-29 мл/мин/1,73 м².

Р Планирование медицинской помощи требует учета особенностей ведения пациентов с ХБП. Пациентов следует информировать и обучать в доступной форме основным представлениям о ХБП. Все врачи должны участвовать в коррекции рисков ССЗ и прогрессирования ХБП для снижения их общего бремени. Система оказания медицинской помощи должна быть организована таким образом, чтобы выявлять пациентов с ХБП высокого риска и минимизировать возможные задержки в назначении им современного лечения.

Каждый третий человек в течение жизни сталкивается с заболеваниями сердца. КР – это многопрофильное, ориентированное на пациента и контролируемое врачами вмешательство, направленное на оптимизацию физического, психического и социального функционирования пациента, снижение риска новых неблагоприятных событий после сердечного приступа или постановки диагноза «заболевание сердца». Цель новых рекомендаций Европейского общества кардиологов по КР [3] – предоставить исчерпывающее руководство по показаниям к КР и ведению пациентов в программах КР II фазы. Документ включает описание требований к инфраструктуре, кадрового состава, основных компонентов, методов оказания помощи, постановки целей лечения и оценки результатов КР. Рекомендации применимы к взрослым с ССЗ, а также к пациентам с онкологическими заболеваниями, получающим кардиотоксичную терапию или восстанавливающимся после нее.

Указывается, что эффективная КР – это не только физические упражнения, но и поддержание психического здоровья, образовательные программы для пациентов. Повышение медицинской грамотности и самоконтроля может привести к устойчивым изменениям в образе жизни и повышению приверженности к медикаментозному лечению.

КР должна рассматриваться как основной компонент лечения гораздо более широкого спектра кардиологических заболеваний, чем это часто реализуется в клинической практике. Авторы рекомендаций подчеркивают, что кроме общепринятых показаний (острые коронарные синдромы, хронические коронарные синдромы, СН) КР может быть полезна пациентам после хирургической или транскатетерной замены аортального клапана, с врожденными пороками сердца, фибрилляцией предсердий или онкологическими заболеваниями, при которых проводится потенциально кардиотоксичная терапия.

Старческая астения, пожилой возраст и сопутствующие заболевания не являются противопоказаниями для КР.

Большое внимание уделяется всестороннему обследованию пациентов и индивидуальному подходу, ориентированному на пациента. КР должна соответствовать медицинским, функциональным, психосоциальным потребностям пациента и его образу жизни. Пациентам, проходящим КР, необходимо предоставлять индивидуальные рекомендации по питанию и контролю состава тела для формирования здорового рациона, а также снижения сердечно-сосудистого риска и смертности. Для пациентов с ожирением критически важны комплексные меры по снижению веса, сочетающиеся со стратегиями предотвращения потери мышечной массы, что необходимо для улучшения метаболического и функционального статуса. Комплексный подход к отказу от курения, включающий поведенческое консультирование, индивидуальное обучение, фармакотерапию и последующую поддержку, рекомендуется как неотъемлемая часть КР для поддержания длительного отказа от курения и улучшения сердечно-сосудистых исходов. У пациентов с депрессией тяжелой или средней степени тяжести следует рассмотреть возможность назначения антидепрессантов.

Содействие возвращению к работе должно быть одной из целей КР, особенно для пациентов молодого возраста. Для обеспечения своевременного и успешного возвращения к профессиональной деятельности следует рассматривать комплексные меры, включающие консультирование и физические тренировки.

В отдельной главе представлены телемедицина и цифровые технологии в КР. Интеграция в программы КР цифровых инструментов (например, носимых датчиков, приложений для смартфонов и систем на основе искусственного интеллекта) позволяет улучшить самоконтроль, персонализировать медицинскую помощь, повысить уровень информированности и приверженности пациентов лечению, а также обеспечить раннее выявление сердечно-сосудистых осложнений, что в итоге способствует достижению лучших результатов реабилитации.

Адаптированные модели КР, включающие гибкий график, занятия на дому или гибридные форматы, учет культурных особенностей и поддержку, соответствующую возрасту, могут повысить уровень участия и эффективность реабилитации. КР призвана дать пациентам возможность поддерживать здоровье сердечно-сосудистой системы на протяжении всей жизни. Кроме краткосрочного восстановления, она предоставляет инструменты, знания и мотивацию, необходимые для закрепления изменений в поведении и контроля факторов риска ССЗ.

Пятое универсальное определение инфаркта миокарда (ИМ) является совместным заявлением Европейского общества кардиологов, Американского колледжа кардиологов, Американской кардиологической ассоциации и Всемирной федерации сердца [4]. Предложено идентифицировать три клинических типа ИМ: первичный, вторичный и связанный с процедурой, что отражает лежащие в их основе патофизиологические механизмы, соответствует клинической оценке состояния пациентов и обеспечивает единообразие применения определения в практической работе.

Новая классификация ИМ, пришедшая на смену классификации по типам 1-5, предполагает, что ИМ может развиваться по трем сценариям. Во-первых, ИМ способен возникать спонтанно из-за острой коронарной патологии (первичный ИМ). Ранее ИМ 1-го типа связывали исключительно с атеротромбозом, но новая классификация первичного ИМ учитывает все варианты острой коронарной патологии, в том числе спонтанное расслоение коронарной артерии, вазоспазм или коронарную эмболию, которые можно выявлять с помощью визуализации и функциональных тестов. В этот клинический тип ИМ теперь включены рестеноз, тромбоз стента и отторжение трансплантата более чем через 30 дней после процедуры, поскольку они часто представляют собой первичную коронарную патологию, а не осложнение после реваскуляризации.

Во-вторых, ИМ может быть следствием другого острого состояния, вызывающего дисбаланс между потребностью и доставкой кислорода миокарду (вторичный ИМ). Диагноз вторичного ИМ, пришедший на смену ИМ 2-го типа, подтверждается, если ишемия миокарда, вызванная несоответствием между потребностью и доставкой кислорода, является следствием обструктивной ишемической болезни сердца без признаков острой коронарной патологии и/или вызванного ею повреждения миокарда, достаточного для того, чтобы вызвать новую региональную аномалию движения стенок или потерю жизнеспособности миокарда. Предлагаются объективные критерии для использования кардиологических и инвазивных или неинвазивных методов визуализации коронарных артерий, которые помогут снизить неопределенность, обеспечить единообразие диагностики вторичного ИМ и гарантировать, что диагноз будет учитываться при выборе тактики лечения.

В-третьих, ИМ может возникать как осложнение чрескожных или хирургических вмешательств на сердце (ИМ, связанный с процедурой). Этот клинический тип ИМ заменяет ИМ 4-го и 5-го типов, диагностируется, если острая ишемия и повреждение миокарда являются осложнением, возникшим в течение 30 дней после любой кардиологической процедуры (чрескожной или хирургической).

Все ИМ можно отнести к одной из трех описанных клинических категорий. Если ИМ является вероятной причиной смерти (ранее его называли «ИМ 3-го типа»), клиническая классификация (первичный, вторичный, связанный с процедурой) должна определяться в зависимости от обстоятельств или результатов патологоанатомического исследования.

В новом документе указаны верхние референсные (пороговые) значения сердечного тропонина для 99-го перцентиля с учетом пола, а также рекомендуется применять визуализирующие методики для определения этиологии ИМ с использованием специальных кодов Международной классификации болезней 11-го пересмотра.

Материал подготовлен д-р мед. наук, профессором С.Г. Канорским, отредактирован д-р мед. наук, профессором М.Н. Мамедовым

Литература

1. Køber L, Adamo M, Ruwald AC, al.; ESC Guidelines Advisory Group. 2026 ESC Guidelines for the management of heart failure. Eur Heart J. 2026 Aug 28;ehag100. doi: 10.1093/eurheartj/ehag100. Online ahead of print.
2. Damman K, Ter Maaten JM, Mayne KJ, al.; ESC Guidelines Advisory Group. 2026 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease and chronic kidney disease, in collaboration with the European Renal Association (ERA). Eur Heart J. 2026 Aug 28;ehag098. doi: 10.1093/eurheartj/ehag098. Online ahead of print.
3. Bäck M, Wilhelm M, Marcin T, al.; ESC Guidelines Advisory Group. 2026 ESC Guidelines on cardiac rehabilitation. Eur Heart J. 2026 Aug 28;ehag099. doi: 10.1093/eurheartj/ehag099. Online ahead of print.
4. Mills NL, Newby LK, Zaman S, et al.; ESC/ACC/AHA/WHF Universal Definition Document Advisory Group. Fifth Universal Definition of Myocardial Infarction (2026). Eur Heart J. 2026 Aug 28;ehag101. doi: 10.1093/eurheartj/ehag101. Online ahead of print.