



Практика применения новых клинических рекомендаций при постановке диагноза хронической сердечной недостаточности после инфаркта миокарда: мнение по проблеме

Якушин С.С.¹, Барбараш О.Л.², Мареев В.Ю.³, Дупляков Д.В.^{4,5}, Певзнер Д.В.⁶, Переверзева К.Г.¹

В клинических рекомендациях Минздрава России по инфаркту миокарда (ИМ) с подъемом сегмента ST, острому коронарному синдрому без подъема сегмента ST и хронической сердечной недостаточности (ХСН) отсутствуют образцы формулировки клинических диагнозов ХСН после выписки больных ИМ из стационара. В данной статье предлагаются различные варианты оформления диагноза ХСН в этот период заболевания. Рекомендации основываются на новой классификации хронической ХСН Российского кардиологического общества 2024г с выделением предстadium ХСН и впервые возникшей хронической ХСН, диагноз которой целесообразно устанавливать с 29 дня после перенесенного индексного ИМ.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, сердечная недостаточность, хроническая сердечная недостаточность, предстadium сердечной недостаточности, риск развития сердечной недостаточности, классификация, формулировка диагноза.

Отношения и деятельность: нет.

¹ФГБОУ ВО Рязанский государственный медицинский университет Минздрава России, Рязань, Россия; ²ФГБНУ Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, Кемерово, Россия; ³ФГБОУ ВО Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия; ⁴ГБУЗ Самарский областной клинический кардиологический диспансер им. В.П. Полякова, Самара, Россия; ⁵Институт профессионального образования, ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России, Самара, Россия; ⁶ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии им. акад. Е.И. Чазова Минздрава России, Москва, Россия.

Якушин С.С.* — профессор, д.м.н., зав. кафедрой госпитальной терапии с курсом МСЭ, ORCID: 0000-0002-1394-3791, Барбараш О.Л. — академик РАН, профессор, д.м.н., директор, ORCID: 0000-0002-4642-3610, Мареев В.Ю. — профессор, д.м.н., г.н.с. Медицинского научно-образовательного центра, ORCID: 0000-0002-7285-2048, Дупляков Д.В. — профессор, д.м.н., главный врач; профессор

кафедры кардиологии и кардиохирургии Института профессионального образования, ORCID: 0000-0002-6453-2976, Певзнер Д.В. — профессор, д.м.н., руководитель отдела неотложной кардиологии, ORCID: 0000-0002-5290-0065, Переверзева К.Г. — д.м.н., профессор кафедры госпитальной терапии с курсом МСЭ, ORCID: 0000-0001-6141-8994.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author): ssyakushin@yandex.ru

ИМ — инфаркт миокарда, ИМбпST — инфаркт миокарда без подъема сегмента ST, ИМпST — инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST, КР — клинические рекомендации, ЛЖ — левый желудочек, МЗ — Министерство здравоохранения, МНУП — мозговой натрийуретический пептид, ОКСбпST — острый коронарный синдром без подъема сегмента ST, ОХН — острая сердечная недостаточность, РФ — Российская Федерация, ХСН — сердечная недостаточность, ФВ — фракция выброса, ФК — функциональный класс, ХСН — хроническая сердечная недостаточность, ЭхоКГ — эхокардиография, NT-proBNP — N-концевой промозговой натрийуретический пептид.

Рукопись получена 29.12.2025

Рецензия получена 09.02.2026

Принята к публикации 13.02.2026



Для цитирования: Якушин С.С., Барбараш О.Л., Мареев В.Ю., Дупляков Д.В., Певзнер Д.В., Переверзева К.Г. Практика применения новых клинических рекомендаций при постановке диагноза хронической сердечной недостаточности после инфаркта миокарда: мнение по проблеме. *Российский кардиологический журнал*. 2026;31(3):6756. doi: 10.15829/1560-4071-2026-6756. EDN: YLTJCM

Application of new guidelines for diagnosing heart failure after myocardial infarction: opinion on a problem

Yakushin S.S.¹, Barbarash O.L.², Mareev V.Yu.³, Duplyakov D.V.^{4,5}, Pevzner D.V.⁶, Pereverzeva K.G.¹

In the absence of templates of formulating clinical diagnoses of HF after discharge from the hospital in the Russian Ministry of Health's clinical guidelines for ST-elevation myocardial infarction (MI), non-ST-elevation acute coronary syndrome, and heart failure (CHF), this article proposes various options for formulating a HF diagnosis during this period. The guidelines are based on the new 2024 classification of HF by the Russian Society of Cardiology, which distinguishes between pre-HF and newly diagnosed HF, the diagnosis of which should be established starting 29 days after the index MI.

Keywords: myocardial infarction, heart failure, pre-existing heart failure, heart failure risk, classification, diagnosis.

Relationships and Activities: none.

¹Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia; ²Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases, Kemerovo, Russia; ³Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia; ⁴Polyakov Samara Regional Clinical Cardiology

Dispensary, Samara, Russia; ⁵Institute of Professional Education, Samara State Medical University, Samara, Russia; ⁶Chazov National Medical Research Center of Cardiology, Moscow, Russia.

Yakushin S.S.* ORCID: 0000-0002-1394-3791, Barbarash O.L. ORCID: 0000-0002-4642-3610, Mareev V.Yu. ORCID: 0000-0002-7285-2048, Duplyakov D.V. ORCID: 0000-0002-6453-2976, Pevzner D.V. ORCID: 0000-0002-5290-0065, Pereverzeva K.G. ORCID: 0000-0001-6141-8994.

*Corresponding author: ssyakushin@yandex.ru

Received: 29.12.2025 **Revision Received:** 09.02.2026 **Accepted:** 13.02.2026

For citation: Yakushin S.S., Barbarash O.L., Mareev V.Yu., Duplyakov D.V., Pevzner D.V., Pereverzeva K.G. Application of new guidelines for diagnosing heart failure after myocardial infarction: opinion on a problem. *Russian Journal of Cardiology*. 2026;31(3):6756. doi: 10.15829/1560-4071-2026-6756. EDN: YLTJCM

Ключевые моменты

- В действующих клинических рекомендациях Минздрава России отсутствуют необходимые положения по формулировке диагноза сердечной недостаточности (СН) после выписки больных с инфарктом миокарда из стационара.
- Отмечается необоснованная и значительная гипердиагностика впервые возникшей хронической СН в подобных случаях.
- В статье обосновывается срок формирования хронической СН *de novo*, а именно с 29 дня после перенесенного индексного инфаркта миокарда.
- Приводятся варианты оформления диагноза СН в этот период заболевания с использованием новой классификации хронической СН Российского кардиологического общества 2024г.

Key messages

- The current clinical guidelines of the Russian Ministry of Health lack the necessary templates for formulating the diagnosis of heart failure (HF) after discharge from the hospital in patients with myocardial infarction.
- There is an unjustified and significant overdiagnosis of newly diagnosed HF in such cases.
- The article substantiates the timing of *de novo* HF, namely, from the 29th day after the index myocardial infarction.
- Options for formalizing the diagnosis of HF during this disease period are presented, using the novel classification of HF of the Russian Society of Cardiology (2024).

Актуальность разработки формулировки диагноза сердечной недостаточности (СН) после инфаркта миокарда (ИМ) определяется многими причинами.

В действующих клинических рекомендациях (КР) Министерства здравоохранения (МЗ) Российской Федерации (РФ) по острому ИМ с подъемом сегмента ST (ИМпST) и острому коронарному синдрому без подъема сегмента ST (ОКСбпST) [1, 2] рекомендуется для оценки выраженности проявлений СН у всех пациентов использовать только классификацию острой СН (ОСН) по Killip.

В КР МЗ РФ по хронической СН (ХСН) [3] представлена новая классификация и в примерах формулировки диагноза ХСН указываются варианты только для стабильных форм ишемической болезни сердца (стенокардия напряжения и постинфарктный кардиосклероз).

Таким образом, в действующих КР МЗ РФ отсутствуют необходимые рекомендации по формулировке диагноза СН после выписки больных с ИМ из стационара, учитывая, что при благоприятном госпитальном исходе заболевания, ОСН купируется к выписке, а ХСН к этому моменту развиваться не может.

Данные российского регистрового исследования "Бронь-ХСН" (1617 больных) продемонстрировали высокую встречаемость впервые выявленной ХСН на 30 день после ИМ — 47% случаев¹. При этом верификация диагноза ХСН проводилась необоснованно редко: эхокардиография (ЭхоКГ) выполнялась у 52% данных пациентов, а определение мозгового натрий-

уретического пептида (МНУП) только в 11% случаев, что характеризует субъективный подход в диагностике ХСН. Также вопрос постановки диагноза ХСН после ИМ активно обсуждался в рамках некоторых симпозиумов в 2024г (конгрессы общества специалистов по сердечной недостаточности в Нижнем Новгороде, Российского кардиологического общества в Санкт-Петербурге и на юбилейном конгрессе общества специалистов по сердечной недостаточности под названием "Острая и хроническая сердечная недостаточность при ИМ — "белые пятна" современных рекомендаций"). На последнем симпозиуме при интерактивном голосовании были получены во многом разнонаправленные ответы врачей на вопросы по формулировке диагноза СН после ИМ. В частности, 72,9% врачей устанавливают диагноз впервые возникшей ХСН в момент выписки больного после ИМ.

В то же время зарубежные исследователи приводят данные о значительном снижении частоты случаев СН, развившейся во время пребывания в стационаре по поводу ИМ (с 39% [4] до 4-28% [5-7]).

Таким образом, острота проблемы подчеркивается широко распространенной в реальной практике в РФ гипердиагностикой ХСН *de novo* у пациентов с ИМ при выписке из стационара, несмотря на отсутствие у них признаков ХСН до развития ИМ, что явилось основанием для создания данной статьи.

Важность ранней диагностики СН при ИМ с клинической точки зрения не вызывает сомнений. После выписки больных из стационара в большинстве случаев смертельному исходу после ИМ предшествует развитие СН [8]. Это подтверждается результатами, полученными в работе Wohlfahrt P, et al. на 1065 больных, госпитализированных по поводу первичного ИМ I типа (65,4% с ИМпST) и не имевших в анамнезе СН. У каждого пятого пациента при выписке из стацио-

¹ Доклад проф. Терещенко С.Н. "Российский регистр по изучению постинфарктной сердечной недостаточности БРОНЬ-ХСН", Санкт-Петербург, Российский национальный конгресс кардиологов, 26-28 сентября 2024г.

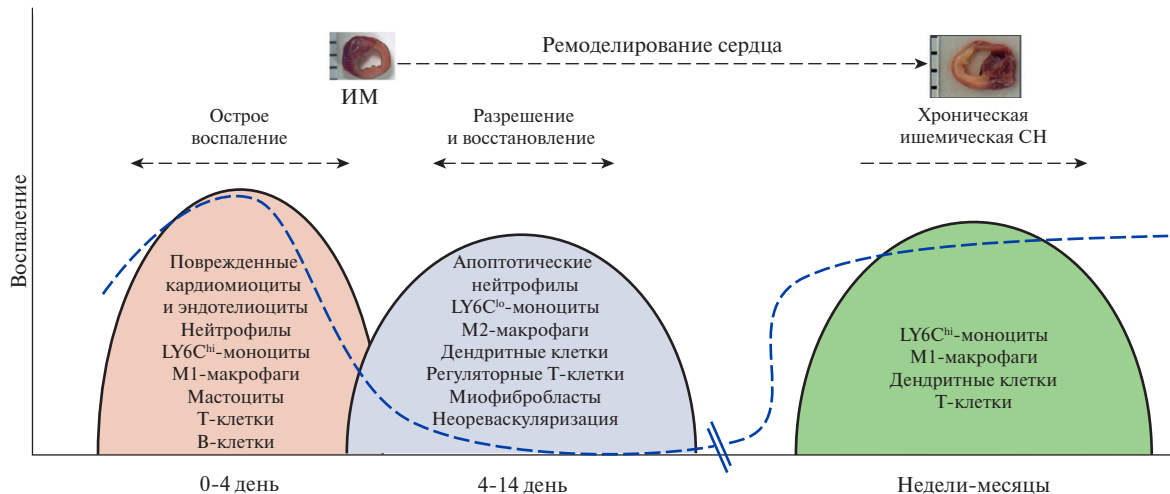


Рис. 1. Временные фазы ремоделирования после ИМ (адаптировано по [24]).
Сокращения: ИМ — инфаркт миокарда, СН — сердечная недостаточность.

нара наблюдается систолическая дисфункция левого желудочка (ЛЖ) [9]. При этом риск развития СН и смерти после ИМ увеличивается с возрастом [10].

Вышесказанное актуализирует необходимость разработки единого подхода формулировки диагноза ХСН после ИМ, что позволит своевременно стратифицировать риск пациентов и назначать необходимую жизнеспасующую терапию. Правильность диагностики и формулировки диагноза СН в разные периоды после развития ИМ также приобретает особую значимость в связи с введением в клиническую практику критериев качества оказания медицинской помощи и необходимостью грамотно взаимодействовать с контролирующими органами, в т.ч. со страховыми компаниями.

Текущее состояние проблемы и сроки диагностики ХСН после ИМ

В зарубежных источниках также указывается на сложности определения сроков возникновения СН после ИМ, что связано с возможностью как раннего, так и позднего развития СН *de novo*, потенциальным восстановлением функции сердца в отдаленном периоде, а также с различиями в дизайне исследований [7].

Следует обратить внимание, что в большинстве публикаций, включая европейские и американские КР, термин ХСН используется очень ограниченно и традиционно употребляются термины ОСН или СН, как, например, в американских рекомендациях [11]. В европейских рекомендациях даже в названии приводится терминология острой и **ХРОНИЧЕСКОЙ** СН, в то время как в тексте практически везде используется аббревиатура СН, что позволяет понимать определенную равновесность используемых сокращений СН и ХСН [12].

Например, в работе Kim H, et al. [13] выделяют три периода манифестации впервые возникшей СН после ИМ: на стадии стационара, в раннем и отдаленном

периоде после выписки. При этом авторы используют один и тот же термин — СН.

Сложной проблемой является установление *сроков развития/возникновения ХСН*, что объясняется отсутствием единой утвержденной точки зрения по этому вопросу, как в зарубежной, так и российской литературе.

Так, в исследовании DINAMIT, посвященном первичной профилактике внезапной смерти с помощью имплантации кардиовертера-дефибриллятора пациентам со сниженной фракцией выброса (ФВ) ЛЖ, в качестве временного периода, завершающего процесс ремоделирования после ИМ был предложен срок 40 дней [14]. В то же время в различных рандомизированных клинических исследованиях, посвященных ХСН, используются существенно различающиеся сроки включения пациентов после перенесенного ИМ: от 30 дней (EMPHASIS-HF) и 60 дней (VICTORIA) до 90 дней (EMPEROR-Reduced, EMPEROR-Preserved) и 3 мес. (PARAGON-HF, DAPA-HF) [15-19].

С другой стороны, в международной универсальной дефиниции ИМ 2000г указывается конкретный срок зажившего ИМ (29 дней и более) [20], что во многом предопределяет завершение процессов ремоделирования миокарда и возможность использования термина ХСН.

Данный подход к срокам заживления ИМ сохраняется во всех последующих редакциях документа, включая Четвертое универсальное определение ИМ (2018г), и признается в российских КР [1, 2, 21]. При этом в третьем универсальном определении ИМ указывается, что полный биологический процесс заживления, ведущий к формированию зрелого рубца, обычно занимает от 5 до 6 нед. и более [22]. Отмечается также, что успешная реперфузионная терапия может существенно влиять на скорость и характер этого процесса, потенциально сокращая сроки рубцевания [22].

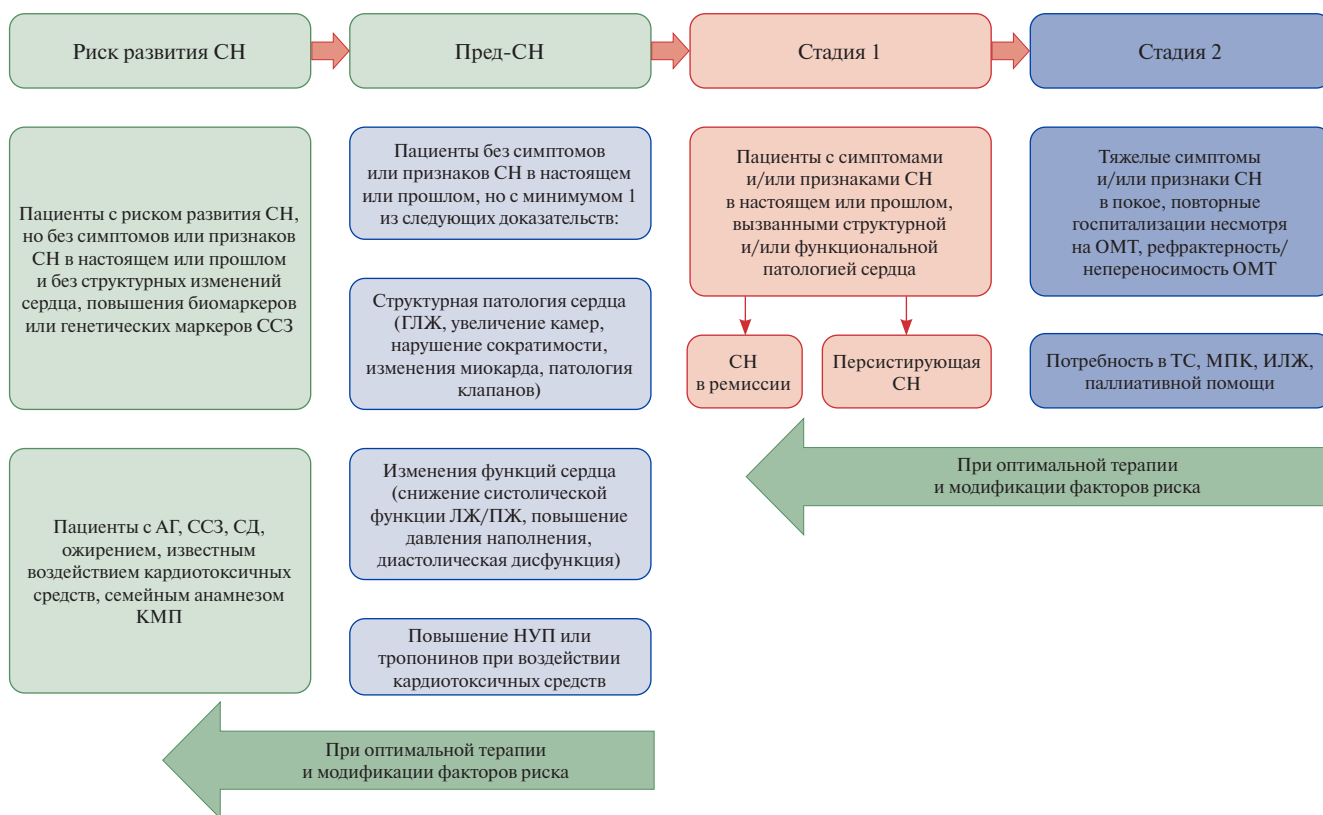


Рис. 2. Стадии развития и прогрессирования ХСН [3].

Сокращения: АГ — артериальная гипертензия, ГЛЖ — гипертрофия левого желудочка, ИЛЖ — искусственный левый желудочек, КМП — кардиомиопатия, ЛЖ — левый желудочек, МПК — механическая поддержка кровообращения, НУП — натрийуретический пептид, ОМТ — оптимальная медикаментозная терапия, ПЖ — правый желудочек, СД — сахарный диабет, СН — сердечная недостаточность, ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания, ТС — трансплантация сердца.

Незавершенность основных этапов ремоделирования к 29 дню индексного ИМ подтверждается и в ряде других работ. В частности, морфологические данные свидетельствуют, что в большинстве случаев для полного заживления требуется ~2 мес. и хорошо сформированный рубец образуется в течение 6 нед., после чего становится невозможным определение его возраста [23]. Однако этот срок фактически может быть меньше, т.к. эти данные получены в исследованиях, проведенных до широкого внедрения реваскуляризации и терапии, направленной на коррекцию ремоделирования миокарда, которые в настоящее время стали главной стратегией ведения больных ИМ.

Также после заживления ИМ у части пациентов может наблюдаться дальнейшее ремоделирование в виде поздней прогрессирующей дилатации желудочков и СН, в т.ч. за счет состояний, характеризующихся хроническим воспалением (рис. 1).

Определение биомаркеров постинфарктного ремоделирования желудочков (уровень креатинкиназы, тропонина, N-концевого промозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) и С-реактивный белок) позволяет оценить только отдельные патофизиологические звенья этого многостороннего процесса — некроз миокарда, активацию нейрогормонов, воспали-

тельную реакцию, гипертрофию и фиброз, апоптоз, смешанные процессы. Новые же биомаркеры воспаления, биомаркеры микро-РНК находятся еще на этапе изучения [25].

Влияние СН на прогноз изучалось Goodwin N, et al. [26] при проведении вторичного анализа 4 крупных исследований (47474 пациента) по лечению ОКС (PLATO, APPRAISE-2, TRACER и TRILOGY ACS). Было показано, что как хроническая, так и впервые возникшая (*de novo*) СН, осложнившая ОКС, были ассоциированы со значительным повышением скорректированного риска смерти, ишемических событий и госпитализаций по поводу СН как в течение 30 дней, так и в течение 1 года наблюдения [26].

Данные Kim H, et al. [13] также указывают на необходимость тщательного контроля развития СН даже после выписки больных после ИМ для раннего назначения рекомендованной оптимальной медикаментозной терапии ХСН, что может быть дополнительным обоснованием уменьшения времени установки диагноза ХСН до 29 дня после ИМ.

Таким образом, приведенные выше данные свидетельствуют об отсутствии единой точки зрения на временные параметры завершения процессов ремоделирования миокарда ЛЖ (от 29-30 до 90 дней), ко-

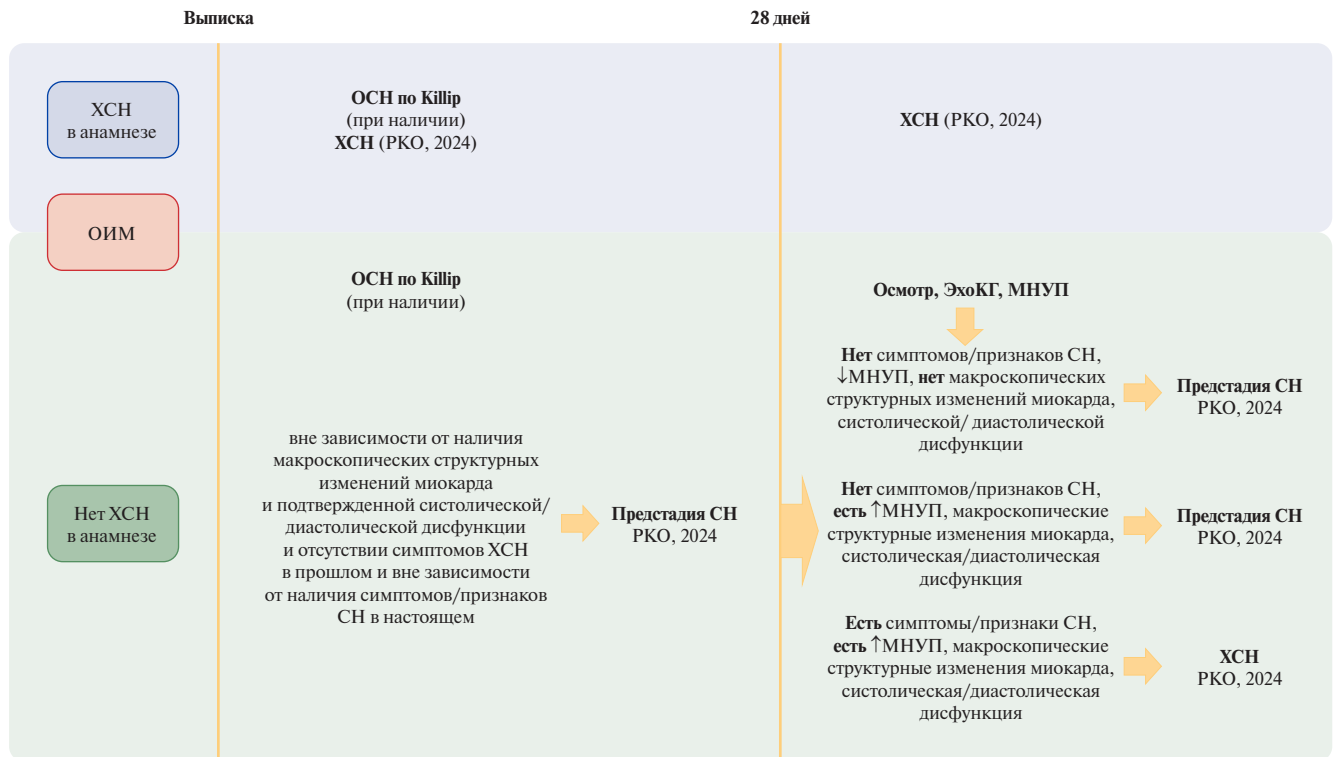


Рис. 3. Алгоритм формулировки диагноза СН после ОИМ.

Сокращения: МНУП — мозговой натрийуретический пептид, ОИМ — острый инфаркт миокарда, ОСН — острая сердечная недостаточность, РКО — Российское кардиологическое общество, СН — сердечная недостаточность, ХСН — хроническая сердечная недостаточность, ЭхоКГ — эхокардиография.

торые можно было бы рассматривать как отрезное значение терминологического дебюта ХСН *de novo*.

На основании существующего международного универсального определения ИМ срок зажившего ИМ определен 29 днем [20] и представляется логичным считать началом впервые возникшей ХСН 29 день после перенесенного индексного ИМ, что предопределяет более раннее назначение лекарственной терапии для улучшения прогноза. В этом контексте 29-й день следует рассматривать не как завершение ремоделирования, а как минимально допустимый срок для первой стандартизированной клинко-инструментальной переоценки состояния пациента, позволяющей обоснованно дифференцировать преходящую дисфункцию, связанную с острым периодом ИМ, от формирования ХСН.

Стадии ХСН после ИМ

Течение СН при ИМ отличается динамичностью и может характеризоваться не только прогрессированием, но и регрессом ее симптомов/признаков. Возможность обратного развития 2 стадии СН при условии оптимальной терапии и коррекции факторов риска подчеркивается современной классификацией ХСН (рис. 2) [3]. В связи с этим формулировка диагноза СН должна точно отражать динамику этого процесса во времени, начиная с первых суток ИМ и заканчивая периодом отдаленного наблюдения (рис. 3).

Впервые в КР МЗ РФ по ХСН 2024г [3] называются критерии *предстадии СН*, в частности, структур-

ная патология сердца, систолическая и диастолическая дисфункции, повышение МНУП. Если признаки систолической дисфункции диагностируются по 2-м критериям (ФВ ЛЖ <50% и/или глобальная продольная деформация (показатель продольного сжатия) <16%), то диагностика диастолической дисфункции проводится по ряду параметров, приведенных в таблице 1. Согласно этим КР, отсутствие симптомов/признаков ХСН в настоящем и прошлом и наличие систолической или диастолической дисфункции позволяют диагностировать **предстадию ХСН**.

У пациентов с ИМ без предшествующей ХСН, имеющих структурное изменение миокарда, вне зависимости от наличия систолической/диастолической дисфункции целесообразно формулировать данное состояние при выписке как "предстадию СН". Несмотря на то, что данная картина не полностью соответствует классическому определению предстadium (которая подразумевает отсутствие симптомов), установить диагноз ХСН на данном этапе невозможно из-за отсутствия периода времени 28 дней. В связи с чем логично на данном раннем этапе формулировать диагноз именно как **предстадия СН**, а окончательный диагноз ("ХСН" или также "предстadium СН" в зависимости от наличия симптомов и признаков) верифицировать по истечении 28-дневного срока.

У пациента, после перенесенного ИМ, даже при отсутствии макроскопических структурных измене-

Таблица 1

**Структурные и функциональные нарушения,
ассоциирующиеся с диастолической дисфункцией/повышенным давлением наполнения ЛЖ**

Параметр	Порог	Комментарии
Индекс массы ЛЖ	≥95 г/м ² (женщины) ≥115 г/м ² (мужчины)	Наличие концентрического ремоделирования/ГЛЖ поддерживает диагноз ХСНсФВ, однако отсутствие ГЛЖ не исключает ХСНсФВ
Относительная толщина стенок	>0,42	
Индекс объема ЛП	>34 мл/м ² (синусовый ритм)	При отсутствии ФП или поражения клапанов расширение ЛП отражает хроническое повышение давления наполнения ЛЖ (при ФП используют порог >40 мл/м ²)
Е/е' в покое	>9 >14 ¹	Чувствительность 78%, специфичность 59% для наличия инвазивно подтвержденной ХСНсФВ. Более высокий порог имеет меньшую чувствительность (46%), но более высокую специфичность (86%) ¹
NT-proBNP/BNP	>125 (синусовый ритм) или >365 (ФП) пг/мл >35 (синусовый ритм) или >105 (ФП) пг/мл	До 20% пациентов с инвазивно доказанной ХСНсФВ (особенно с ожирением) имеют уровни натрийуретических пептидов ниже диагностического порога
СДЛА	>35 мм рт.ст.	Чувствительность 54%, специфичность 85% для наличия инвазивно подтвержденной ХСНсФВ
Скорость трикуспидальной регургитации в покое	>2,8 м/с	

Примечание: наличие хотя бы одного из критериев, перечисленных в таблице 1 при отсутствии симптомов и/или признаков ХСН, позволяет диагностировать предстadium ХСН.

Сокращения: ГЛЖ — гипертрофия левого желудочка, ЛЖ — левый желудочек, ЛП — левое предсердие, СДЛА — систолическое давление в легочной артерии, ФП — фибрилляция предсердий, ХСНсФВ — хроническая недостаточность с сохранной фракцией выброса, BNP — мозговой натрийуретический пептид, NT-proBNP — N-концевой промозговой натрийуретический пептид.

ний миокарда, и систолической/диастолической дисфункции (т.е. нет зон нарушения локальной сократимости, а диагноз ИМ поставлен по критерию острого миокардиального повреждения), целесообразно формулировать диагноз как "предстадия СН" в соответствии с классификацией ХСН Российского кардиологического общества 2024г [3].

Диагностика ХСН вследствие ИМ после 28 дней

Обращаясь к вопросу верификации диагноза ХСН после ИМ, в КР МЗ РФ по ИМпST [1] и ОКСбпST [2] после ИМ рекомендуется проведение ЭхоКГ с обязательной оценкой ФВ ЛЖ с периодичностью не реже 1 раза в год или чаще в соответствии с клинической необходимостью, а указания на определение уровня NT-proBNP отсутствуют.

Данные литературы свидетельствуют, что в современной когорте пациентов, перенесших ИМ, отмечается высокий риск возникновения СН, даже среди пациентов с нормальной ФВ ЛЖ и отсутствием СН при выписке [8], в связи с чем необходимость выполнения данных методов валидации диагноза впервые возникшей ХСН, даже у пациентов при отсутствии и/или стертых симптомах/признаках СН в срок с 29 дня после перенесенного ИМ, несомненна. Так как в действующих КР МЗ РФ по ИМпST [1] и ОКСбпST [2] нет конкретных указаний на сроки повторного проведения ЭхоКГ для оценки динамики ремоделирования и отсутствуют указания на необходимость определения NT-proBNP, в последующий вариант соответ-

ствующих КР целесообразно внести необходимость оценки данных показателей по истечении 28 дней от референсного ИМ.

При вторичном анализе 4 крупных исследований по лечению ОКС [26] установлено, что у пациентов с предшествующей ХСН признаки ОСН при индексном ИМ встречаются значительно чаще, чем у пациентов без СН в анамнезе (40,3% vs 6,9%). В связи с этим актуальным становится вопрос об уточнении наличия диагноза ХСН в анамнезе, причем не только по данным медицинской документации, но и по наличию симптомов/признаков ХСН по данным опроса, осмотра пациента и ЭхоКГ в случае, если эти данные не были ранее правильно интерпретированы.

Примеры формулировки диагноза

В приведенных ниже вариантах формулировок клинического диагноза СН у больных с ИМ используется новая классификация ХСН, утвержденная в КР МЗ РФ по ХСН (2024г) [3].

Пример 1. У больного с индексной госпитализацией по поводу ИМ и предшествующей ХСН в остром периоде развивается ОСН.

При выписке из стационара у больного имеются признаки СН. Диагноз при выписке:

Основное заболевание:

ИМпST передней стенки ЛЖ (дата)...

Осложнение основного заболевания: ОСН (Killip II) (дата).

ХСН I стадии с сохранной ФВ ЛЖ (53%), II функциональный класс (ФК).

Комментарий: в осложнении основного заболевания приводится одновременно и ОСН, которая развилась в остром периоде ИМ, и ХСН, которая имела место в анамнезе. Последняя после перенесенного ИМ может иметь более выраженную стадию и/или ФК.

Пример 2. У больного с ИМ без подъема сегмента ST (ИМбпST) в остром периоде заболевания отсутствовали признаки ОСН. При выписке из стационара клинические симптомы СН отсутствуют. При ЭхоКГ структурное поражение миокарда отсутствует, диастолическая и систолическая функции в норме. Диагноз при выписке:

Основное заболевание: ИМбпST передней стенки ЛЖ (дата)... Предстадия СН.

Комментарий: здесь и далее предстадия СН устанавливается на основании КР МЗ РФ по ХСН (2024) на основании наличия у пациента заболевания сердца, которое с высокой вероятностью может привести к развитию СН в будущем [3].

Пример 3. У больного с ИМбпST в остром периоде заболевания отсутствовали признаки ОСН. При выписке из стационара клинические симптомы СН отсутствуют. При ЭхоКГ имеется структурное поражение миокарда (зоны гипо/акинезии), диастолическая и систолическая функции в норме. Диагноз при выписке:

Основное заболевание: ИМбпST передней стенки ЛЖ (дата)... Предстадия СН.

Пример 4. У больного с ИМ в остром периоде отсутствовали признаки ОСН.

Он выписывается из стационара без признаков СН только с наличием диастолической дисфункции ЛЖ при ЭхоКГ.

Диагноз при выписке:

Основное заболевание:

ИМбпST передней стенки ЛЖ (дата)... Предстадия СН (диастолическая дисфункция ЛЖ).

Аналогично для той ситуации, когда у больного с ИМ в остром периоде отсутствовали признаки ОСН, и он выписывается из стационара без признаков СН только с наличием систолической дисфункции ЛЖ при ЭхоКГ.

Диагноз при выписке:

Основное заболевание:

ИМбпST передней стенки ЛЖ (дата)... Предстадия СН (систолическая дисфункция ЛЖ — ФВ ЛЖ 45%).

Пример 5. У больного с ИМ имелись только признаки ОСН, и он выписывается из стационара без признаков СН только с наличием систолической дисфункции ЛЖ при ЭхоКГ. Диагноз при выписке:

Основное заболевание: ИМпST передней стенки ЛЖ (дата)... Предстадия СН (систолическая дисфункция ЛЖ — ФВ ЛЖ 45%).

Осложнение основного заболевания: ОСН (Killip III) (дата).

Аналогично для той ситуации, когда у больного с ИМ имелись только признаки ОСН, и он выписывается из стационара без признаков СН только с наличием диастолической дисфункции ЛЖ при ЭхоКГ. Диагноз при выписке:

Основное заболевание: ИМпST передней стенки ЛЖ (дата)... Предстадия СН (диастолическая дисфункция ЛЖ).

Осложнение основного заболевания: ОСН (Killip II).

Пример 6. Больной с ИМ и ОСН при поступлении выписывается из стационара с признаками впервые возникшей СН. Диагноз при выписке:

Основное заболевание:

ИМпST передней стенки ЛЖ (дата)... Предстадия СН (систолическая дисфункция — ФВ ЛЖ 47%).

Осложнение основного заболевания: ОСН (Killip III) (дата).

Обоснование формулировки "предстадия СН" заключается в том, что у пациента при выписке были зафиксированы признаки/симптомы СН и систолическая и/или диастолическая дисфункция, но еще не прошло 28 дней от индексного события.

Резюме

1. У больных после ИМ вне зависимости от наличия макроскопических структурных изменений миокарда и подтвержденной систолической/диастолической дисфункции при отсутствии симптомов ХСН в прошлом и вне зависимости от наличия симптомов/признаков СН в настоящем при выписке из стационара целесообразно указывать в диагнозе "Предстадия СН", а с 29 дня ИМ при наличии симптомов и признаков верифицировать впервые возникшую ХСН.

2. В соответствии с КР МЗ РФ по ХСН [3] в случае исключения ХСН с 29 дня, после перенесенного индексного события, в основном диагнозе указывать "Предстадия СН", а в случае подтверждения диагноза ХСН, в раздел "Осложнение основного заболевания" выносить ХСН со всеми присущими ей характеристиками.

3. В случае наличия у больного ИМ в остром периоде ОСН и предшествующей ХСН, в осложнении основного заболевания указывать в диагнозе одновременно и ОСН, развившуюся в остром периоде ИМ, и ХСН, которая имела место в анамнезе. Последняя после перенесенного ИМ может иметь более выраженную стадию и/или ФК.

4. Через 28 дней после индексного ИМ следует повторно оценивать состояние пациентов, выполнять ЭхоКГ, определять биомаркеры СН (NT-proBNP) для подтверждения или исключения ХСН и/или предстадии со всеми последующими рекомендациями по продолжению или изменению фармакотерапии в соответствии с КР МЗ РФ по ХСН.

Заключение

Данная статья акцентирует внимание на имеющейся в РФ гипердиагностике ХСН после ИМ и содержит рекомендации по срокам верификации диагноза ХСН в этой группе пациентов, а также образцы формулировок диагноза СН у больных ИМ.

Литература/References

1. Averkov OV, Arutyunyan GK, Duplyakov DV, et al. 2024 Clinical practice guidelines for Acute myocardial infarction with ST segment elevation electrocardiogram. Russian Journal of Cardiology. 2025;30(3):6306. (In Russ.) Аверков О. В., Арутюнян Г. К., Дупляков Д. В. и др. Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы. Клинические рекомендации 2024. Российский кардиологический журнал. 2025;30(3): 6306. doi:10.15829/1560-4071-2025-6306. EDN: IVCJUK.
2. Averkov OV, Arutyunyan GK, Duplyakov DV, et al. 2024 Clinical practice guidelines for Acute coronary syndrome without ST segment elevation electrocardiogram. Russian Journal of Cardiology. 2025;30(5):6319. (In Russ.) Аверков О. В., Арутюнян Г. К., Дупляков Д. В. и др. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST электрокардиограммы. Клинические рекомендации 2024. Российский кардиологический журнал. 2025;30(5): 6319. doi:10.15829/1560-4071-2025-6319. EDN: CXJUIB.
3. Galyavich AS, Tereshchenko SN, Uskach TM, et al. 2024 Clinical practice guidelines for Chronic heart failure. Russian Journal of Cardiology. 2024;29(11):6162. (In Russ.) Галевич А. С., Терещенко С. Н., Ускач Т. М. и др. Хроническая сердечная недостаточность. Клинические рекомендации 2024. Российский кардиологический журнал. 2024;29(11):6162. doi:10.15829/1560-4071-2024-6162. EDN: WKIDLJ.
4. Ali AS, Rybicki BA, Alam M, et al. Clinical predictors of heart failure in patients with first acute myocardial infarction. Am Heart J. 1999;138(6 Pt 1):1133-9. doi:10.1016/s0002-8703(99)70080-3.
5. Shah RV, Holmes D, Anderson M, et al. Risk of heart failure complication during hospitalization for acute myocardial infarction in a contemporary population: insights from the National Cardiovascular Data ACTION Registry. Circ Heart Fail. 2012;5(6):693-702. doi:10.1161/CIRCHEARTFAILURE.112.968180.
6. Steg PG, Dabbous OH, Feldman LJ, et al. Determinants and prognostic impact of heart failure complicating acute coronary syndromes: observations from the Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE). Circulation. 2004;109(4):494-9. doi:10.1161/01.CIR.0000109691.16944.DA.
7. Desta L, Jernberg T, Löfman I, et al. Incidence, temporal trends, and prognostic impact of heart failure complicating acute myocardial infarction. The SWEDEHEART registry (Swedish web-system for enhancement and development of evidence-based care in heart disease evaluated according to recommended therapies): a study of 199,851 patients admitted with index acute myocardial infarctions, 1996 to 2008. JACC Heart Fail. 2015;3(3):234-42. doi:10.1016/j.jchf.2014.10.007.
8. Butler J, Hammonds K, Talha KM, et al. Incident heart failure and recurrent coronary events following acute myocardial infarction. Eur Heart J. 2025;46(16):1540-50. doi:10.1093/eurheartj/ehae885.
9. Wohlfahrt P, Jenča D, Melenovský V, et al. Trajectories and determinants of left ventricular ejection fraction after the first myocardial infarction in the current era of primary coronary interventions. Front Cardiovasc Med. 2022;9:1051995. doi:10.3389/fcvm.2022.1051995.
10. Torabi A, Cleland JG, Rigby AS, et al. Development and course of heart failure after a myocardial infarction in younger and older people. J Geriatr Cardiol. 2014;11(1): 1-12. EDN: YERVDF.
11. Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, et al. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/Ame-

Авторы будут благодарны читателям за предложения по усовершенствованию представленного проекта, который подготовлен впервые.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

- rican Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Circulation. 2022;145(18):e895-e1032. doi:10.1161/CIR.0000000000001063.
12. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 2021;42(36):3599-726. doi:10.1093/eurheartj/ehab368.
13. Kim HY, Kim KH, Lee N, et al. Timing of heart failure development and clinical outcomes in patients with acute myocardial infarction. Front Cardiovasc Med. 2023;10:1193973. doi:10.3389/fcvm.2023.1193973.
14. Hohnloser SH, Kuck KH, Dorian P, et al. Prophylactic use of an implantable cardioverter-defibrillator after acute myocardial infarction. N Engl J Med. 2004;351(24):2481-8. doi:10.1056/NEJMoa041489.
15. Armstrong PW, Pieske B, Anstrom KJ, et al. Vericiguat in Patients with Heart Failure and Reduced Ejection Fraction. N Engl J Med. 2020;382(20):1883-93. doi:10.1056/NEJMoa1915928.
16. Solomon SD, McMurray JJV, Anand IS, et al. Angiotensin-Nephrilysin Inhibition in Heart Failure with Preserved Ejection Fraction. N Engl J Med. 2019;381(17):1609-20. doi:10.1056/NEJMoa1908655.
17. McMurray JJV, Solomon SD, Inzucchi SE, et al. Dapagliflozin in Patients with Heart Failure and Reduced Ejection Fraction. N Engl J Med. 2019;381(21):1995-2008. doi:10.1056/NEJMoa1911303.
18. Packer M, Anker SD, Butler J, et al. Cardiovascular and Renal Outcomes with Empagliflozin in Heart Failure. N Engl J Med. 2020;383(15):1413-24. doi:10.1056/NEJMoa2022190.
19. Anker SD, Butler J, Filippatos G, et al. Empagliflozin in Heart Failure with a Preserved Ejection Fraction. N Engl J Med. 2021;385(16):1451-61. doi:10.1056/NEJMoa2107038.
20. Alpert JS, Thygesen K, Antman E, et al. Myocardial infarction redefined — a consensus document of The Joint European Society of Cardiology/American College of Cardiology Committee for the redefinition of myocardial infarction. J Am Coll Cardiol. 2000;36(3):959-69. doi:10.1016/s0735-1097(00)00804-4.
21. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, et al. Fourth Universal Definition of Myocardial Infarction (2018). Circulation. 2018;138(20):e618-e651. doi:10.1161/CIR.0000000000000617.
22. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, et al. Third universal definition of myocardial infarction. Eur Heart J. 2012;33(20):2551-67. doi:10.1093/eurheartj/ehs184.
23. Ghafoor M, Kamal M, Nadeem U, et al. Educational Case: Myocardial Infarction: Histopathology and Timing of Changes. Acad Pathol. 2020;7:2374289520976639. doi:10.1177/2374289520976639.
24. Prabhu SD, Frangogiannis NG. The Biological Basis for Cardiac Repair After Myocardial Infarction: From Inflammation to Fibrosis. Circulation Research. 2016;119(1):91-112. doi:10.1161/CIRCRESAHA.116.303577.
25. Bostan MM, Stătescu C, Anghel L, et al. Post-Myocardial Infarction Ventricular Remodeling Biomarkers-The Key Link between Pathophysiology and Clinic. Biomolecules. 2020;10(11):1587. doi:10.3390/biom10111587.
26. Goodwin NP, Clare RM, Harrington JL, et al. Morbidity and Mortality Associated With Heart Failure in Acute Coronary Syndrome: A Pooled Analysis of 4 Clinical Trials. J Card Fail. 2023;29(12):1603-14. doi:10.1016/j.cardfail.2023.07.004.

Адреса организаций авторов: ФГБОУ ВО Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова Минздрава России, ул. Высоковольтная, д. 9, Рязань, 390026, Россия; ФГБНУ Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, бульвар имени академика Л.С. Барбараша, д. 6, Кемерово, 650001, Россия; ФГБОУ ВО Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, Ленинские горы, д. 1, Москва, 119991, Россия; ГБУЗ Самарский областной клинический кардиологический диспансер им. В.П. Полякова, Аэродромная улица, д. 43, Самара, Россия; ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России, Чапаевская ул., д. 89, Самара, 443099, Россия; ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии им. акад. Е.И. Чазова Минздрава России, ул. Академика Е.И. Чазова, д. 15А, Москва, 121552, Россия.

Addresses of the authors' institutions: Pavlov Rязan State Medical University, Vysokovolt'naya str., 9, Ryazan, 390026, Russia; Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases, Acad. L. S. Barbarash Boulevard, 6, Kemerovo, 650001, Russia; Lomonosov Moscow State University, Leninskie gory, 1, Moscow, Russia; Polyakov Samara Regional Clinical Cardiology Dispensary, Aerodromnaya Street, 43, Samara, Russia; Samara State Medical University, Chapaevskaya str., 89, Samara, 443099, Russia; Chazov National Medical Research Center of Cardiology, Academician Chazov str., 15A, Moscow, 121552, Russia.