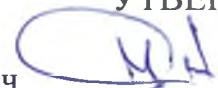


РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
Министерство здравоохранения Забайкальского края
государственное автономное учреждение здравоохранения
«ЗАБАЙКАЛЬСКАЯ КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»
672038, г.Чита, ул. Коханского, д. 7
тел. (302-2) 72 02 71, 28 20 95
E-mail: priem@kkb.chita.ru

от 03.12.2025 г. № 874 -о

УТВЕРЖДАЮ
Главный врач 
С.Н. Капустин

Информационное письмо

Об особенностях ведения пациентов с сопутствующей патологией клапанного аппарата сердца: от диагностики до хирургической коррекции

Заведующий отделением ОАР ОКС .

Д.О. Ростовцев

Об особенностях ведения пациентов с сопутствующей патологией клапанного аппарата сердца: от диагностики до хирургической коррекции

Актуальность: Пациенты с клапанной патологией сердца (КПС) – значительная и полиморфная группа, частота которой увеличивается с возрастом. Особую сложность представляет ведение пациентов, у которых клапанное заболевание сочетается с другой серьезной сердечно-сосудистой или экстракардиальной патологией (ишемическая болезнь сердца, фибрилляция предсердий, хроническая сердечная недостаточность, хроническая болезнь почек, сахарный диабет, хроническая обструктивная болезнь легких). Такое сочетание существенно влияет на симптомы, течение болезни, выбор тактики лечения (медикаментозной и, особенно, интервенционной/хирургической), периоперационный риск и отдаленный прогноз. Необходима мультидисциплинарная координация и персонализированный подход.

Цель: Унификация подходов к комплексному обследованию, стратификации риска, консервативному лечению и выбору оптимального метода коррекции клапанного порока у пациентов с полиморбидностью для улучшения клинических исходов.

Ключевые направления работы:

1. Особенности диагностики и оценки тяжести при сопутствующей патологии

- **Трансторакальная эхокардиография (ЭхоКГ) – обязательный базис.** Оценка не только степени стеноза/недостаточности, но и:
 - **Синхронной функции ЛЖ и ПЖ (ФВ может быть снижена из-за кардиомиопатии, а не только из-за порока).**
 - **Легочной гипертензии** (системическое давление в легочной артерии - СПЛА), которая может иметь смешанный генез (посткапиллярный из-за КПС + прекапиллярный из-за ХОБЛ).
 - **Сопутствующей патологии:** Аневризма ЛЖ после ИМ, дилатация предсердий при ФП.
- **Стресс-ЭхоКГ (физическая или фармакологическая нагрузка):** Ключевой метод для:
 - Выявления скрытой коронарной недостаточности.
 - Оценки резерва функции ЛЖ и градиентов на клапанах при физической нагрузке (критично при низкоградиентном аортальном стенозе).

- Определения истинной тяжести митральной регургитации при дилатации ЛЖ.
- **Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) сердца и коронарных артерий:**
 - «Золотой стандарт» для планирования транскатетерных вмешательств (TAVI, TEER).
 - Оценка кальцификации клапанов, аорты, размеров фиброзного кольца.
 - Неинвазивная коронарография для исключения гемодинамически значимого атеросклероза (у стабильных пациентов перед плановой операцией).
- **Катетеризация сердца и коронарная ангиография:** Показана при планировании открытой хирургической коррекции у пациентов с факторами риска ИБС или при неинформативности МСКТ. Возможна инвазивная оценка гемодинамики (например, при низкоградиентном аортальном стенозе).
- **Комплексная оценка полиморбидности:** Обязательное использование шкал для оценки общего хирургического риска (EuroSCORE II, STS Score), которые учитывают возраст, функцию почек, ХОБЛ, патологию периферических артерий и др.

2. Принципы медикаментозной терапии: взаимодействие патологий

- **Аортальный стеноз (AC):**
 - **Внимание!** При тяжелом симптомном АС вазодилататоры (нитраты, периферические вазодилататоры при ХСН) могут вызвать резкую гипотензию и ухудшение коронарной перфузии. Применять с крайней осторожностью.
 - Основная терапия – лечение сопутствующей ХСН (диуретики при гиперволемии) и ИБС (стабильные дозы бета-блокаторов при тахикардии).
- **Митральная регургитация (MR):**
 - При первичной (органической) МР медикаментозная терапия имеет ограниченную эффективность, показана своевременная коррекция порока.
 - При вторичной (функциональной) МР на фоне дилатации ЛЖ и ХСН терапия должна быть направлена на лечение основной

болезни: иАПФ/БРА/АРНИ, бета-блокаторы, МРА, диуретики, ингибиторы SGLT2. Агрессивная терапия ХСН может уменьшить выраженность МР.

- **Фибрилляция предсердий (ФП):**

- Частый спутник митральных пороков и дилатации предсердий. Обязателен контроль ЧСС (бета-блокаторы, дигоксин) и решение вопроса о антикоагулянтной терапии (НОАК или антагонисты витамина К) для профилактики тромбоэмболий. При планировании вмешательства на митральном клапане часто одновременно выполняют абляцию или операцию «лабиринт».

3. Выбор метода коррекции клапанного порока: мультидисциплинарный консилиум (Heart Team)

Решение о виде вмешательства (**открытая хирургия vs. транскатетерные методы (TAVI, TEER, Clip и др.)**) принимается обязательно на консилиуме с участием кардиохирурга, кардиолога, кардиолога-аритмолога, анестезиолога-реаниматолога.

- **Пациенты высокого хирургического риска (STS/EuroSCORE II >8%) или с тяжелой сопутствующей патологией:**

- При **AC: TAVI (транскатетерная имплантация аортального клапана)** – метод выбора.
- При **первичной МР высокого риска:** Рассмотреть транскатетерное крае-крае восстановление (TEER, MitraClip).
- При **вторичной МР на фоне ХСН:** TEER показан при сохраненной систолической функции и благоприятной анатомии после оптимизации терапии ХСН.

- **Сопутствующая ИБС:**

- При открытой операции (протезирование/пластика клапана) выполняется одомонентная коронарная реваскуляризация (АКШ или стентирование).
- При выборе TAVI у пациентов со значимым поражением коронарных артерий вопрос о предварительном или последующем стентировании решается индивидуально.

- **Сопутствующая хроническая болезнь почек (ХБП):**

- Ключевая задача – **нефропротекция** (гидратация, отказ от нефротоксичных контрастов, возможно – применение бикарбоната натрия). TAVI ассоциирован с меньшим риском острого повреждения почек, чем открытая операция.

4. Послеоперационное ведение и диспансерное наблюдение

- **Мониторинг функции протеза:** Плановые ЭхоКГ после выписки, через 1 год, далее ежегодно при биопротезах (риск дегенерации), реже – при механических.
- **Пожизненная антикоагулянтная терапия:** Обязательна при механических протезах (антагонисты витамина К с целевым МНО 2,5-3,5). При биопротезах и TAVI – как правило, 3-6 месяцев двойной антиагрегантной терапии (ДАТТ), далее – решение по наличию других показаний (ФП, ИБС).
- **Лечение сопутствующей патологии:** Продолжение оптимальной медикаментозной терапии ИБС, ХСН, контроль АД, СД. Реабилитация.

Рекомендации медицинским организациям:

1. Создать и формализовать работу Heart Team (Консилиума по клапанной патологии) с регулярными заседаниями и протоколированием решений.
2. Обеспечить преемственность между поликлиникой (раннее выявление, направление), кардиологическим стационаром (обследование, консилиум) и кардиохирургическим центром.
3. Внедрить в практику обязательное комплексное обследование (включая стресс-ЭхоКГ и МСКТ) для пациентов с клапанной патологией и коморбидностью перед принятием решения о методе лечения.
4. Разработать и использовать совместные с кардиохирургическим центром маршрутизационные листы и протоколы послеоперационного наблюдения.

Персонализированный подход, основанный на комплексной оценке клапанного порока и всей совокупности заболеваний пациента, является залогом успешного лечения и улучшения качества жизни.

Ответственные за исполнение: Руководители кардиологических и кардиохирургических отделений, главные внештатные специалисты-кардиологи и сердечно-сосудистые хирурги.

Приложения (рекомендуемые):

1. Алгоритм обследования пациента с подозрением на клапанный порок и сопутствующей патологией.
2. Сравнительная таблица показаний к открытой хирургии и транскатетерным методам (TAVI/TEER) в зависимости от риска.
3. Чек-лист для подготовки пациента с коморбидностью к консилиуму Heart Team.
4. Памятка по послеоперационному наблюдению и антикоагулянтной терапии для врача поликлиники.