Дефект межпредсердной перегородки

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2023 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: Q21.1 · Ассоциация сердечно-сосудистых хирургов России, Общероссийская общественная организация «Российское кардиологическое общество», Всероссийская общественная организация "Ассоциация детских кардиологов России"

Дефект межпредсердной перегородки (ДМПП) — врожденный порок сердца, за исключением открытого овального окна, характеризующийся наличием отверстия между правым и левым предсердиями и шунтированием крови между ними. В рекомендации рассматриваются диагностика, оценка гемодинамической значимости, выбор метода закрытия дефекта и последующее наблюдение.

Главное

- ДМПП следует отличать от открытого овального окна; основные варианты — первичный, вторичный, дефект венозного или коронарного синуса.
- Порок часто протекает бессимптомно. Возможны одышка и утомляемость при нагрузке, задержка физического развития, рецидивирующие респираторные инфекции, сердцебиения и нарушения ритма; выраженность проявлений обычно увеличивается к 3–4-му десятилетию жизни.
- Основной метод подтверждения ДМПП — трансторакальная ЭхоКГ с цветным допплеровским картированием: оценивают размер, локализацию, направление и объем шунта, морфометрию сердца и отношение Qp/Qs (УУР С, УДД 5).
- Закрытие дефекта рекомендуется при объемной перегрузке правого желудочка, преобладании сброса слева направо и Qp/Qs >1,5:1; решение зависит от легочного сосудистого сопротивления и его соотношения с общим сосудистым сопротивлением.
- Эндоваскулярное закрытие является приоритетным для вторичного ДМПП, если дефект имеет размер до 36 мм и края не менее 5 мм; при невозможности его выполнения следует отдавать предпочтение открытому хирургическому вмешательству.
- Закрытие не выполняют при синдроме Эйзенменгера, тяжелой необратимой легочной гипертензии без сброса слева направо или при Qp/Qs >1,5:1 и индексе ЛСС ≥5 ед. Вуда/м² несмотря на таргетную терапию.
- После коррекции проводят наблюдение в течение года; визиты к врачу-детскому кардиологу или врачу-кардиологу проводят через 1, 6 и 12 месяцев, затем при наличии показаний — с интервалами 12–60 месяцев.

Диагностика

1. Собрать жалобы и анамнез: у детей уточнить одышку и утомляемость после нагрузки, недостаточную прибавку массы тела и частоту респираторных инфекций; у взрослых — сердцебиения, нарушения ритма и эпизоды парадоксальной эмболии (УУР С, УДД 5).
2. Провести аускультацию сердца: типичны систолический шум 2–3/6 во втором межреберье слева от грудины и постоянное расщепление II тона; при значительном шунте возможен диастолический шум в проекции трехстворчатого клапана (УУР С, УДД 5).
3. Зарегистрировать ЭКГ для оценки ритма, проводимости и перегрузки правых отделов сердца; возможны отклонение электрической оси вправо, увеличение правого предсердия и блокада правой ножки пучка Гиса (УУР С, УДД 5).
4. Выполнить трансторакальную ЭхоКГ с цветным допплеровским картированием. Определить размер и локализацию дефекта, направление шунта, морфометрию сердца, объемную перегрузку правого желудочка и Qp/Qs (УУР С, УДД 5).
5. При неясной визуализации дефекта провести чреспищеводную ЭхоКГ; она особенно полезна при подозрении на дефект венозного синуса, аномальный дренаж легочных вен и перед эндоваскулярным закрытием (УУР С, УДД 5).
6. У взрослых выполнить пульсоксиметрию в покое и при физической нагрузке для оценки направленности системно-легочного шунта (УУР С, УДД 5).
7. Выполнить рентгенографию легких в прямой проекции для выявления патологии легких и оценки изменений легочно-артериального русла и размеров правых отделов; при выполнении КТ органов грудной клетки рентгенографию легких не проводят, поскольку она будет дублировать КТ (УУР С, УДД 5).

8. Провести зондирование камер сердца при расчетном систолическом давлении в легочной артерии >40 мм рт. ст. или косвенных эхокардиографических признаках легочной гипертензии для определения ЛСС и обратимости легочной гипертензии (ЕОК IC, УУР C, УДД 5).

Лечение

- Лекарственная терапия при изолированном ДМПП не рекомендуется (УУР C, УДД 5). При сердечной недостаточности у детей первого года жизни назначают диуретики (УУР C, УДД 5).
- При трепетании или фибрилляции предсердий используют антиаритмическую терапию и/или интервенционное лечение (ЕОК IIaC, УУР C, УДД 5).
- Антикоагулянтная терапия рекомендуется взрослым при трепетании/фибрилляции предсердий или документированных тромбозах и тромбоэмболиях (ЕОК IA, УУР C, УДД 5). Антикоагулянтная терапия антагонистами витамина K при отсутствии суправентрикулярных нарушений ритма, механических клапанов или сосудистых протезов рутинно не рекомендуется.
- При синдроме Эйзенменгера у взрослых на фоне некорригированного ДМПП назначают другие антигипертензивные средства группы C02K (ЕОК IB, УУР B, УДД 2).
- Закрытие ДМПП выполняют эндоваскулярно окклюдером или открытым способом с ушиванием либо закрытием сертифицированным материалом. Лечение рекомендуется при перегрузке правого желудочка, преобладании системно-легочного шунта (Qp/Qs >1,5:1), отсутствии признаков легочной гипертензии по данным неинвазивных методов исследования или при индексе ЛСС ♡ ед. Вуда/м² и отношении ЛСС/ОПСС <0,3 (ЕОК IB, УУР C, УДД 5).
- При симптомах или перегрузке правого желудочка, Qp/Qs >1,5:1, индексе ЛСС 3–5 ед. Вуда/м² и отношении ЛСС/ОПСС <0,3 также выполняют эндоваскулярное или хирургическое закрытие (ЕОК IIaC, УУР C, УДД 5).
- При исходном индексе ЛСС ≥5 ед. Вуда/м², снизившемся до ≤5 ед. Вуда/м² на таргетной терапии, можно рассмотреть пластику фенестрированной заплатой при Qp/Qs >1,5:1 (ЕОК IIbC, УУР C, УДД 5).
- После транскатетерного закрытия в течение 6 месяцев применяют антиагреганты, кроме гепарина: ацетилсалициловую кислоту 5 мг/кг/сут в один прием, максимум 325 мг/сут, или клопидогрел 0,2–1,0 мг/кг/сут в один прием. Детям вакцинацию проводят не ранее чем через 3 месяца; профилактику инфекционного эндокардита проводят в течение 6 месяцев после закрытия.

Когда направить и как наблюдать

- Плановая госпитализация нужна при симптомах сердечной недостаточности, нарушениях ритма сердца или для планового оперативного лечения.
- Экстренно госпитализируют при ухудшении функционального статуса из-за гемодинамически значимой аритмии или при парадоксальной эмболии системных сосудов, включая сосуды мозга.
- После операции пациентов наблюдают в течение года; визиты к детскому кардиологу или кардиологу проводят через 1, 6 и 12 месяцев, затем при показаниях — каждые 12–60 месяцев.
- После операции физическую нагрузку ограничивают до 3 месяцев с момента выписки. Через 6 месяцев разрешение всех видов спорта возможно при отсутствии легочной артериальной гипертензии, симптомных тахиаритмий, АВ-блокады II–III степени и дисфункции миокарда.
- Выписка из стационара возможна при отсутствии симптомов сердечной недостаточности и нарушений ритма.

Частые вопросы

Как отличить вторичный ДМПП от открытого овального окна?

При открытом овальном окне рядом с дефектом виден лоскут первичной перегородки, а поток при цветном допплеровском картировании имеет косой ход. Основным методом оценки служит трансторакальная ЭхоКГ.

Когда ДМПП закрывают независимо от симптомов?

При объемной перегрузке правого желудочка, преобладании сброса слева направо и Qp/Qs >1,5:1, если нет признаков легочной гипертензии либо индекс ЛСС ♡ ед. Вуда/м² и отношение ЛСС/ОПСС <0,3.

Какой вторичный ДМПП подходит для закрытия окклюдером?

Дефект должен быть вторичным, размером до 36 мм, с краями не менее 5 мм; длина краев для чрескожного закрытия должна быть более 5 мм. Предпочтительный возраст для процедуры — старше 1,5–2 лет.

Нужны ли лекарства при изолированном ДМПП?

Лекарственная терапия при изолированном ДМПП не рекомендуется. Диуретики применяют при сердечной недостаточности у детей первого года жизни, а антикоагулянты — у взрослых при фибрилляции/трепетании предсердий или документированных тромбозах и тромбоэмболиях.

Когда нельзя закрывать ДМПП?

Коррекцию не выполняют при синдроме Эйзенменгера, тяжелой необратимой легочной гипертензии без сброса слева направо, а также при Qp/Qs >1,5:1 и индексе ЛСС ≥5 ед. Вуда/м² несмотря на таргетную терапию.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/46-defekt-mezhpredserdnoj-peregorodki. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/46_2