# Митральная недостаточность

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: I05.1, I05.2, I05.8, I34.0, I34.1, I34.8, I34.9, Q23.3 · Ассоциация сердечно-сосудистых хирургов России, Общероссийская общественная организация «Российское кардиологическое общество», Общероссийская общественная организация содействия развитию лучевой диагностики и терапии "Российское общество рентгенологов и радиологов"

Митральная недостаточность — нарушение смыкания митрального клапана с обратным током крови из левого желудочка в левое предсердие. Рекомендация охватывает диагностику, оценку тяжести, медикаментозную и хирургическую тактику, выбор протеза и длительное наблюдение пациентов с первичной и вторичной МН.

## Главное

- Тяжесть МН оценивают комплексно, а не по одной цифровой степени регургитации: тяжелой считают МН при центральной струе более 40% площади левого предсердия или голосистолической эксцентричной струе, vena contracta ≥0,7 см, объеме регургитации ≥60 мл, фракции регургитации ≥50% или ERO ≥0,40 см²; учитывают также расширение камер сердца и легочную гипертензию.
- Трансторакальная ЭхоКГ — основной метод подтверждения МН, определения ее механизма и тяжести, оценки функции левого желудочка, размеров камер и давления в легочной артерии (ЕОК IA; УУР С, УДД 5).
- При первичной МН снижение фракции выброса до 60% и менее или увеличение конечного систолического размера левого желудочка более 40 мм указывает на систолическую дисфункцию и имеет значение для выбора времени операции.
- При тяжелой хронической МН операция показана симптомным пациентам с II–IV ФК NYHA, а также бессимптомным пациентам при ФВ ЛЖ ‹ 60% и/или конечном систолическом размере ЛЖ ›40 мм (ЕОК IB; УУР С, УДД 3).
- Хирургическое лечение тяжелой вторичной МН рекомендуется только пациентам, у которых сохраняются симптомы III–IV ФК NYHA, несмотря на оптимальную терапию сердечной недостаточности, включая ресинхронизирующую терапию (ЕОК IB; УУР А, УДД 2).
- Реконструкция митрального клапана предпочтительнее протезирования у большинства пациентов с тяжелой хронической МН, если анатомия и опыт центра позволяют выполнить клапансохраняющую операцию (ЕОК IB; УУР С, УДД 5).
- После имплантации механического митрального протеза варфарин принимают пожизненно: целевой МНО 2,5–3,5 без дополнительных факторов тромбоэмболии и не менее 3,0–3,5 при их наличии (ЕОК IB; УУР А, УДД 2).

## Диагностика

1. Соберите жалобы и анамнез у каждого пациента с подозрением на МН: при острой форме характерны внезапная выраженная одышка и удушье; при хронической — постепенное снижение переносимости нагрузки, одышка и сердцебиение. Уточните сведения о ПМК, ревматизме, инфекционном эндокардите, инфаркте миокарда и вмешательствах на коронарных артериях (ЕОК IB; УУР С, УДД 5).
2. Проведите физикальное обследование: оцените смещение и усиление верхушечного толчка, ослабление I тона, систолический шум над верхушкой с проведением в аксиллярную область, III тон и признаки застоя. При протезированном клапане снижение привычной громкости щелчков или появление грубого шума требует срочной ЭхоКГ (ЕОК IB; УУР С, УДД 5).
3. Выполните общий анализ крови и мочи, а также биохимическое исследование для оценки функции почек и печени, электролитов, воспаления и факторов атеросклероза; при первичном обследовании и далее по необходимости определите NT-proBNP. Общий и биохимический анализы при динамическом наблюдении выполняют не реже одного раза в год (УУР С, УДД 5).
4. Зарегистрируйте 12-канальную ЭКГ для выявления ФП, нарушений проводимости, признаков гипертрофии ЛЖ и рубцовых изменений; при нарушениях ритма или проводимости проведите 24-часовое холтеровское мониторирование (ЕОК/РКО I B и IIa C; УУР С, УДД 5).

5. Выполните трансторакальную ЭхоКГ всем пациентам с подозрением на МН: определите механизм и тяжесть регургитации, ФВ и размеры ЛЖ, размеры других камер, локальную сократимость и давление в легочной артерии (ЕОК IA; УУР С, УДД 5).
6. Если трансторакальная ЭхоКГ недостаточно информативна, есть подозрение на инфекционный эндокардит или планируется транскатетерная реконструкция, выполните чреспищеводную ЭхоКГ; при удовлетворительной трансторакальной визуализации рутинно ее не используют (ЕОК IIa B и IIIA; УУР С, УДД 5).
7. Перед вмешательством проведите коронарографию при возрасте старше 40 лет, анамнезе или симптомах ИБС, признаках ишемии, ФВ ЛЖ < 50%, наличии хотя бы одного фактора риска ИБС или постлучевого поражения (ЕОК IA; УУР С, УДД 5).

## Лечение

- При острой тяжелой МН медикаментозная терапия служит главным образом для стабилизации гемодинамики перед операцией. Используют органические нитраты и диуретики при острой сердечной недостаточности; нитропруссид натрия вводят внутривенно с начальной дозы 0,3 мкг/кг/мин, поддерживающей 3–5 мкг/кг/мин. При гипотонии и нестабильности применяют инотропы и внутриаортальную баллонную контрпульсацию (ЕОК IIa B; УУР С, УДД 5).
- При тяжелой первичной МН с ФВ ЛЖ < 60%, если операция не планируется, проводят стандартную терапию сердечной недостаточности: иАПФ или АРА II, диуретики, антагонисты альдостерона, валсартан+сакубитрил и глифлозины; бета-адреноблокатор возможен при отсутствии выраженных гемодинамических нарушений и противопоказаний (ЕОК IIa B; УУР С, УДД 5).
- Всем пациентам с тяжелой вторичной МН показана терапия сердечной недостаточности, включающая диуретики, иАПФ или АРА II, антагонисты альдостерона, валсартан+сакубитрил, глифлозины и/или ивабрадин; бета-адреноблокатор назначают по показаниям (ЕОК IA; УУР С, УДД 5).
- Симптомным пациентам с тяжелой вторичной МН и широким комплексом QRS более 0,14 с показана ресинхронизирующая терапия (ЕОК IA; УУР С, УДД 5).
- При тяжелой хронической МН основным хирургическим методом служит реконструкция клапана. Протезирование выполняют, если клапансохраняющая операция невозможна; пациентов следует направлять в центры с большим опытом реконструкции (ЕОК IB; УУР С, УДД 5).
- Транскатетерную реконструкцию по типу «конец-в-конец» рассматривают у симптомных пациентов с тяжелой первичной МН, которых Heart Team считает неоперабельными или имеющими высокий хирургический риск, а при вторичной МН — если хирургическая коррекция невозможна и анатомические критерии указывают на высокую вероятность ответа (ЕОК IIbB, IIaC и IIaB; УУР С, УДД 5; для одного показания УУР А, УДД 2).
- Механический протез чаще выбирают у пациентов моложе 65 лет, при отсутствии противопоказаний к длительной антикоагуляции, быстром риске дегенерации биопротеза или уже установленном механическом протезе в другой позиции. Биопротез предпочтителен при невозможности длительной антикоагуляции, высоком риске кровотечений, ожидаемой продолжительности жизни меньше срока службы биопротеза и у женщин, планирующих беременность (ЕОК IC, IIaC и IIa B; УУР С, УДД 5).
- После протезирования биологическим протезом или реконструкции МК варфарин назначают на 3 месяца. При ФП без механического протеза предпочтительны прямые оральные антикоагулянты; при механическом протезе варфарин принимают пожизненно. У отдельных пациентов с механическими протезами при сопутствующем атеросклерозе и низком риске кровотечений можно рассмотреть добавление ацетилсалициловой кислоты 75–100 мг/сут к АВК.

## Когда направить и как наблюдать

- Экстренно госпитализируйте пациента при острой МН с отеком легких, кардиогенным шоком или нестабильной гемодинамикой, при пароксизме ФП и при декомпенсации ХСН на фоне первичной или вторичной хронической МН.
- Плановая госпитализация нужна при неясном диагнозе, когда требуются специальные методы обследования, недоступные или нецелесообразные в поликлинике, а также для плановой реконструкции или протезирования МК.

- Пациентов, которым требуется реконструкция МК, направляйте в хирургические центры с большим опытом клапансохраняющих операций; для бессимптомных пациентов с тяжелой МН и сохранной функцией ЛЖ особенно важна высокая вероятность успешной реконструкции в таком центре.
- После хирургической коррекции первый осмотр с ЭхоКГ проводят через 2–4 недели после выписки, если исследование не выполняли при выписке; при неосложненном течении последующие обследования проводят через 6 и 12 месяцев, затем ежегодно.
- После протезирования МК МНО контролируют на этапе подбора дозы не реже одного раза в 3–4 дня, затем при стабильной дозе АВК — один раз в 3–4 недели; всем пациентам с МН и после протезирования требуется пожизненное наблюдение кардиолога.

## Частые вопросы

**Какая ЭхоКГ-картина соответствует тяжелой митральной недостаточности?**

О тяжелой МН говорят, в частности, центральная струя более 40% площади левого предсердия или голосистолическая эксцентричная струя, vena contracta ≥0,7 см, объем регургитации ≥60 мл, фракция регургитации ≥50% или ERO ≥0,40 см². Итоговую степень устанавливают по совокупности параметров и гемодинамических последствий.

**Когда оперировать бессимптомного пациента с тяжелой первичной МН?**

Операция показана при ФВ ЛЖ <60% и/или конечном систолическом размере ЛЖ >40 мм. При сохранной функции ЛЖ она также рекомендуется при впервые возникшей ФП, вторичной легочной гипертензии с систолическим давлением в легочной артерии более 50 мм рт. ст. в покое или значительном увеличении левого предсердия у пациента низкого хирургического риска при высокой вероятности успешной реконструкции.

**Как лечить тяжелую вторичную митральную недостаточность?**

Хирургическое лечение рекомендуется только тем пациентам с тяжелой вторичной МН, у которых сохраняются симптомы III–IV ФК NYHA, несмотря на оптимальную терапию сердечной недостаточности, включая ресинхронизирующую терапию.

**Какой антикоагулянт нужен после протезирования митрального клапана?**

При механическом протезе варфарин принимают пожизненно: целевой МНО 2,5–3,5 без дополнительных факторов риска и не менее 3,0–3,5 при их наличии. После биопротезирования варфарин назначают на 3 месяца; после реконструкции МК — также на 3 месяца, если нет иных показаний к более длительной терапии.

**Как часто наблюдать пациента с митральной недостаточностью?**

Кардиологическое наблюдение требуется пожизненно. При легкой МН без дилатации и дисфункции ЛЖ и легочной гипертензии осмотр возможен ежегодно, а ЭхоКГ — один раз в 3–5 лет; при умеренной МН клиническая оценка и ЭхоКГ выполняются ежегодно или чаще при новых симптомах, при выраженном или тяжелом пороке — осмотр и ЭхоКГ дважды в год.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/881-mitralnaya-nedostatochnost. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/881_1