Митральный стеноз

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: I05.0, I05.2, I08.0, I08.1, I08.3, I09.8, I34.2, Q23.2 · 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"

Митральный стеноз — сужение митрального отверстия, препятствующее диастолическому наполнению левого желудочка; наиболее частая причина — ревматический кардит. Рекомендация посвящена подтверждению диагноза, оценке тяжести и выбору между медикаментозным ведением, катетерным вмешательством и операцией, а также наблюдению пациентов с митральным стенозом и после протезирования клапана.

Главное

- На ранних стадиях митральный стеноз может протекать без жалоб. Одышка обычно появляется сначала при нагрузке, затем в покое; симптомы усиливаются при физической нагрузке, инфекции, беременности и фибрилляции предсердий с высокой частотой желудочковых сокращений.
- Ключевой метод подтверждения диагноза и оценки тяжести — трансторакционная ЭхоКГ: определяют площадь митрального отверстия, средний трансмитральный градиент, систолическое давление в легочной артерии, морфологию клапана и сопутствующие поражения.
- Показания к вмешательству определяют прежде всего по симптомам, тяжести стеноза, морфологии клапана, легочной гипертензии, наличию тромба в левом предсердии и митральной регургитации.
- У пациентов с тяжелым симптомным митральным стенозом проводят вмешательство на митральном клапане. При подходящей морфологии и отсутствии противопоказаний предпочтительна катетерная баллонная митральная вальвулопластика; при невозможности или противопоказаниях к ней выполняют реконструкцию либо протезирование.
- При умеренном или тяжелом митральном стенозе и фибрилляции предсердий для профилактики тромбоэмболий применяют только антагонисты витамина K; ПОАК в этой ситуации не рекомендуются. Для варфарина целевой диапазон МНО — 2,0–3,0.
- После протезирования механического митрального клапана варфарин назначают пожизненно; целевой уровень МНО обычно составляет 2,5–3,5, а при факторах риска тромбоэмболии — не менее 3,0–3,5. После биопротезирования варфарин применяют в течение первых 3 месяцев, если нет иных показаний к антикоагуляции.
- Пациентам с митральным стенозом необходим кардиологический контроль не реже одного раза в год; при выраженном или тяжелом приобретенном пороке ЭхоКГ и осмотр проводят дважды в год, а при появлении или усилении симптомов — внепланово.

Диагностика

1. Соберите жалобы и анамнез: уточните случаи ангины, предыдущие обращения за медицинской помощью и их результаты, наличие результатов инструментальных исследований, сопутствующие заболевания и принимаемые препараты. Оцените одышку, ортопноэ, кашель, кровохарканье, утомляемость, сердцебиение, перебои, отеки, эпизоды фибрилляции предсердий и тромбоэмболий. УУР С, УДД 5.
2. Проведите физикальное обследование: оцените положение ортопноэ, акроцианоз, facies mitralis, отеки, венозный застой, пульс и АД; выполните перкуссию и аускультацию сердца и легких. Наиболее характерен низкочастотный мезодиастолический шум после тона открытия митрального клапана. Интервал A2–OS менее 0,08 с предполагает тяжелый стеноз. УУР С, УДД 5.
3. Выполните общий анализ крови и мочи, а также биохимическое исследование крови с оценкой электролитов, креатинина, показателей печени, ТТГ, С-реактивного белка, липидов и триглицеридов. Для стратификации риска летальности исследуйте NT-proBNP. УУР С, УДД 5.
4. Зарегистрируйте 12-канальную ЭКГ в покое для оценки ритма, проводимости, гипертрофии и признаков фибрилляции предсердий. При нарушениях ритма или проводимости используйте 24-часовое холтеровское мониторирование. ЭКГ: УУР С, УДД 5; Холтер: УУР С, УДД 5.

5. Выполните трансторакальную ЭхоКГ в покое: подтвердите стеноз, измерьте площадь митрального отверстия, средний градиент и систолическое давление в легочной артерии, оцените морфологию клапана и сопутствующую клапанную патологию. ЭхоКГ — I A, УУР C, УДД 5.
6. Если трансторакальная ЭхоКГ недостаточно информативна, используйте чреспищеводную ЭхоКГ; у бессимптомных пациентов для выявления гемодинамических нарушений возможна ЭхоКГ с нагрузкой. ЧП ЭхоКГ: IIa B, УУР C, УДД 5; нагрузочная ЭхоКГ: I B, УУР C, УДД 4.
7. Рассмотрите возможность катетеризации правых камер сердца в индивидуальном порядке, когда результаты исследования влияют на выбор тактики лечения, для оценки гемодинамических нарушений и состояния легочно-капиллярного кровотока. IIb B, УУР C, УДД 5.

Лечение

- При ревматическом митральном стенозе проводите вторичную антибактериальную профилактику обострений ревматической лихорадки: обычно пенициллины в течение 10 лет после последнего обострения или до 40 лет; при высоком риске, включая носительство стрептококка группы A, показана пожизненная профилактика. I A, УУР C, УДД 5.
- При застое в легких ограничьте соль и применяйте диуретики эпизодически. Терапию сердечной недостаточности при тяжелом стенозе проводят по рекомендациям для ХСН; при назначении диуретиков контролируют электролиты и функцию почек. Медикаментозная терапия ХСН — I A, УУР C, УДД 5.
- При фибрилляции предсердий с быстрым желудочковым ответом для контроля частоты используют бета-адреноблокаторы, дигоксин или селективные блокаторы кальциевых каналов. При неэффективности или невозможности такой терапии, нестабильной гемодинамике либо значительно сниженной ФВ ЛЖ можно рассмотреть внутривенный амиодарон. Контроль частоты — I A, УУР B, УДД 1; амиодарон — IIb B, УУР B, УДД 2.
- При впервые возникшей или пароксизмальной фибрилляции предсердий у пациентов с митральным стенозом назначайте варфарин; он также показан при синусовом ритме после системной тромбоэмболии или при тромбе в левом предсердии. При умеренном или тяжелом стенозе с фибрилляцией предсердий применяют антагонисты витамина K, а ПОАК не рекомендуются. Целевой диапазон МНО — 2,0–3,0; на этапе подбора МНО контролируют каждые 1–3 дня, затем каждые 3–4 недели. Назначение варфарина при впервые возникшей или пароксизмальной ФП — I C, УУР C, УДД 4; при умеренном или тяжелом МС с ФП — I A, УУР C, УДД 5; контроль МНО — I A, УУР B, УДД 1.
- Катетерную баллонную митральную вальвулопластику выполняют симптомным пациентам без тромба в левом предсердии, умеренной или тяжелой митральной регургитации и при благоприятной морфологии клапана. У бессимптомных пациентов вмешательство возможно при систолическом давлении в легочной артерии более 50 мм рт. ст. в покое или более 60 мм рт. ст. при нагрузке. I B, УУР C, УДД 4.
- Баллонную вальвулопластику не выполняют при незначительном стенозе, сохраняющемся тромбе левого предсердия, умеренной или тяжелой митральной регургитации, выраженном кальцинозе, отсутствии спаянности комиссур, тяжелом сопутствующем аортальном или трикуспидальном пороке, требующем операции, а также при ИБС, требующей АКШ. III C, УУР C, УДД 4.
- Операция на митральном клапане показана пациентам с тяжелым симптомным стенозом III–IV ФК по NYHA, если баллонная вальвулопластика недоступна, противопоказана или морфология клапана неблагоприятна. При невозможности реконструкции и умеренной или тяжелой митральной регургитации выполняют протезирование. I A, УУР C, УДД 5; протезирование при регургитации — I C, УУР C, УДД 5.
- После имплантации механического митрального протеза варфарин назначают пожизненно; после биопротезирования — в течение первых 3 месяцев, при отсутствии дополнительных факторов риска затем возможен переход на ацетилсалициловую кислоту 100 мг/сут. При механическом протезе целевой МНО составляет 2,5–3,5, а при факторах риска тромбоэмболии — 3,0–3,5.

Когда направить и как наблюдать

- Плановая госпитализация нужна при неясном диагнозе, если требуются специальные методы исследования для уточнения причины и тяжести стеноза или выбора тактики лечения, а также при планируемой реконструкции или протезировании митрального клапана.
- Экстренно госпитализируйте пациента при декомпенсации сердечной недостаточности с отеком легких, кардиогенным шоком или нестабильной гемодинамикой, а также при пароксизме фибрилляции предсердий.

- После хирургической коррекции первый контроль проводят через 2–4 недели после выписки с ЭхоКГ, если ее не выполняли при выписке; затем обследование проводят через 6 и 12 месяцев, далее — ежегодно при неосложненном течении.
- При стабильном состоянии наблюдайте пациента у кардиолога не реже одного раза в год; при выраженном или тяжелом приобретенном пороке — осмотр и ЭхоКГ дважды в год. При новых или усилившихся симптомах нужны повторный осмотр кардиолога и ЭхоКГ.

Частые вопросы

Какой метод является основным для диагностики митрального стеноза?

Трансторакальная ЭхоКГ в покое. Она подтверждает стеноз, позволяет оценить площадь митрального отверстия, средний градиент, давление в легочной артерии и морфологию клапана; ЭхоКГ имеет I A, УУР C, УДД 5.

Когда при митральном стенозе нужна баллонная вальвулопластика?

У симптомных пациентов — при умеренном или тяжелом стенозе, благоприятной морфологии клапана и отсутствии тромба в левом предсердии и умеренной или тяжелой митральной регургитации. У бессимптомных пациентов вмешательство возможно при систолическом давлении в легочной артерии более 50 мм рт. ст. в покое или более 60 мм рт. ст. при нагрузке.

Какая антикоагулянтная терапия нужна при митральном стенозе и фибрилляции предсердий?

При умеренном или тяжелом митральном стенозе применяют антагонисты витамина K, прежде всего варфарин; ПОАК для профилактики тромбоэмболий не рекомендуются. Целевой диапазон МНО — 2,0–3,0, контроль после подбора дозы проводят каждые 3–4 недели.

Когда пациенту с митральным стенозом показана операция?

Операция показана при тяжелом симптомном стенозе III–IV ФК по NYHA, если баллонная вальвулопластика невозможна, противопоказана или клапан имеет неблагоприятную морфологию. Протезирование также выполняют, когда реконструкция невозможна и есть умеренная или тяжелая митральная регургитация.

Как часто наблюдать пациента после протезирования митрального клапана?

Первый осмотр проводят через 2–4 недели после выписки, затем обследование с ЭхоКГ — через 6 и 12 месяцев, далее ежегодно при неосложненном течении. Пациентам с механическим протезом необходим пожизненный варфарин и регулярный контроль МНО.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/945-mitralnyj-stenoz. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/945_1