

РЕГЛАМЕНТ
маршрутизации пациентов с врожденными и приобретенными пороками
клапанов сердца

1. Маршрутизация профильных пациентов осуществляется в соответствии с приказом министерства здравоохранения Новосибирской области от 28.05.2025 № 1538-НПА «Об утверждении схемы маршрутизации и наблюдения детей с врожденными пороками сердца на территории Новосибирской области».

2. Направление пациентов с врожденными и приобретенными пороками клапанов сердца для оказания высокотехнологичной помощи организовано в соответствии с приказом министерства здравоохранения Новосибирской области от 31.10.2025 № 3091-НПА «О Комиссии министерства здравоохранения Новосибирской области по отбору пациентов для оказания высокотехнологичной помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования».

Алгоритмы диагностики и тактики лечения

3. Основными целями обследования больных с приобретёнными пороками клапанов сердца являются определение выраженности нарушения функции клапана, её этиологии, связи выявленных изменений с клинической картиной, оценка возможного их влияния на прогноз. На основании полученной информации принимается решение о том, какое вмешательство будет оптимальным в данной конкретной клинической ситуации и насколько его польза превышает связанные с ним риски.

4. Ключевым методом диагностики врождённых и приобретённых пороков сердца является эхокардиография. Кроме этого, больным со значимым поражением клапанного аппарата для уточнения окончательного объёма вмешательства показано выполнение коронарографии (мужчинам старше 40 лет, женщинам в постменопаузе, а также в других возрастных группах, если можно обоснованно предполагать наличие ИБС). При рассмотрении кандидатов для выполнения транскатетерного протезирования аортального клапана важное значение имеет мультиспиральная компьютерная томография.

5. Общим принципом определения показаний к хирургическому лечению приобретённых клапанных пороков сердца является необходимость хирургической коррекции дисфункций тяжёлой степени, проявляющихся соответствующей симптоматикой. Тяжесть порока устанавливается на основании комплексной оценки эхокардиографических характеристик. На принятие решения о выполнении

операции на сердце влияет наличие сочетания со значимым поражением других клапанов или коронарных артерий, аневризмой грудной аорты.

6. Особую группу больных составляют пациенты с остро развившейся тяжёлой первичной (отрыв хорд) или вторичной (осложнения ОИМ) митральной недостаточностью, сопровождающейся клиникой кардиогенного шока и/или отёка лёгких. При отсутствии эффекта от интенсивной терапии операция таким больным выполняется в экстренном или неотложном порядке.

7. Также оказание медицинской помощи в неотложной форме производится пациентам с инфекционным эндокардитом. Ключевое значение в его диагностике, как и при других поражениях клапанного аппарата, играет эхокардиография. Она полезна не только для установления диагноза, но и с целью оценки прогноза больного и оценки динамики лечения после хирургического вмешательства. В случае неудовлетворительной визуализации при традиционном трансторакальном исследовании показано выполнение чреспищеводной эхокардиографии. Другим принципиально важным исследованием является микробиологическое, на которое направляют кровь до начала введения антибиотиков широкого спектра, а также иссечённые во время операции поражённые клапанные структуры. Выделение культуры микроорганизма позволяет не только точно установить диагноз заболевания, но и определить чувствительность к антибиотикам. Для обоснования диагноза инфекционного эндокардита следует использовать диагностические критерии университета Дьюка.

8. Факторами риска неблагоприятного исхода инфекционного эндокардита являются:

- старческий возраст больного;
- инфекционный эндокардит протеза клапана;
- наличие сахарного диабета и другой сопутствующей патологии, которая может влиять на скорость развития и устойчивость инфекции;
- выраженные явления сердечной и почечной недостаточности, развитие септического шока;
- геморрагический или ишемический инсульт;
- инфекция, вызванная *Staphylococcus aureus*, грибковой инфекцией, *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa* и *Klebsiella* spp.;
- распространение инфекции за пределы клапана сердца (абсцесс, псевдоаневризма, фистула, нарушения сердечной проводимости);
- тяжёлая регургитация на аортальном или митральном клапане, особенно в сочетании с лёгочной гипертензией;
- низкая сократительная способность левого желудочка.

При выявлении любого из перечисленных факторов риска пациенту показан срочный перевод в медицинскую организацию с возможностью выполнения открытых операций на сердце.

При инфекционном эндокардите с острой тяжёлой аортальной и/или митральной недостаточностью, дисфункцией клапанного протеза, приводящей к сердечной недостаточности с развитием отёка лёгких и кардиогенного шока, резистентной к проводимой интенсивной терапии, хирургическая коррекция

выполняется в экстренном порядке.

Показания к неотложной операции при инфекционном эндокардите:

- недостаточность аортального и митрального клапанов (дисфункция протезов клапанов), клинически проявляющаяся сердечной недостаточностью и эхокардиографическими признаками значимого нарушения гемодинамики, аналогичными описанным в разделе, посвящённом хирургическому лечению приобретённых пороков сердца;
- локально неконтролируемая инфекция (абсцесс, псевдоаневризма, фистула, растущая вегетация);
- инфекция, вызванная грибами или мультирезистентными организмами;
- персистирующие положительные посевы крови, несмотря на адекватную антибиотикотерапию и контроль септических метастазов;
- эндокардит протеза клапана, вызванный *Staphylococcus* spp., *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa* и *Klebsiella* spp.;
- наличие персистирующих вегетаций размером более 10 мм, несмотря на адекватную антибиотикотерапию, после хотя бы одного эпизода эмболии или в сочетании со значимым нарушением функции клапана и низким операционным риском (до 4 % по STS или EuroSCORE II).

9. Кроме того, ранняя хирургическая тактика может рассматриваться у больных с наличием больших (более 15 мм) и очень больших (более 30 мм) вегетаций и низким операционным риском для профилактики тяжёлых эмболических осложнений.
