

Проблема своевременного выявления приобретенных пороков сердца в структуре экстренной госпитализации

Е.С. Осинцев, О.К. Кузьмина, к.м.н., Е.С. Органова, А.В. Блинова, Л.В. Самойлова, А.Н. Стасев, к.м.н., О.Л. Барбараш, д.м.н., проф., академик РАН

Адрес для переписки: Евгений Сергеевич Осинцев, josintsev@gmail.com

Для цитирования: Осинцев Е.С., Кузьмина О.К., Органова Е.С. и др. Проблема своевременного выявления приобретенных пороков сердца в структуре экстренной госпитализации. Эффективная фармакотерапия. 2026; 22 (33): 14–21.

DOI 10.33978/2307-3586-2026-22-33-14-21

Приобретенные пороки сердца (ППС) представляют собой значимую проблему современной кардиологической практики. Несмотря на существенный прогресс в области диагностики и терапии, основным препятствием для улучшения отдаленных исходов у пациентов с ППС остается несвоевременное выявление клапанной патологии, когда возможности планового и наиболее эффективного лечения оказываются существенно сужены.

Цель. Изучить частоту, структуру и клинико-анамнестические особенности пациентов с ППС, госпитализированных в отделения неотложной кардиологии, а также оценить качество догоспитального амбулаторного наблюдения.

Материал и методы. Проанализированы истории болезни и проведено анкетирование 6561 пациента, госпитализированных в отделения неотложной кардиологии ГБУЗ «Кузбасский клинический кардиологический диспансер имени академика Л.С. Барбараша» в период с января по декабрь 2025 г. ППС был выявлен у 410 пациентов (6,25%), которых разделили на две группы: 1-я группа – 266 (64,9%) человек с впервые выявленным, 2-я группа – 144 (35,1%) человека с ранее известным пороком. Пациенты опрошены на предмет осведомленности об имеющейся у них патологии, проявлении симптомов заболевания, приверженности наблюдению у специалиста. С помощью анкетирования оценивали структуру симптомов, приверженность наблюдению, регулярность аускультации и эхокардиографии.

Результаты. Доля госпитализаций пациентов с ППС среди всех экстренных госпитализаций с января по декабрь 2025 г. составила 6,25%. Впервые выявленный порок диагностирован у 64,9% пациентов ($n = 266$), ранее известный отмечен у 35,1% ($n = 144$). У пациентов с впервые выявленным ППС значимо чаще встречались артериальная гипертензия (92,5% против 85,4%, $p = 0,023$) и онкологические заболевания (16,9% против 6,9%, $p = 0,005$). Регулярно наблюдались кардиологом до момента экстренной госпитализации лишь 3,0% пациентов с впервые выявленным пороком и 36,8% – с ранее известным ($p < 0,001$). Никогда не выполняли эхокардиографию 38,5 и 2,8% больных соответственно ($p < 0,001$).

Заключение. Преобладание впервые выявленных ППС у пациентов с приобретенными пороками, имеющих показания к экстренной госпитализации, указывает на недостаточную эффективность ведения больных на амбулаторном этапе. Требуется внедрение скрининговых программ и повышение настороженности врачей первичного звена.

Ключевые слова: приобретенные пороки сердца, протезирование клапанов, впервые выявленные пороки сердца, аортальный стеноз, эхокардиография, аускультация



Введение

Приобретенные пороки сердца (ППС) представляют собой значимую и растущую проблему здравоохранения. Согласно данным глобального исследования бремени болезней (Global Burden of Disease, GBD) 2023 г., в мире насчитывалось 2,35 миллиона человек, имеющих годы жизни с поправкой на инвалидность (Disability-Adjusted Life Year, DALY) связанные с кальцинирующим аортальным стенозом (АС), и 1,02 миллиона человек с DALY, связанными с дегенеративной митральной недостаточностью [1]. Несмотря на впечатляющий прогресс в лечении – от высокотехнологичных хирургических реконструкций до транскатетерных вмешательств, – проблема своевременного диагностирования ППС остается нерешенной. Это слабо диагностируемая патология, часто выявляемая на поздних стадиях, когда уже развились необратимые изменения миокарда [2].

Ключевым парадоксом современной кардиологии является наличие эффективных методов коррекции пороков при сохраняющейся задержке в их применении. Эта задержка связана не только с системными, организационными проблемами диагностики ППС, но и с ограничениями эффективности традиционных методов первичного осмотра [3].

Факторы риска несвоевременно выявленной клапанной патологии включают низкий социально-экономический статус пациента, пожилой возраст, мужской пол, наличие фибрилляции предсердий, артериальной гипертензии, сахарного диабета и дислипидемии [4].

Последствия поздней диагностики ППС бывают серьезными и часто необратимыми. Длительная объемная или перегрузка давлением приводят к стойким изменениям функции миокарда, сердечной недостаточности, развитию фибрилляции предсердий, инфекционного эндокардита, повторным госпитализациям, снижению качества жизни и преждевременной смертности.

В исследованиях показано, что 30–50% пациентов с тяжелыми пороками сердца, соответствующих критериям для вмешательства согласно клиническим рекомендациям, не распознаются и не направляются на лечение своевременно, даже в условиях высокоразвитых систем здравоохранения. Последствия поздней диагностики особенно наглядны на примере митрального стеноза: при отсутствии своевременного хирургического лечения 10-летняя выживаемость составляет 50–60%, а при развитии выраженных симптомов сердечной недостаточности этот показатель снижается до 0–15% [5].

Роль врачей первичного звена в своевременном распознавании клапанной патологии, инициации диагностического обследования и направлении пациентов к специалистам трудно переоценить. Однако традиционный диагностический подход, основанный преимущественно на оценке жалоб и аускультации, имеет существенные ограничения. Симптомы, особенно на ранних стадиях заболевания, нередко неспецифичны: одышка при нагрузке у пожилых пациентов часто ошибочно интерпретируется как проявление детренированности или возрастных изменений. Аускультация,

несмотря на свою доступность, обладает ограниченной чувствительностью, особенно при митральной и аортальной недостаточности, что не позволяет полагаться на нее как на единственный скрининговый метод. В этой связи особое значение приобретает скрининговая трансторакальная эхокардиография (ЭхоКГ), на которую врачи первичного звена должны направлять пациентов уже на этапе амбулаторного приема, не дожидаясь направления к кардиологу. Показательно, что в США около 70% всех эхокардиографических исследований у пациентов, застрахованных по программе Medicare, назначают врачи, не являющиеся кардиологами, что подтверждает принципиальную возможность и необходимость активного участия терапевтов в ранней диагностике ППС [6].

Цель исследования – изучить частоту, структуру и клинико-анамнестические особенности пациентов с ППС, госпитализированных в отделения неотложной кардиологии, а также оценить качество их догоспитального амбулаторного наблюдения.

Материал и методы

Проанализированы истории болезни и проведено анкетирование пациентов, госпитализированных в отделение неотложной кардиологии ГБУЗ «Кузбасский клинический кардиологический диспансер имени академика Л.С. Барбараша» в период с января по декабрь 2025 г. Все пациенты подписали информированное согласие.

За указанный период экстренно госпитализирован 6561 пациент. Причинами госпитализации были: острый коронарный синдром – 2765 (42,14%), нарушение ритма сердца – 684 (10,43%), острая декомпенсация сердечной недостаточности – 715 (10,9%). В ходе сбора анамнеза, клинического осмотра и трансторакальной ЭхоКГ ППС был выявлен у 410 пациентов (6,25% от всех госпитализированных). Пациенты с ППС разделены на две группы: 1-я группа – с впервые выявленным пороком ($n = 266$, 64,9%); 2-я группа – с ранее диагностированным ($n = 144$, 35,1%). Все пациенты были опрошены на предмет осведомленности об имеющейся у них патологии, проявлении симптомов заболевания, приверженности к наблюдению у специалиста (кардиолога, кардиохирурга).

Проведено анкетирование по структуре симптомов, приверженности наблюдению, регулярности аускультации и ЭхоКГ. Статистический анализ выполнен с использованием критериев χ^2 , Фишера, Манна – Уитни. Различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты

Медиана возраста в группе впервые выявленных пороков составила 74,0 (67,2–79,0) года, в группе ранее известных ППС – 72,0 (64,0–77,0) года ($p = 0,023$). Доля мужчин и женщин среди пациентов с ППС в обеих группах была равной. Функциональный класс (ФК) хронической сердечной недостаточности (ХСН) по классификации Нью-Йоркской кардиологической ассоциации (New York Heart Association, NYHA), оцениваемый на момент стабильного состояния до госпитализации,



в обеих группах не различался и был представлен равными долями от II до IV. Следует отметить, что почти половина исследуемых пациентов с ППС имели симптомы тяжелой ХСН (III–IV ФК) (табл. 1).

Коморбидный фон характеризовался высокой частотой артериальной гипертензии, которую значимо чаще диагностировали у пациентов с впервые выявленным пороком – 92,5 против 85,4% ($p = 0,023$). По другим коморбидным состояниям статистически значимых различий у пациентов с впервые выявленным и ранее выявленным ППС не было, вместе с тем обращает на себя внимание крайне высокая частота коморбидной патологии. Проявления стенокардии имели чуть менее половины пациентов с ППС в каждой группе, инфаркт миокарда в анамнезе отмечен у трети пациентов, треть пациентов имела сопутствующую ХБП, перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения – 13,5 и 18,1% в группе 1 и 2 соответственно. Сахарный диабет 2 типа диагностирован у четверти пациентов, а ожирение – практически

у 60% пациентов в каждой группе. Среди иных сопутствующих патологий значимые различия выявлены для онкологических заболеваний: 16,9 в 1-й группе против 6,9% во 2-й ($p = 0,005$).

В числе этиологических факторов ППС в обеих группах преобладало дегенеративное поражение, причем в группе пациентов с ранее выявленным пороком доля пациентов с дегенеративным поражением была выше (рис. 1). Одинаково часто у пациентов с впервые выявленными и ранее выявленными ППС диагностированы изолированное поражение аортального, митрального и трикуспидального клапанов. Обращает на себя внимание тот факт, что более половины пациентов с ППС имели двух- и трехклапанные поражения. При этом статистически значимое различие отмечено при одновременном поражении аортального и трикуспидального клапанов (1,1% в первой группе против 4,2% во второй; $p = 0,045$) (табл. 1).

Чаще всего поводом для экстренной госпитализации у пациентов обеих групп с ППС были обострение ИБС

Таблица 1. Фенотип пациентов с приобретенными пороками сердца при поступлении в отделения неотложной кардиологии

Показатель	Группа 1 (впервые выявленный ППС), n = 266	Группа 2 (ранее выявленный ППС), n = 144	P
Возраст, лет, Ме (Q ₁ –Q ₃)	74,0 (67,2–79,0)	72,0 (64,0–77,0)	0,023
Пол, мужчины, n (%)	121 (45,5)	67 (46,5)	0,840
Пораженные клапаны, n (%):			
■ АК	44 (16,6)	17 (11,8)	0,198
■ МК	43 (16,2)	24 (16,7)	0,896
■ ТК	3 (1,1)	2 (1,4)	0,818
■ МК + АК	36 (13,5)	15 (10,4)	0,361
■ АК + ТК	3 (1,1)	6 (4,2)	0,045
■ МК + ТК	88 (33,1)	50 (34,7)	0,737
■ МК + АК + ТК	49 (18,4)	30 (20,8)	0,554
ФК ХСН по NYHA, n (%):			
■ I ФК	8 (4,1)	3 (2,8)	0,733
■ II ФК	56 (28,9)	36 (33,0)	0,752
■ III ФК	64 (33,0)	31 (28,4)	0,503
■ IV ФК	66 (34,0)	39 (35,8)	0,460
Статус курения, n (%):			
■ не курит в настоящее время	32 (12,0)	15 (10,5)	0,755
■ никогда не курил	193 (72,6)	106 (74,1)	0,824
■ курит в настоящее время	41 (15,4)	22 (15,4)	1,000
Коморбидный фон, n (%):			
■ ИБС: стенокардия	121 (45,5)	69 (47,9)	0,765
■ инфаркт миокарда в анамнезе	84 (31,6)	39 (27,1)	0,343
■ церебральный атеросклероз	27 (10,2)	18 (12,5)	0,402
■ атеросклероз артерий нижних конечностей	8 (3,01)	9 (6,2)	0,402
■ артериальная гипертензия	246 (92,5)	123 (85,4)	0,023
■ сахарный диабет 2 типа	60 (22,6)	39 (27,1)	0,307
■ ожирение	145 (61,2)	79 (58,1)	0,549
Иная сопутствующая патология, n (%):			
■ ОНМК в анамнезе	36 (13,5)	26 (18,1)	0,222
■ ТИА в анамнезе	1 (0,4)	1 (0,7)	1,000
■ онкологические заболевания	45 (16,9)	10 (6,9)	0,005
■ язвенная болезнь желудка	127 (47,7)	64 (44,4)	0,523
■ патология ЩЖ	29 (10,9)	15 (10,4)	0,879
■ ХБП	98 (36,8)	44 (30,6)	0,202
■ ХОБЛ	46 (17,3)	28 (19,4)	0,589
■ ревматоидный артрит	1 (0,4)	–	–
■ системная склеродермия	1 (0,4)	2 (1,4)	0,296

Примечание. АК – аортальный клапан; МК – митральный клапан; ТК – трикуспидальный клапан; ИБС – ишемическая болезнь сердца; ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения; ТИА – транзиторная ишемическая атака; ЩЖ – щитовидная железа; ХБП – хроническая болезнь почек; ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких.



и декомпенсация сердечной недостаточности (табл. 2). Различия структуры диагнозов между группами при поступлении не достигли статистической значимости ($p > 0,05$ для всех сравнений), однако у пациентов с впервые выявленным пороком обнаружена тенденция к более частой госпитализации по поводу нарушений ритма (15,0 против 9,0%, $p = 0,083$). При оценке тяжести клапанной патологии выявлены значимые различия: умеренный порок чаще диагностировался у пациентов с впервые выявленным ППС (80,1 против 65,0%, $p = 0,001$), тогда как тяжелый порок значительно чаще встречался в группе ранее установленного диагноза (23,1 против 9,4%, $p < 0,001$). Частота регистрации легкой степени тяжести порока

не различалась между группами (10,5 и 11,9%, $p = 0,744$). В процессе госпитального наблюдения большинству пациентов с ППС в период после госпитализации было рекомендовано динамическое наблюдение. При этом для 7,5% больных с впервые выявленным ППС и 17,3% с ранее известным пороком в период госпитализации определены показания для его коррекции. Лиц с ранее известным пороком значимо чаще направляли на открытое хирургическое лечение, а люди с впервые выявленным ППС преимущественно подлежали динамическому наблюдению. Интервенционные или хирургические вмешательства из числа назначенных были выполнены в стационаре без выписки

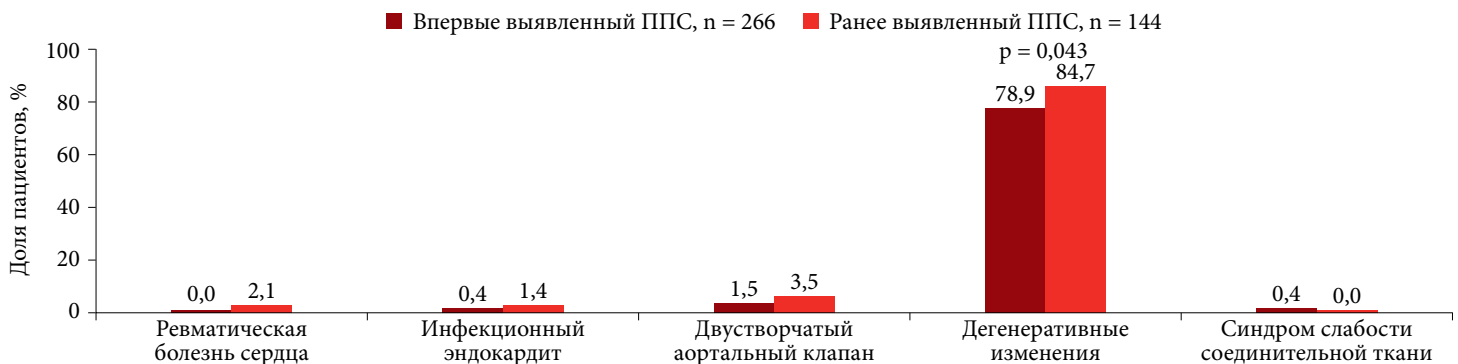
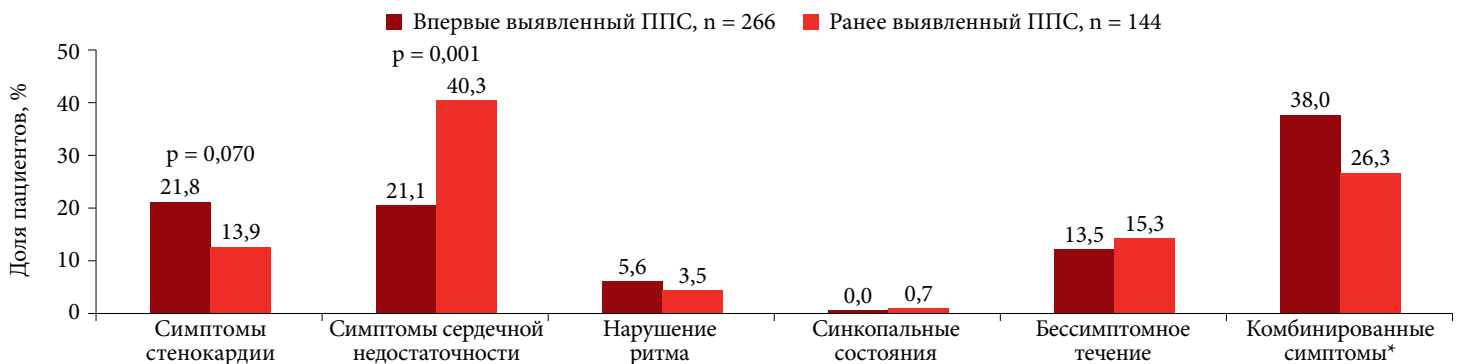


Рис. 1. Различия в этиологии заболевания у пациентов с впервые выявленным и ранее существующим пороком клапанов сердца

Таблица 2. Причина госпитализации и выбранная тактика лечения пациентов с приобретенными пороками сердца

Показатель	Группа 1 (впервые выявленный ППС), n = 266	Группа 2 (ранее выявленный ППС), n = 144	P
Диагноз при поступлении, n (%):			
■ ИБС	108 (40,6)	62 (43,1)	0,625
■ нарушение ритма и проводимости	40 (15,0)	13 (9,0)	0,083
■ декомпенсация ХСН	118 (44,4)	69 (47,9)	0,493
Определенная тактика лечения ППС, n (%):			
■ консервативное	6 (2,3)	5 (3,5)	0,460
■ динамическое наблюдение	240 (90,2)	114 (79,2)	0,002
■ открытая хирургия	7 (2,6)	13 (9,0)	0,004
■ транскатетерное вмешательство	13 (4,9)	12 (8,3)	0,158
Вмешательство выполнено (из числа назначенных), n (%):			
■ нет	6 (30,0)	10 (40,0)	0,544
■ да	14 (70,0)	15 (60,0)	0,544



* Комбинированные симптомы – сочетание сердечной недостаточности, нарушения ритма, стенокардии и/или синкопальных состояний.

Рис. 2. Наблюдаемые в течение последних трех месяцев перед госпитализацией симптомы у пациентов с приобретенными пороками сердца



Таблица 3. Эффективность амбулаторного наблюдения до госпитализации у пациентов с приобретенными пороками сердца

Показатель	Группа 1 (впервые выявленный ППС), n = 266	Группа 2 (ранее выявленный ППС), n = 144	P
Регулярность наблюдения кардиолога, n (%): ■ регулярно (1 раз в 6–12 мес.) ■ нерегулярно (1 раз в 2–3 года) ■ никогда	8 (3,0) 199 (74,8) 59 (22,2)	53 (36,8) 89 (61,8) 2 (1,4)	< 0,001
Причина отсутствия наблюдения кардиолога: ■ нехватка времени ■ не расценено как жизнеугрожающее состояние ■ пациент не считал нужным ■ территориальная удаленность	10 (3,9) 45 (17,4) 89 (34,5) 114 (44,2)	7 (7,7) 20 (22,0) 32 (35,2) 32 (35,2)	0,254
Регулярность выполнения аускультации при осмотре кардиолога/терапевта на амбулаторном этапе, n (%): ■ всегда ■ иногда ■ никогда	148 (55,6) 98 (36,8) 20 (7,5)	129 (89,6) 11 (7,6) 4 (2,8)	< 0,001
Регулярность выполнения трансторакальной эхокардиографии, n (%): ■ регулярно (1 раз в 6–12 мес.) ■ нерегулярно (1 раз в 2–3 года) ■ никогда	3 (1,2) 157 (60,4) 100 (38,5)	42 (29,4) 97 (67,8) 4 (2,8)	< 0,001

в 1-й группе 14 (70%), во 2-й группе – 15 (60%) пациентов; $p = 0,544$ (табл. 2).

По результатам анкетирования были определены симптомы, наблюдаемые у пациентов в течение последних трех месяцев перед госпитализацией. Наиболее часто в обеих группах жаловались на симптомы стенокардии и сердечной недостаточности, однако структура жалоб значимо различалась ($p = 0,016$). У пациентов с впервые выявленным пороком симптомы стенокардии встречались почти в два раза чаще, чем у пациентов с ранее известным ППС, тогда как симптомы сердечной недостаточности, напротив, преобладали у пациентов, знавших о своем пороке. Сочетание симптомов сердечной недостаточности и нарушений ритма также чаще отмечалось у пациентов с ранее установленным диагнозом (рис. 2).

Были проанализированы приверженность обследуемых динамическому наблюдению у кардиолога, регулярность выполнения аускультации сердца и трансторакальной ЭхоКГ на догоспитальном этапе. Регулярно наблюдались у кардиолога лишь три процента пациентов группы с впервые выявленным пороком и 36,8% пациентов с ранее выявленным ППС ($p < 0,001$). Основными причинами отсутствия наблюдения были территориальная удаленность от медицинского учреждения, недооценка состояния здоровья и отсутствие личной мотивации ($p = 0,254$) (табл. 3).

Важно отметить, что регулярную аускультацию сердца и ЭхоКГ назначают небольшой доле пациентов. Так, аускультация сердца на этапе до настоящей госпитализации регулярно (один раз в 6–12 месяцев) проводилась лишь половине пациентов 1-й группы и 89,6% – 2-й ($p < 0,001$). ЭхоКГ регулярно выполняли 1,2 и 29,4% пациентам соответственно ($p < 0,001$).

Среди пациентов с ранее известным ППС медиана времени от момента его выявления до индексной госпитализации составила 6,1 (1,0–18,0) года, от первой консультации кардиохирурга – 4,6 (1,0–18,0) года.

Обсуждение

Представленные результаты согласуются с мировыми тенденциями, демонстрирующими значительное бремя ППС в современной популяции. По данным глобальных исследований, в 2023 г. зарегистрировано 29,5 млн случаев неревматических пороков сердца во всем мире, при этом возраст-стандартизированная распространенность увеличилась с 317,0 на 100 000 населения в 1990 году до 323,4 на 100 000 в 2023 г. В структуре неревматических пороков отдельно выделены кальцинированный АС и дегенеративная митральная недостаточность (ДМН). В 2023 г. было зарегистрировано 2,35 млн DALY и 149 000 смертей, связанных с кальцинированными АС. Бремя ДМН было ниже: 1,02 млн DALY и 39 700 смертей. Наши данные о структуре впервые выявленных пороков отражают эту глобальную тенденцию и подчеркивают актуальность проблемы на региональном уровне [1, 7].

Особого внимания заслуживает возрастная структура выявленных пороков. В крупном популяционном исследовании OxVALVE обнаружены ранее не диагностированные клапанные нарушения у 51% лиц старше 65 лет, при этом клинически значимые пороки (умеренные или тяжелые) выявлены у 6,4% обследованных [8]. В шведском национальном регистровом исследовании показано, что 69% новых случаев пороков сердца диагностируют у пациентов старше 65 лет [8]. Полученные нами данные полностью согласуются с этими наблюдениями: медиана возраста пациентов с впервые выявленным пороком в нашей когорте составила 74,0, а в группе ранее известных пороков – 72,0 года, при этом доля лиц старше 65 лет превышала 80% в обеих группах. Таким образом, данные литературы и результаты нашего исследования свидетельствуют о важности активного скрининга в старших возрастных группах и демонстрируют демографические характеристики нашей когорты [9].

Этиологическая структура ППС существенно различается в зависимости от социально-экономического



развития региона. В странах с высоким уровнем дохода преобладают дегенеративные и функциональные пороки, тогда как в странах с низким и средним уровнем дохода ревматическая болезнь сердца остается ведущей причиной клапанной патологии, поражая около 41 млн человек во всем мире. Распространенность кальцинированного АС и ДМН составляет 9 и 24 млн человек соответственно [7].

Дегенеративные изменения клапанов, включая кальцификацию, разрыв хорд и миксоматозную инфильтрацию, представляют собой сложные патофизиологические процессы, отличающиеся от воспалительных механизмов ревматической болезни сердца. В современных исследованиях показано, что кальцифицирующая болезнь АК является активным процессом фиброкальцифицирующего ремоделирования, а не просто пассивным отложением кальция [10, 11]. Полученные нами данные полностью соответствуют этой парадигме: в настоящем исследовании дегенеративное поражение клапанов преобладало в обеих группах, составив 78,9% среди пациентов с впервые выявленным пороком и 84,7% – среди пациентов с ранее известным ППС. При этом ревматическая этиология встречалась лишь в группе ранее известных пороков (2,1%), а в группе впервые выявленных не была зарегистрирована вовсе. Таким образом, результаты проведенного исследования подтверждают, что в современной когорте пациентов с ППС, госпитализированных по экстренным показаниям, доминирующим этиологическим фактором выступает именно дегенеративный процесс.

Клиническое значение впервые выявленных пороков сердца определяется не только их тяжестью, но и влиянием на функцию желудочков и системную гемодинамику. В исследовании OxVALVE отмечено, что легкие пороки сердца не ассоциированы с повышенной смертностью (отношение рисков 1,20; 95%-ный доверительный интервал 0,96–1,51), тогда как выраженный аортальный склероз и кальцификация митрального кольца связаны с увеличением риска смерти (отношение рисков 2,05 и 2,51 соответственно). Эти данные подчеркивают важность не только оценки степени клапанной дисфункции, но и выявления сопутствующих структурных изменений сердца [12, 13]. Мы также наблюдали связь между тяжестью порока и клиническими исходами: умеренный порок достоверно чаще диагностировался у пациентов с впервые выявленной клапанной патологией, тогда как тяжелый порок значимо преобладал в группе ранее известных пороков, что отражает естественную эволюцию заболевания и несвоевременность хирургического вмешательства. Кроме того, отмечена высокая частота сочетания пороков в нашей когорте – комбинация МК + ТК и трехклапанные пороки. Это подчеркивает системный характер дегенеративного процесса и указывает на необходимость комплексной оценки всех структур сердца, а не только изолированной оценки степени стеноза или регургитации на одном клапане. В настоящее время отсутствуют объективные данные о распространенности ППС в популяции, что связано

с необходимостью использования полноценного эхокардиографического исследования для верификации диагноза. Приводимые в научной литературе показатели распространенности ППС, вероятно, занижены, поскольку обследование пациентов проводится преимущественно при появлении клинических симптомов дисфункции миокарда или нарушений ритма сердца, тогда как для многих ППС характерен длительный латентный период течения. Дефицит ресурсов для проведения ЭхоКГ в странах с невысоким уровнем дохода, вероятно, обуславливает существенный недоучет случаев клапанной патологии. Гетерогенность распространенности неревматических ППС между странами сохраняется: в развитых странах преобладают дегенеративные пороки (АС – до 81,9%, ДМН – до 61,2%), тогда как в странах с низким уровнем дохода доминирует ревматическая болезнь сердца [14].

В проведенном исследовании пациенты с ранее известным пороком значимо чаще направлялись на открытое хирургическое лечение, тогда как лицам с впервые выявленным ППС преимущественно рекомендовалось динамическое наблюдение. Однако назначенные интервенционные или хирургические вмешательства в 1-й группе были выполнены 70,0%, пациентов, а во 2-й – 60,0%. Хирургическая коррекция острых состояний, в том числе на фоне острого коронарного синдрома, декомпенсации ХСН или нарушений ритма, служит дополнительным аргументом в пользу необходимости своевременной диагностики пороков и эффективного мониторинга состояния пациентов. Плановая хирургическая коррекция (или транскатетерное вмешательство) позволяет избежать выполнения вмешательств в экстренной ситуации, когда риск осложнений и летальности значительно выше, а возможности полноценного предоперационного обследования и подготовки пациента ограничены [4, 15, 16].

Традиционная аускультация сердца остается наиболее широко используемым методом скрининга пороков сердца в первичном звене здравоохранения. Однако в многочисленных исследованиях продемонстрированы существенные ограничения физикального обследования в выявлении клапанной патологии. В крупном популяционном исследовании Tromsø (2025) показано, что только у 35,5% пациентов с подтвержденными пороками сердца выслушивались шумы, при этом чувствительность аускультации составила 100% при выявлении АС, но была значительно ниже в случае аортальной (43%) и митральной регургитации (29%). Эти объективные ограничения дополняются субъективными факторами: ограниченным доступом к ЭхоКГ, низкой приверженностью врачей первичного звена к скринингу и недостаточной информированностью пациентов. В нашем исследовании эти проблемы нашли прямое подтверждение: 38,5% пациентов с впервые выявленным пороком никогда не выполняли ЭхоКГ, а регулярная аускультация проводилась лишь у 55,6%. Даже при ранее известном диагнозе ППС только 36,8% пациентов регулярно наблюдались у кардиолога, что указывает на системный характер проблемы [17].



В ранее проведенном исследовании в условиях первичной медицинской помощи с участием 251 бессимптомного пациента старше 65 лет без известных пороков сердца получены еще более тревожные результаты. По данным ЭхоКГ обнаружены легкие пороки у 68% и значимые пороки – у 14% участников. Однако чувствительность аускультации составила лишь 32% для легких и 44% для тяжелых пороков сердца при специфичности 67 и 69% соответственно. Важно отметить, что точность диагностики не улучшалась при проведении аускультации кардиологом вместо врача первичного звена [18].

Физикальные признаки АС (громкий систолический шум с поздним пиком, иррадиирующий в сонные артерии, ослабленный второй тон сердца, замедленный и ослабленный каротидный пульс) являются специфичными, но встречаются при тяжелом заболевании, что делает их относительно нечувствительными при ранней диагностике. Среди 123 пациентов с умеренным и тяжелым АС у 64% выслушивался систолический шум 3-й степени из 6, а у 19% – шум 1-й или 2-й степени [19].

При этом необходимо отметить, что искусственный интеллект и машинное обучение открывают новые возможности для улучшения диагностики пороков сердца на уровне первичной медицинской помощи. Однако даже самые передовые технологии не будут эффективны без повышения информированности врачей и пациентов. Специалисты первичного звена должны знать о возможностях современных методов диагностики и иметь четкие алгоритмы направления пациентов на ЭхоКГ. Пациенты, в свою очередь, нуждаются в доступной информации о факторах риска и ранних симптомах клапанной патологии. Как показывают результаты нашего исследования, 34,5% пациентов с впервые выявленным пороком не посчитали нужным наблюдаться у кардиолога (несмотря на существующие коморбидные кардиологические состояния), что демонстрирует критически низкую осведомленность населения о серьезности ППС. Таким образом, только сочетание технологического прогресса и целенаправленной образовательной работы среди врачей и пациентов может обеспечить реальный прорыв в решении проблемы поздней диагностики ППС [20].

Заключение

В исследовании выявлена высокая распространенность ППС среди пациентов, экстренно госпитализированных в кардиологические отделения, составившая 6,25% от общего числа госпитализаций. Причем почти две трети пациентов (64,9%) не знали о наличии у них клапанной патологии до развития острого состояния, потребовавшего экстренной госпитализации.

Крайне низкая приверженность диспансерному наблюдению отмечена у всех пациентов с ППС. Среди лиц с впервые выявленным ППС регулярно наблюдались у кардиолога лишь 3,0%, никогда не выполняли ЭхоКГ 38,5%, а у 7,5% аускультация сердца на амбулаторном этапе не проводилась никогда. Даже среди больных с ранее известным пороком регулярно наблюдались у кардиолога только 36,8%, а проходили регулярную ЭхоКГ – 29,4%. Основными причинами такого положения дел были территориальная удаленность от медицинского учреждения, недооценка серьезности заболевания самими пациентами и недостаточная настороженность врачей первичного звена.

Таким образом, для улучшения своевременной диагностики и прогноза у пациентов с ППС необходимы внедрение целенаправленных скрининговых программ (включая обязательную аускультацию и ЭхоКГ у лиц старше 65), повышение клинической настороженности врачей первичного звена, стандартизация диспансерного наблюдения и обеспечение преемственности между амбулаторной и стационарной службами. »

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов.

Финансирование. Исследование выполнено в рамках научной темы № 0419-2022-0001 «Молекулярные, клеточные и биомеханические механизмы патогенеза сердечно-сосудистых заболеваний в разработке новых методов лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы на основе персонализированной фармакотерапии, внедрения малоинвазивных медицинских изделий, биоматериалов и тканеинженерных имплантатов» (№ госрегистрации 122011900095-2 от 19.01.2022).

Литература

1. Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risks 2023 Collaborators. Global, regional, and national burden of cardiovascular diseases and risk factors in 204 countries and territories, 1990–2023. J. Am. Coll. Cardiol. 2025; 86 (22): 2167–2243.
2. Messika-Zeitoun D., Baumgartner H., Burwash I.G., et al. Unmet needs in valvular heart disease. Eur. Heart J. 2023; 44 (21): 1862–1873.
3. Gardezi S.K.M., Myerson S.G., Chambers J., et al. Cardiac auscultation poorly predicts the presence of valvular heart disease in asymptomatic primary care patients. Heart. 2018; 104 (22): 1832–1835.
4. Jneid H., Chikwe J., Armold V.S., et al. 2024 ACC/AHA Clinical performance and quality measures for adults with valvular and structural heart disease: a report of the American Heart Association/American College of Cardiology Joint Committee on Performance Measures. J. Am. Coll. Cardiol. 2024; 83 (16): 1579–1613.
5. Baumgartner H., Jung B., Otto C.M. Timing of intervention in asymptomatic patients with valvular heart disease. Eur. Heart J. 2020; 41 (45): 4349–4356.
6. Lindman B.R., Sukul D., Dweck M.R., et al. Evaluating medical therapy for calcific aortic stenosis: JACC state-of-the-art review. J. Am. Coll. Cardiol. 2021; 78 (23): 2354–2376.



7. Coffey S., Roberts-Thomson R., Brown A., et al. Global epidemiology of valvular heart disease. *Nat. Rev. Cardiol.* 2021; 18 (12): 853–864.
8. Coffey S., d'Arcy J.L., Loudon M.A., et al. The OxVALVE population cohort study (OxVALVE-PCS)-population screening for undiagnosed valvular heart disease in the elderly: study design and objectives. *Open Heart.* 2014; 1 (1): e000043.
9. d'Arcy J.L., Coffey S., Loudon M.A., et al. Large-scale community echocardiographic screening reveals a major burden of undiagnosed valvular heart disease in older people: the OxVALVE Population Cohort Study. *Eur. Heart J.* 2016; 37 (47): 3515–3522.
10. Praz F., Beyersdorf F., Haugaa K., Prendergast B. Valvular heart disease: from mechanisms to management. *Lancet.* 2024; 403 (10436): 1576–1589.
11. Кузьмина О.К., Стасев А.Н., Центр И.М. и др. Динамика портрета пациентов с приобретенными митральными и аортальными пороками перед имплантацией биологических протезов клапанов сердца. *Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний.* 2024; 13 (4): 6–12.
12. Taylor C.J., Ordóñez-Mena J.M., Jones N.R., et al. Survival of people with valvular heart disease in a large, English community-based cohort study. *Heart.* 2021; 107 (16): 1336–1343.
13. Nishimura R.A., Ommen S.R., Dearani J.A., Schaff H.V. Valvular heart disease – a new evolving paradigm. *Mayo Clin. Proc.* 2025; 100 (2): 358–379.
14. Барбараш О.Л., Ляпина И.Н. Современные тенденции в организации помощи пациентам с приобретенными пороками сердца. *Кардиологический вестник.* 2024; 19 (4): 5–12.
15. Кузьмина О.К., Садовников Е.Е., Осинцев Е.С. и др. Динамика хирургических вмешательств при приобретенных пороках сердца в Российской Федерации (в период 2004–2023 гг.). *Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний.* 2026; 15 (2): 72–84.
16. Ганюков В.И., Тарасов Р.С., Колесников А.Ю., Ганюков И.В. Транскатетерная имплантация аортального клапана: от идеи до внедрения. *Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний.* 2024; 13 (1): 152–164.
17. Davidsen A.H., Andersen S., Halvorsen P.A., et al. Heart murmurs in the general population: diagnostic value and prevalence from the Tromsø Study. *Heart.* 2025; 112 (2): 103–110.
18. Lamprea-Montealegre J.A., Oyetunji S., Bagur R., Otto C.M. Valvular heart disease in relation to race and ethnicity: JACC focus seminar 4/9. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2021; 78 (24): 2493–2504.
19. Otto C.M., Newby D.E., Hillis G.S. Calcific aortic stenosis: a review. *JAMA.* 2024; 332 (23): 2014–2026.
20. Sengupta P.P., Kluin J., Lee S.P., Oh J.K., Smits A.I.P.M. The future of valvular heart disease assessment and therapy. *Lancet.* 2024; 403 (10436): 1590–1602.

The Problem of Timely Detection Valvular Heart Diseases in the Structure of Emergency Hospitalizations

E.S. Osintsev, O.K. Kuzmina, PhD, E.S. Organova, A.V. Blinova, L.V. Samoilova, A.N. Stasev, PhD, O.L. Barbarash, PhD, Prof., Academician of RAS

Research Institute of Complex Issues of Cardiovascular Diseases, Kemerovo

Contact person: Evgeny S. Osintsev, josintsev@gmail.com

Valvular heart diseases (VHD) represent a significant challenge in contemporary cardiological practice. Despite considerable advances in diagnostics and therapy, the primary obstacle to improving long-term outcomes in this patient population remains the delayed detection of valvular pathology – at which point the window for elective and most effective treatment options has already narrowed substantially.

Aim. *To study the frequency, structure, and clinical and anamnestic characteristics of patients with VHD hospitalized in emergency cardiology departments, as well as to assess the quality of pre-hospital outpatient follow-up.*

Material and methods. *Medical histories were analyzed and 6,561 patients hospitalized in the emergency cardiology departments of the Kuzbass Clinical Cardiology Dispensary were surveyed from January to December 2025. VHD was detected in 410 patients (6.25%), who were divided into two groups: group 1 – 266 (64.9%) people with newly diagnosed, group 2 – 144 (35.1%) people with a previously known defect. Patients were interviewed for awareness of their pathology, manifestation of symptoms of the disease, adherence to observation by a specialist. The questionnaire was used to assess the structure of symptoms, adherence to observation, regularity of auscultation and echocardiography.*

Results. *The proportion of patients with VHD among all emergency hospitalizations from January to December 2025 was 6.25%. A newly diagnosed defect was identified in 64.9% of patients (n = 266), while a previously known defect was found in 35.1% (n = 144). Among patients with newly diagnosed VHD, arterial hypertension was significantly more prevalent (92.5% vs. 85.4%, p = 0.023), as were malignancies (16.9% vs. 6.9%, p = 0.005). Regular cardiologist follow-up prior to emergency hospitalization was documented in only 3.0% of patients with a newly diagnosed defect and in 36.8% of those with a previously known defect (p < 0.001). Echocardiography had never been performed in 38.5% and 2.8% of patients, respectively (p < 0.001).*

Conclusion. *The predominance of newly diagnosed VHD among patients with valvular heart disease requiring emergency hospitalization points to insufficient effectiveness of outpatient management. Screening programs are required.*

Keywords: *valvular heart diseases, valve replacement, newly diagnosed heart defects, aortic stenosis*