

УДК 616.126.3-036

Н.Т. Вату́тин^{1, 2}, А.С. Смирнова^{1, 2}, Г.Г. Тарадин^{1, 2}, Ю.П. Гриценко¹,
Е.С. Гасендич¹

¹ Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

² ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака НАМН Украины», Донецк

Обзор рекомендаций Американской ассоциации сердца / Американской коллегии кардиологов 2017 года по ведению пациентов с клапанной болезнью сердца

В июне 2017 года в журнале «Circulation» были опубликованы обновленные рекомендации Американской ассоциации сердца и Американской коллегии кардиологов (AHA/ACC) по ведению пациентов с клапанной болезнью сердца. Основные положения этого руководства изложены в данном сообщении. Следует подчеркнуть, что рекомендации, написанные ведущими специалистами США в этой области, изложены четко и ясно, с использованием множества таблиц и рисунков, что, несомненно, сделает их настольным руководством к действию для большинства практикующих врачей в течение ближайших нескольких лет. Как обычно, при создании подобных рекомендаций авторы руководствовались доказательной методологией с использованием классов рекомендаций и уровней доказательств.

Ключевые слова: клапанная болезнь сердца, рекомендации.

Классы рекомендаций

I: *Польза* > > > *Риск* (Вмешательство/Лечение **должно** быть проведено/назначено) – наличие доказательств и/или единства мнений экспертов, что данный метод диагностики или лечения целесообразен и эффективен.

II: Наличие противоречивых доказательств и/или расхождения во мнениях экспертов о пользе/эффективности метода диагностики или лечения:

IIa: *Польза* > > *Риск* (целесообразно выполнять вмешательство/назначать лечение) – преобладают доказательства и/или мнения экспертов о его пользе и эффективности;

IIb: *Польза* ≥ *Риск* (может быть рассмотрено проведение вмешательства/назначение лечения) – его польза и эффективность недостаточно

подтверждены доказательствами и/или мнением экспертов.

III: *Нет пользы или Вред* – наличие доказательств и/или единства мнений экспертов, что данный метод диагностики / лечения не является полезным и эффективным, а в ряде случаев может быть и вредным.

Уровни доказательств

A – рекомендации базируются на высококачественных доказательствах более чем одного рандомизированного клинического исследования (РКИ) и метаанализов; одно и более РКИ подтверждены реестровыми исследованиями;

B-R – рекомендации базируются на доказательствах среднего уровня одного или более РКИ и метаанализов;

B-NR – рекомендації базуються на доказах середнього рівня більш ніж одного не РКИ, обсервационних або реєстрових досліджень, а також метааналізів таких досліджень;

C-LD – рекомендації базуються на результатах невеликих рандомизованих або нерандомизованих обсервационних або реєстрових досліджень, а також метааналізів таких досліджень.

C-EO – рекомендації базуються на загальному висновку експертів, які мають клінічний досвід.

Общие принципы

Профилактика инфекционного эндокардита

На сегодняшний день ввиду отсутствия крупных РКИ, посвященных изучению эффективности антибактериальной терапии в профилактике

инфекционного эндокардита (ИЭ), сохраняется неопределенность в отношении отбора категории больных и типа манипуляций для выполнения превентивных мер.

Тем не менее, считается целесообразным проведение антибактериальной профилактики у пациентов, имеющих повышенный риск развития ИЭ и высокий риск возникновения неблагоприятных исходов заболевания (табл. 1).

Антикоагулянтная терапия

Рекомендации по антикоагулянтной терапии при фибрилляции предсердий у пациентов с клапанной болезнью сердца представлены в табл. 2.

Аортальный стеноз

Рекомендации по выбору вида вмешательства при аортальном стенозе представлены в табл. 3 и на рис. 1.

Таблица 1
Рекомендации по профилактике инфекционного эндокардита

Рекомендации	Класс ¹	Уровень ²
Профилактику ИЭ целесообразно выполнять до проведения стоматологических вмешательств на ткани десен, периапикальной зоне зубов или при перфорации слизистой оболочки полости рта у больных, имеющих:		
– искусственный клапан сердца, включая транскатетер-имплантированные протезы и гомотрансплантаты		
– искусственный материал, используемый для реконструкции клапанов сердца, такой как кольца для аннулопластики и хорды	Ila	C-LD
– перенесенный ранее ИЭ		
– некорригированные цианотичные врожденные пороки сердца или устраненные ВПС с остаточными дефектами в месте локализации протезного материала или устройства рядом с ним (резидуальные шунты или клапанная регургитация)		
– перенесенную трансплантацию сердца с недостаточностью клапана из-за нарушений его структуры		

Тут и далее: ¹ класс рекомендаций; ² уровень доказательств.

Таблица 2
Рекомендации по антикоагулянтной терапии при фибрилляции предсердий у пациентов с клапанной болезнью сердца

Рекомендации	Класс	Уровень
Проведение антикоагулянтной терапии с использованием антагонистов витамина К показано пациентам с наличием ревматического митрального стеноза и фибрилляции предсердий	I	B-NR
Проведение антикоагулянтной терапии показано пациентам с фибрилляцией предсердий и патологией аортального клапана, трикуспидального клапана или митральной регургитацией, имеющих количество баллов по шкале CHA ₂ DS ₂ -VASc ≥ 2	I	C-LD
Считается целесообразным назначение прямых оральных антикоагулянтов в качестве альтернативы антагонистам витамина К пациентам с фибрилляцией предсердий и патологией аортального клапана, трикуспидального клапана или митральной регургитацией, имеющих количество баллов по шкале CHA ₂ DS ₂ -VASc ≥ 2	Ila	C-LD

Митральная регургитация

Стадии хронической митральной регургитации

При оценке состояния пациента с хронической митральной регургитацией (МР) важно различать хроническую первичную (дегенеративную) МР и хроническую вторичную (функциональную) МР (табл. 4–6; рис. 2).

При хронической первичной МР патология ≥ 1 из компонентов клапана (створки, сухожильные хорды, папиллярные мышцы, кольцо) вызывает его функциональную недостаточность с систолической регургитацией крови из левого желудочка (ЛЖ) в левое предсердие. Наиболее частой причиной хронической первичной МР в развитых странах является пролапс митрального клапана (МК). К другим, менее распространенным причинам хронической первичной МР

Таблица 3

Рекомендации по выбору вида вмешательства при аортальном стенозе

Рекомендации	Класс	Уровень
Для обеспечения оптимального ведения пациентов, которым планируется выполнение ТПАК или хирургического ПАК с высоким уровнем операционного риска, должна работать совместно команда специалистов (Heart Valve Team)	I	C
Хирургическое ПАК рекомендовано больным с тяжелым симптомным АС (стадия D) и тяжелым бессимптомным АС (стадия C), которым показано проведение ПАК и имеющим низкий или средний операционный риск	I	B-NR
Хирургическое ПАК или ТПАК рекомендовано проводить больным с тяжелым симптомным АС (стадия D) и высоким операционным риском	I	A
ТПАК рекомендовано проводить больным с тяжелым симптомным АС (стадия D) и чрезмерным (недопустимым) операционным риском, при условии, что предполагаемая продолжительность жизни после вмешательства составит более 12 мес	I	A
ТПАК является целесообразной альтернативой хирургическому ПАК для больных с тяжелым симптомным АС (стадия D) и средним операционным риском	IIa	B-NR
Чрескожная аортальная баллонная дилатация может рассматриваться в качестве «моста» к хирургическому ПАК или ТПАК у больных с тяжелым симптомным АС	IIb	C
ТПАК не рекомендуется проводить пациентам, у которых сопутствующие заболевания препятствуют реализации ожидаемой от коррекции АС пользы	III (нет пользы)	B

АС – аортальный стеноз; ПАК – протезирование аортального клапана; ТПАК – транскатетерное протезирование аортального клапана.

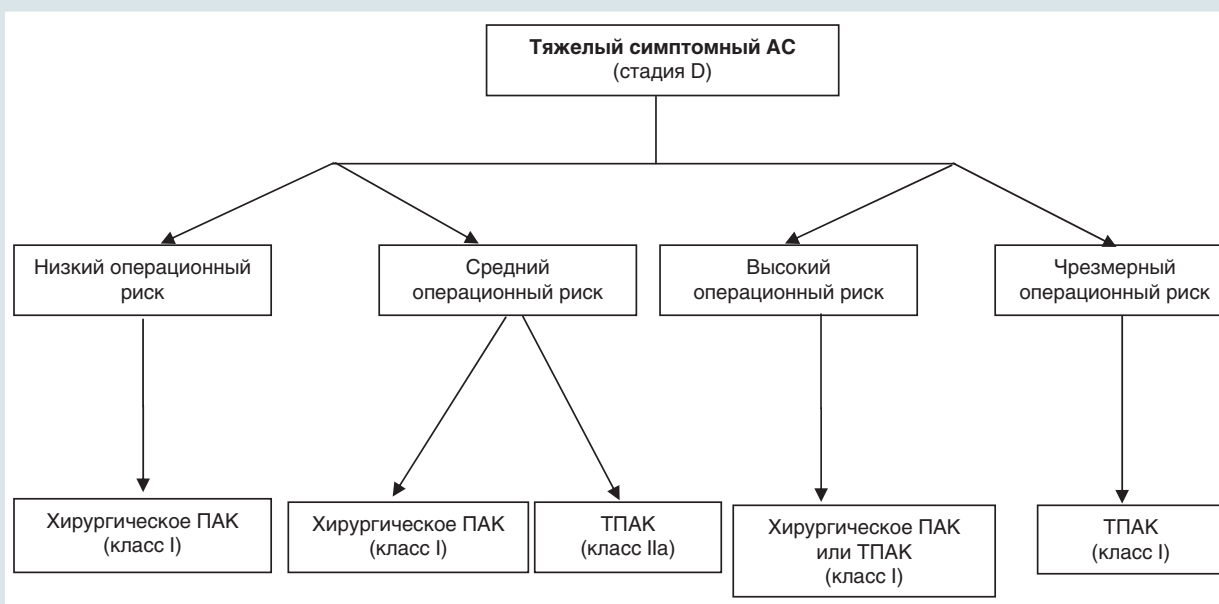


Рис. 1. Выбор между транскатетерным и хирургическим протезированием аортального клапана у больных с тяжелым симптомным аортальным стенозом

Таблиця 4
Стадії вторичної митральної регургітаци

Ста- дия	Опреде- ление	Анатомия клапана	Трансклапанная гемодинамика	Другие данные	Симптомы
A	Риск МР	• Нормальные створки клапана, хорды у пациента с ИБС или кардиомиопатией	• Отсутствие МР или небольшой поток центральной регургитации < 20 % отверстия ЛП по данным доплерэхокардиографии • <i>Vena contracta</i> (перешеек регургитации) < 0,3 см	• Нормальный или незначительно расширенный ЛЖ с нарушением движения стенок (фиксированным (инфаркт) или индуцируемым (ишемия)) • Первичное заболевание миокарда с дилатацией ЛЖ и систолической дисфункцией	• Могут выявляться симптомы ишемии или СН, которые изменяются вследствие реваскуляризации и соответствующей медикаментозной терапии
B	Прогрессирующая МР	• Региональные нарушения движения стенок с легким патологическим натяжением створок МК (tethering) • Расширение кольца МК с нарушением центральной коаптации створок легкой степени	• ЭРО < 0,40 см² • Объем регургитации < 60 мл • Фракция регургитации < 50 %	• Региональные нарушения движения стенок со сниженной систолической функцией ЛЖ • Дилатация ЛЖ и систолическая дисфункция вследствие первичного заболевания миокарда	• Могут выявляться симптомы ишемии или СН, которые изменяются вследствие реваскуляризации и соответствующей медикаментозной терапии
C	Бессимптомная тяжелая МР	• Региональные нарушения движения стенок и/или дилатация ЛЖ с тяжелым патологическим натяжением створок МК (tethering) • Расширение кольца МК с выраженным нарушением центральной коаптации створок	• ЭРО ≥ 0,40 см² • Объем регургитации ≥ 60 мл • Фракция регургитации < 50 %	• Региональные нарушения движения стенок со сниженной систолической функцией ЛЖ • Дилатация ЛЖ и систолическая дисфункция вследствие первичного заболевания миокарда	• Могут выявляться симптомы ишемии или СН, которые изменяются вследствие реваскуляризации и соответствующей медикаментозной терапии
D	Симптомная тяжелая МР	• Региональные нарушения движения стенок и/или дилатация ЛЖ с тяжелым патологическим натяжением створок МК (tethering) • Расширение кольца МК с выраженным нарушением центральной коаптации створок	• ЭРО ≥ 0,40 см² • Объем регургитации ≥ 60 мл • Фракция регургитации ≥ 50 %	• Региональные нарушения движения стенок со сниженной систолической функцией ЛЖ • Дилатация ЛЖ и систолическая дисфункция вследствие первичного заболевания миокарда	• Симптомы СН вследствие МР, которые сохраняются даже после реваскуляризации и оптимизации медикаментозной терапии • Снижение толерантности к физическим нагрузкам • Одышка при физических нагрузках

ЛП – левое предсердие; СН – сердечная недостаточность; ЭРО – эффективное регургитационное отверстие.

относят ИЭ, заболевания соединительной ткани, ревматическую болезнь и радиационное поражение сердца.

При хронической вторичной МР МК, как правило, в норме, но имеется тяжелая дисфункция ЛЖ, вызванная ишемической болезнью сердца (ИБС) (ишемическая), либо идиопатической болезнью миокарда (неишемическая хроническая

вторичная МР). Поскольку МР является только одним из компонентов заболевания (к другим относятся тяжелая дисфункция ЛЖ, ИБС или идиопатическая болезнь миокарда), само по себе восстановление нормального функционирования МК не излечивает пациента. В связи с этим подходы к ведению хронической вторичной МР остаются недостаточно понятными.

Таблиця 5

Рекомендации по ведению хронической первичной митральной регургитации

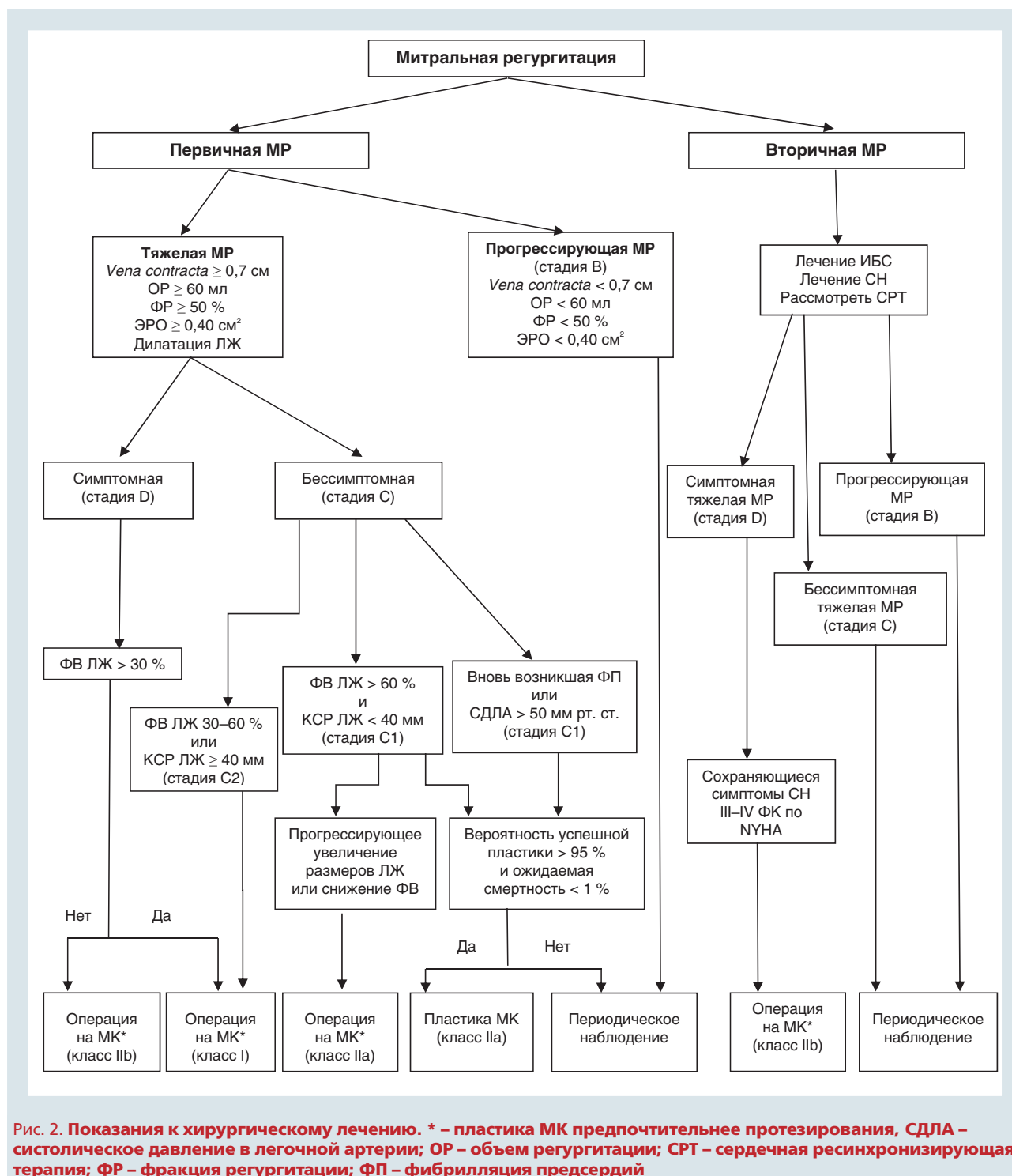
Рекомендации	Класс	Уровень
Операция на МК рекомендована симптомным пациентам с хронической тяжелой первичной МР (стадия D) и ФВ ЛЖ > 30 %	I	B
Операция на МК рекомендована бессимптомным пациентам с хронической тяжелой первичной МР и дисфункцией ЛЖ (ФВ ЛЖ 30–60 % и/или КСР ЛЖ ≥ 40 мм, стадия C2)	I	B
Пластика МК более предпочтительна по сравнению с ПМК у пациентов с хронической тяжелой первичной МР, ограниченной задней створкой, которым показано хирургическое лечение	I	B
Пластика МК более предпочтительна по сравнению с ПМК у пациентов с хронической тяжелой первичной МР с вовлечением передней створки или обеих створок в случае, когда может быть выполнена успешная и надежная пластика	I	B
Пластика МК или ПМК показаны пациентам с хронической тяжелой первичной МР, которым проводится операция на сердце по другим причинам	I	B
Выполнение пластики МК целесообразно у бессимптомных пациентов с хронической тяжелой первичной МР (стадия C1) с сохраненной функцией ЛЖ (ФВ ЛЖ > 60 % и КСР ЛЖ < 40 мм), у которых вероятность успешной и надежной пластики без резидуальной МР > 95 % при ожидаемой смертности < 1 %	IIa	B
Выполнение пластики МК целесообразно у бессимптомных пациентов с хронической тяжелой первичной МР (стадия C1) с сохраненной функцией ЛЖ (ФВ ЛЖ > 60 % и КСР ЛЖ < 40 мм), которые имеют прогрессирующее увеличение размеров ЛЖ или снижение ФВ по данным комплексной лучевой диагностики	IIa	C-LD
Выполнение пластики МК целесообразно у бессимптомных пациентов с хронической тяжелой неревматической первичной МР (стадия C1) и сохраненной функцией ЛЖ (ФВ ЛЖ > 60 % и КСР ЛЖ < 40 мм), которые имеют высокую вероятность успешной и надежной пластики и 1) вновь возникшую фибрилляцию предсердий или 2) повышенное давление в легочной артерии в покое (систолическое артериальное давление в легочной артерии > 50 мм рт. ст.)	IIa	B
Выполнение пластики МК целесообразно у пациентов с хронической первичной МР средней тяжести (стадия B), которым проводится операция на сердце по другим причинам	IIa	C
Операция на МК может быть рассмотрена у симптомных пациентов с хронической тяжелой первичной МР и ФВ ЛЖ ≤ 30 % (стадия D)	IIb	C
Выполнение транскатетерной пластики МК может быть рассмотрено у тяжелых симптомных пациентов (CH III/IV ФК по NYHA) с хронической тяжелой первичной МР (стадия D), у которых достаточная ожидаемая продолжительность жизни, но операционный риск вследствие тяжелой сопутствующей патологии очень высокий	IIb	B
ПМК не должна выполняться с целью лечения изолированной тяжелой первичной МР, ограниченной менее чем одной половиной задней створки, за исключением случаев, когда делалась попытка выполнения пластики МК и она была безуспешной	III: вред	B

ПМК – протезирование митрального клапана; КСР – конечносистолический размер; ФВ – фракция выброса; ФК – функциональный класс.

Таблиця 6

Рекомендации по ведению хронической вторичной митральной регургитации

Рекомендации	Класс	Уровень
Операцию на МК целесообразно выполнять пациентам с хронической тяжелой вторичной МР (стадия C и D), которым проводится аортокоронарное шунтирование или протезирование аортального клапана	IIa	C
Целесообразно отдать предпочтение ПМК с сохранением хорд перед аннулопластикой у тяжелых симптомных пациентов (CH III–IV ФК по NYHA) с хронической тяжелой вторичной МР (стадия D)	IIa	B-R
Выполнение операции на МК может быть рассмотрено у тяжелых симптомных пациентов (CH III–IV ФК по NYHA) с хронической тяжелой вторичной МР (стадия D)	IIb	B
Выполнение пластики МК может быть рассмотрено у пациентов с хронической вторичной МР средней тяжести (стадия B), которым проводится аортокоронарное шунтирование	IIb	B-R



Протезированные клапаны

В табл. 7–14 подробно освещены рекомендации по выбору искусственного клапана, применению антитромботической терапии у паци-

ентов с протезированным клапаном, собраны рекомендации по ведению больных с тромбозом протезированного клапана.

Рекомендации по лечению инфекционного эндокардита приведены в табл. 15.

Таблица 7

Рекомендации по выбору искусственного клапана

Рекомендации	Класс	Уровень
Выбор способа оперативного вмешательства и вида клапанного протеза должен делаться взвешенно	I	C-LD
Биологические протезы рекомендованы пациентам любого возраста при наличии противопоказаний к назначению антикоагулянтной терапии, а также невозможности адекватно ее контролировать или в случаях, когда она является нежелательной	I	C
Механические клапаны целесообразно использовать при проведении ПАК или ПМК пациентам моложе 50 лет при отсутствии противопоказаний к антикоагулянтной терапии	IIa	B-NR
У пациентов в возрасте 50–70 лет могут использоваться как биологические, так и механические протезы	IIa	B-NR
Биологические протезы целесообразны для лиц в возрасте 70 лет	IIa	B
Замена клапана легочным аутографтом (операция Росса), при условии ее проведения опытным хирургом, может рассматриваться у молодых лиц с противопоказаниями к терапии антагонистами витамина К	IIb	C

Таблица 8

Факторы, используемые для совместного принятия решений о типе протеза клапана

Предпочтение следует отдать механическому протезу	Предпочтение следует отдать биологическому протезу
Возраст < 50 лет	Возраст > 70 лет
Увеличение частоты структурных дегенераций биопротезов (15-летний риск: 30 % для возраста 40 лет, 50 % для возраста 20 лет)	Снижение частоты структурных дегенераций (15-летний риск: < 10 % для возраста > 70 лет)
Низкий риск осложнений при проведении антикоагулянтной терапии	Высокий риск осложнений при проведении антикоагулянтной терапии
Предпочтение пациента (избегайте риска повторного вмешательства)	Предпочтение пациента (избегайте риска и неудобства антикоагулянтной терапии и отсутствия мелодии клапана)
Низкий риск длительного применения антикоагулянтов	Высокий риск длительного применения антикоагулянтов
Возможность пациента в домашних условиях проводить мониторинг МНО	Ограниченный доступ пациента к медицинской помощи или невозможность регулирования антагонистов витамина К
Другие показания к длительному приему антикоагулянтов (ФП)	Доступ к хирургическим центрам с низкой смертностью при проведении повторного оперативного вмешательства
Повышенный риск повторного вмешательства (фарфоровая аорта, предшествующая лучевая терапия)	
Маленький размер корня аорты для замены аортального клапана (в будущем может препятствовать процедуре «клапан в клапане»)	

МНО – международное нормализованное отношение.

Таблица 9

Рекомендации по антитромботической терапии пациентов с протезированным клапаном

Рекомендации	Класс	Уровень
Антикоагулянтная терапия антагонистами витамина К и мониторингом МНО рекомендована пациентам с механическими протезами	I	A
Антикоагулянтная терапия антагонистами витамина К с достижением МНО 2,5 рекомендована пациентам с механическим ПАК (двустворчатыми или поворотными дисковыми последнего поколения) при отсутствии факторов риска тромбоэмболии	I	B
Антикоагулянтная терапия антагонистами витамина К с достижением МНО 3,0 показана пациентам с механическим ПАК при наличии факторов риска тромбоэмболии (фибрилляция предсердий, тромбоэмболия в анамнезе, дисфункция левого желудочка, наличие гиперкоагуляции) или при механических протезах старого поколения (например, шаровом)	I	B

Таблица 9. Продолжение

Антикоагулянтная терапия антагонистами витамина К с достижением МНО 3 рекомендована пациентам с механическим ПМК	I	B
АСК в дозе 75–100 мг/сут в дополнение к антикоагулянтной терапии антагонистами витамина К рекомендован пациентам с механическими протезами	I	A
АСК в дозе 75–100 мг/сут целесообразно назначать всем пациентам с биологическим ПАК или ПМК	IIa	B
Антикоагулянтную терапию антагонистами витамина К с достижением МНО 2,5 целесообразно назначать на протяжении 3–6 мес после биологического ПАК или ПМК пациентам с низким риском кровотечения	IIa	B-NR
Более низкий целевой уровень МНО (1,5–2,0) может быть целесообразен у пациентов с механическим ПАК типа On-X при отсутствии факторов риска тромбоэмболии	IIb	B-R
Антикоагулянтную терапию антагонистами витамина К с достижением МНО 2,5 целесообразно назначать как минимум 3 мес после транскатетерного ПАК у пациентов с низким риском кровотечения	IIb	B-NR
Прием клопидогреля в дозе 75 мг/сут может быть целесообразен в первые 6 мес после транскатетерного ПАК в дополнение к пожизненному приему АСК в дозе 75–100 мг/сут	IIb	C
Антикоагулянтная терапия с использованием пероральных прямых ингибиторов тромбина или Ха-фактора не должна применяться у пациентов с механическими протезами	III	B

АСК – ацетилсалициловая кислота.

Таблица 10

Рекомендации по назначению переходного лечения пациентов с протезированным клапаном

Рекомендации	Класс	Уровень
Пациентам с механическими протезами, которым проводятся малые оперативные вмешательства (экстракция зуба, лечение катаракты), кровотечение при которых достаточно легко контролировать, рекомендовано продолжать прием антагонистов витамина К и придерживаться терапевтического уровня МНО	I	C
Пациентам с двусторчатым механическим протезом без других факторов риска тромбоза, которым проводится инвазивное или хирургическое вмешательство, рекомендовано временное прекращение приема антагонистов витамина К без какого-либо переходного лечения, пока МНО достигает субтерапевтического уровня	I	C
Использование переходной антикоагулянтной терапии в течение времени, когда МНО достигает субтерапевтического уровня, рекомендовано пациентам, которым проводятся инвазивные или хирургические вмешательства, при наличии: – механического протеза АК и любого фактора риска тромбоэмболии – механического протеза АК старого поколения – механического протеза МК	IIa	C-LD
Пациентам с механическими клапанными протезами, получающим антагонисты витамина К, которым необходимо проведение неотложного хирургического вмешательства или инвазивных процедур, целесообразно назначить свежемороженную плазму или концентрат протромбинового комплекса	IIa	C

АК – аортальный клапан.

Таблица 11

Рекомендации при тромбозе протезированного клапана

Рекомендации	Класс	Уровень
Пациентам с подозрением на тромбоз механического протезированного клапана с целью оценки функции клапана, движения створок, наличия и степени тромбоза, необходимо провести urgentную оценку с мультимодальной визуализацией	I	B-NR
Пациентам с тромбозом левостороннего механического протезированного клапана, имеющим симптомы клапанной обструкции, рекомендовано в urgentном порядке назначить инфузионную фибринолитическую терапию в малых дозах или провести экстренное оперативное вмешательство	I	B-NR

Таблица 12

Выбор между фибринолизом и хирургическим вмешательством при тромбозе протезированного клапана

Предпочтение следует отдать хирургическому вмешательству	Предпочтение следует отдать фибринолизу
Хирургическое вмешательство доступно	Хирургическое вмешательство не доступно
Низкий хирургический риск	Высокий хирургический риск
Имеются противопоказания к проведению фибринолиза	Противопоказаний к проведению фибринолиза нет
Повторный тромбоз клапана	Первый эпизод тромбоза клапана
СН IV ФК по NYHA	СН I–III ФК по NYHA
Большой размер тромба ($> 0,8 \text{ см}^2$)	Небольшой размер тромба ($\leq 0,8 \text{ см}^2$)
Тромбоз левого предсердия	Нет тромбоза левого предсердия
Сопутствующая коронарная болезнь сердца, требующая реваскуляризации	Отсутствие или умеренная коронарная болезнь сердца
Наличие другой клапанной болезни сердца	Отсутствие другой клапанной болезни сердца
Возможный паннус	Визуализированный тромб
Выбор пациента	Выбор пациента

Таблица 13

Рекомендации при стенозе протезированного клапана

Рекомендации	Класс	Уровень
Повторное протезирование клапана рекомендовано у пациентов с тяжелым симптоматическим стенозом протезированного клапана	I	C
Гемодинамически стабильным пациентам с подозрением на тромбоз биологического протезированного клапана, у которых нет противопоказаний к проведению антикоагулянтной терапии, целесообразно начинать лечение с антагонистов витамина К	IIa	C-LD
Пациентам с симптомным тяжелым стенозом протезированного клапана, имеющим высокий или чрезмерный риск повторной операции, а также ожидаемое улучшение гемодинамики, целесообразно проведение транскатетерной процедуры «клапан в клапане»	IIa	B-NR

Таблица 14

Рекомендации при регургитации протезированного клапана

Рекомендации	Класс	Уровень
Хирургическое вмешательство рекомендовано для операбельных пациентов с механическими клапанами сердца и некоррегируемым гемолизом или СН при тяжелой протезной или парапротезной регургитации	I	B
Проведение хирургического вмешательства является целесообразным для бессимптомных пациентов с биопротезной регургитацией, если оперативный риск является приемлемым	IIa	C-LD
Чрескожная коррекция паравальвулярной регургитации является целесообразной у пациентов с протезированными клапанами сердца и некоррегируемым гемолизом или СН III/IV ФК по NYHA, которые имеют высокий риск хирургического вмешательства и обладают анатомическими особенностями, требующими терапии с помощью катетерного проведения	IIa	B
Пациентам с симптомной тяжелой регургитацией биологического протезированного АК, имеющим высокий или чрезмерный риск хирургического вмешательства, а также ожидаемое улучшение гемодинамики, целесообразно проведение транскатетерной процедуры «клапан в клапане»	IIa	B-NR

Таблиця 15

Рекомендации по лечению инфекционного эндокардита

Рекомендации	Класс	Уровень
Решение о времени выполнения оперативного вмешательства должно приниматься командой специалистов (Heart Valve Team), включающей кардиолога, кардиохирурга и инфекциониста	I	B
Раннее выполнение оперативного вмешательства (во время первичной госпитализации до завершения полного курса антибактериальной терапии) показано пациентам с ИЭ и клапанной дисфункцией, вызывающей сердечную недостаточность	I	B
Раннее выполнение оперативного вмешательства (во время первичной госпитализации до завершения полного курса антибактериальной терапии) показано пациентам с ИЭ левосторонней локализации, вызванным <i>Staphylococcus aureus</i> , грибами/другими высокорезистентными микроорганизмами	I	B
Раннее выполнение оперативного вмешательства (во время первичной госпитализации до завершения полного курса антибактериальной терапии) показано пациентам с ИЭ, осложненным блокадой сердца, абсцессом аорты или деструктивной пенетрацией пораженного участка	I	B
Раннее выполнение оперативного вмешательства (во время первичной госпитализации до завершения полного курса антибактериальной терапии) показано пациентам с ИЭ и доказанной персистенцией инфекции, которая манифестировала бактериемией или лихорадкой > 5–7 дней после начала адекватной антимикробной терапии	I	B
Оперативное вмешательство рекомендовано пациентам с эндокардитом протезированного клапана и рецидивирующей инфекцией (рецидив бактериемии после полного курса антибиотиков и отрицательного результата посева крови) при отсутствии других источников инфекции	I	C
Полное извлечение систем электрокардиостимуляции или дефибрилляции, включая электроды и генератор, показано пациентам с ИЭ и документированной инфекцией устройства или электродов	I	B
Полное извлечение систем электрокардиостимуляции или дефибрилляции, включая электроды и генератор, целесообразно у пациентов с клапанным ИЭ, вызванным <i>Staphylococcus aureus</i> или грибами, даже при отсутствии доказательств их инфицирования	IIa	B
Полное извлечение систем электрокардиостимуляции или дефибрилляции, включая электроды и генератор, целесообразно у пациентов, которым проводится операция по поводу клапанного ИЭ	IIa	C
Раннее выполнение операции (во время первичной госпитализации до завершения полного курса антибактериальной терапии) целесообразно у пациентов с ИЭ при рецидивирующей эмболии и сохранении вегетаций, несмотря на адекватную антибактериальную терапию	IIa	B
Раннее выполнение оперативного вмешательства (во время первичной госпитализации до завершения полного курса антибактериальной терапии) может быть рассмотрено у пациентов с эндокардитом нативного клапана с подвижными вегетациями более 10 мм в длину (с или без клиническим подтверждением феномена эмболии)	IIb	B
Срочная операция без промедления может быть рассмотрена у пациентов с ИЭ, которые перенесли инсульт, но без признаков внутричерепного кровоизлияния или обширного неврологического повреждения	IIb	B-NR
Отложить оперативное лечение ИЭ на 4 недели возможно в случае, если пациент перенес ишемический инсульт или внутричерепное кровоизлияние и остается гемодинамически стабильным		

Подводя итог, следует сказать, что новые рекомендации по ведению пациентов с клапанной болезнью сердца, разработанные Американской ассоциацией сердца и Американской коллегией

кардиологов в 2017 г., должны стать руководством к действию для специалистов, занимающихся этой проблемой, на ближайшие несколько лет.

Конфликта интересов нет.

Все авторы внесли равнозначный вклад в подготовку данной статьи.

Источник

1. Nishimura R.A., Otto C.M., Bonow R.O. et al. 2017 AHA/ACC Focused Update of the 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease A

Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines // Circulation.— 2017.— Vol. 135.— P. e1159–e1195.

М.Т. Ватутін^{1,2}, Г.С. Смирнова^{1,2}, Г.Г. Тарадін^{1,2}, Ю.П. Гриценко¹, К.С. Гасендич¹

¹ Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

² ДУ «Інститут невідкладної і відновної хірургії ім. В.К. Гусака НАМН України», Донецьк

Огляд рекомендацій Американської асоціації серця / Американської колегії кардіологів 2017 року щодо ведення пацієнтів з клапанною хворобою серця

У червні 2017 року в журналі «Circulation» були опубліковані оновлені рекомендації Американської асоціації серця та Американської колегії кардіологів (AHA / ACC) з ведення пацієнтів з клапанною хворобою серця. Основні положення цих настанов викладено в цьому повідомленні. Слід підкреслити, що рекомендації, написані провідними фахівцями США в цій галузі, викладені чітко і ясно, з використанням великої кількості таблиць і рисунків, що, безсумнівно, зробить їх практичним посібником для більшості лікарів-практиків протягом найближчих кількох років. Як завжди, при розробленні подібних рекомендацій автори керувалися доказовою методологією з використанням класів рекомендацій і рівнів доказів.

Ключові слова: клапанна хвороба серця, рекомендації.

M.T. Vatutin^{1,2}, G.A. Smyrnova^{1,2}, G.G. Taradin^{1,2}, Yu.P. Gritsenko¹, K.S. Gasendich¹

¹ M. Gorky Donetsk National Medical University, Ukraine

² Institute of Urgent and Recovery Surgery named after V.K. Gusak of NAMS of Ukraine, Donetsk, Ukraine

Overview of American Heart Association / American College of Cardiology guidelines 2017 for management of patients with valvular heart disease

In June 2017, Circulation journal published updated recommendations of the American Heart Association and the American College of Cardiology (AHA / ACC) on the management of patients with valvular heart disease. The main provisions of this manual are set out in this message. It should be emphasized that the recommendations written by leading US experts in this field are set out clearly, using a variety of tables and figures, which will undoubtedly make them a desktop guide to action for most practitioners in the following years. As usual, when creating such guidelines, the authors were guided by evidence-based methodology using the classes of recommendations and levels of evidence.

Key words: valvular heart disease, guidelines.