

EUROPEAN  
SOCIETY OF  
CARDIOLOGY

## Керівництво Європейського товариства кардіологів / Європейської асоціації кардіоторакальної хірургії (ЄТК/ЄАКТХ) з тактики лікування пацієнтів з вадами серцевих клапанів



### Основні висновки

1. Рішення щодо пацієнтів з вадами серцевих клапанів в ідеалі має приймати «серцева команда» з безумовним досвідом у лікуванні вад серцевих клапанів (ВСК), яка включатиме кардіологів, кардіохірургів, спеціалістів-діагностів, анестезіологів та за необхідності – інших вузьких спеціалістів. Такий підхід з формуванням «серцевої команди» особливо заохочується у випадку з пацієнтами з групи високого ризику, він також важливий і для інших підгруп, наприклад, безсимптомних пацієнтів, для яких оцінка потенціалу для відновлення є ключовим фактором у прийнятті рішень.
    - a. Комплексна оцінка стану серця та загального стану пацієнта з постійною перевіркою відповідності між результатами діагностичного обстеження та клінічними знахідками необхідна на кожному етапі процесу прийняття рішень.
    - b. Приймати рішення щодо пацієнтів з високим ризиком дуже важко. За відсутності ідеально розрахованого балу ризику бали мають включатися в клінічну оцінку, яку виконує «серцева команда», але не замінювати її.
  2. Втручання проводять у пацієнтів з тяжким ураженням серцевого клапана, яке спричиняє появу симптомів та/або дисфункцію шлуночків, окрім випадків, коли «серцева команда» встановлює, що пацієнт не підлягає операції.
  3. При аортальній регургітації часто має місце патологія кореня аорти.
    - a. У пацієнтів з синдромом Марфана хірургічне втручання проводять, якщо максимальний діаметр висхідної аорти становить  $\geq 50$  мм, тоді як поріг для втручання у пацієнтів з факторами ризику прогресування має бути нижчим.
    - b. У випадках з двостулковим аортальним клапаном нове порогове значення діаметра висхідної аорти становить 50 мм для пацієнтів з факторами ризику та 55 мм – для всіх інших пацієнтів.
    - c. Порогові значення мають бути нижчими, якщо заміна аортального клапана проводиться у поєднанні з лікуванням захворювань кореня аорти або якщо виконують пластику клапана.
  4. При аортальному стенозі:
    - a. Транскатетерну імплантацію аортального клапана (ТІАК) проводять тільки «у лікарнях з кардіохірургічним відділен-ням» та за наявності «серцевої команди», яка зможе провести оцінку індивідуальних ризиків для пацієнта.
  - b. ТІАК показана пацієнтам з тяжким аортальним стенозом з клінічними проявами, які, за висновком «серцевої команди», не підлягають масивному хірургічному втручання, але мають достатню прогнозовану тривалість життя. Можливість проведення ТІАК у пацієнтів з високим ризиком з тяжким аортальним стенозом з клінічними проявами розглядають, радше виходячи з індивідуального профілю ризику, за оцінкою «серцевої команди», ніж з порогових показників ризику. ТІАК не слід проводити пацієнтам з низьким або проміжним ризиком хірургічного втручання.
  - c. Можливість заміни аортального клапана у пацієнтів з клінічними проявами з аортальним стенозом з низьким викидом, низьким градієнтом ( $<40$  мм рт.ст.) при нормальній фракції викиду розглядають лише у випадках, якщо комплексна оцінка вказує на суттєву обструкцію.
  - d. Якщо у безсимптомних пацієнтів з низьким операційним ризиком, з нормальною фізичною працездатністю визначається дуже тяжкий аортальний стеноз або прогресування захворювання, розглядають необхідність хірургічного втручання. Варіант операції також можна розглядати у пацієнтів зі значно підвищеним показником натрійуретичного пептиду, суттєвим збільшенням середнього градієнта тиску за даними ехокардіографії з навантаженням або з надмірною гіпертрофією лівого шлуночка.
5. При мітральній регургітації:
    - a. Якщо прогнозується тривалий результат від пластики клапана, саме цьому методу слід надати перевагу. Зважаючи на це, важливо підвищувати рівень кваліфікації хірургів та кількість профільних центрів для лікування цього захворювання, яке вважається поширеним.
    - b. У безсимптомних пацієнтів з первинною мітральною регургітацією (МР) можливість операції розглядають тільки у випадку збереження функції лівого шлуночка, високої ймовірності тривалого та надійного результату пластики, при низькому хірургічному ризику, провисанні стулки та діаметрі лівого шлуночка у кінцево-сistolічній фазі  $>40$  мм. Питання про операцію також можна розглядати у безсимптомних пацієнтів з низьким ризиком у випадках тяжкої

дилатації лівого передсердя або легеневої гіпертензії за даними ехокардіографії з навантаженням.

- c. У пацієнтів із вторинною МР тяжка МР має бути виправлена під час операції шунтування. Показання до ізольованої операції на мітральному клапані у пацієнтів з клінічними проявами з тяжкою вторинною МР та тяжко пригніченою систолічною функцією лівого шлуночка, яким не можна провести ревааскуляризацію або які мають кардіоміопатію, вважаються сумнівними.
  - d. Черезшкірна пластика мітрального клапана за технікою «край в край» може розглядатися для пацієнтів з високим ризиком або неоперабельних хворих, які погано піддаються оптимальному медичному лікуванню, з метою поліпшення клінічних симптомів.
6. При мітральному стенозі:
- a. Більшості пацієнтів з тяжким мітральним стенозом та сприятливою анатомією клапана на сьогодні проводять черезшкірну мітральну комісуротомію.
  - b. Прийняття рішень щодо типу втручання у хворих з несприятливою анатомією продовжує залишатися предметом дискусій та має враховувати багатофакторний характер самого процесу прогнозування результатів черезшкірної комісуротомії.
7. Не слід забувати про ураження тристулкового клапана:
- a. Під час втручання на лівосторонньому клапані проведення операції на тристулковому клапані показане пацієнтам з тяжкою тристулковою регургітацією (ТР), також необхідність її проведення обмірковують за наявності помірної первинної ТР або вторинної ТР від легкого до помірного ступеня, якщо виявляється суттєва кільцеподібна дилатація.
  - b. Ізольована операція на тристулковому клапані при тяжкій первинній ТР рекомендується пацієнтам із симптомами, а також безсимптомним пацієнтам із прогресуючим збільшенням правого шлуночка та/або початковими ознаками дисфункції правого шлуночка.
8. До вибору типу клапанного протеза слід підходити в індивідуальному форматі та детально обговорювати це питання з пацієнтом та хірургом, зважаючи на багато факторів.
- a. Вік є одним із параметрів для прийняття рішення; граничний вік для імплантації біопротезів було знижено до 60–65 років для пацієнтів, які мають отримати протез аортального клапана, та до 65–70 років – для осіб, які отримують мітральний протез. Хворим віком 60–65 років, які мають отримати протез аортального клапана, та пацієнтам у віці 65–70 років, щодо яких мова йде про мітральний протез, можна встановлювати обидва типи протезів, але вибір вимагає ретельного аналізу додаткових чинників.
9. Пацієнтам із біопротезами аортального клапана на сьогодні рекомендується надавати перевагу аспірину в низьких дозах у вигляді післяопераційного курсу протягом 3 місяців.

## Важливі прогалини у доказовій базі

- Загалом, враховуючи брак доказових даних у галузі вад серцевих клапанів, через що більша частина рекомендацій ґрунтується на експертному консенсусі, Спеціальна робоча група виступає за збільшення об'єму науково-дослідних робіт у цьому напрямі.
- Бажано підтримати розробку та апробацію удосконалених систем оцінювання ризику для прогнозування результатів операцій на клапанах та інтервенційних процедур.
- Слід і надалі вивчати прогностичне та діагностичне значення стрес-ехокардіографії.
- Необхідно отримати додаткові відомості щодо довготривалих результатів пластики аортального клапана.
- Для оцінки потенційної ролі транскатетерної імплантації аортального клапана у пацієнтів з проміжним ризиком із аортальним стенозом та ролі черезшкірної пластики мітрального клапана у пацієнтів з високим ризиком із вторинною МР необхідні подальші клінічні дослідження.
- Показання до хірургічного втручання у безсимптомних пацієнтів із аортальним стенозом або мітральною регургітацією слід вивчати і надалі.
- З метою більш чітко будувати тактику ранньої терапії антикоагулянтами після заміни клапана механічним протезом, біопротезом у випадку з аортальним клапаном або після транскатетерної імплантації аортального клапана необхідні нові контрольовані клінічні дослідження.
- Нові клінічні випробування необхідні для оцінки користі від прямих пероральних інгібіторів фактора IIa або Ха у пацієнтів з механічним протезом.
- Необхідно продовжувати вивчати роль TIAK у пацієнтів після невдалих результатів хірургічної імплантації біопротеза.

*Адаптований виклад редакції журналу «Ліки України»  
Essential messages from ESC guidelines, ESC/EACTS Guidelines  
on the Management of valvular heart disease.  
Adapted from the ESC/EACTS Guidelines on the management  
of Valvular Heart Diseases //  
European Heart Journal. – 2012. – Vol. 33. – P. 2451–2496;  
European Journal of Cardio-Thoracic Surgery. – 2012. –  
doi:10.1093/ejcts/ezs455.*