



**ESC**

European Society  
of Cardiology

European Heart Journal (2017) **00**, 1–53

doi:10.1093/eurheartj/ehx391

**ESC/EACTS GUIDELINES**

# 2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease

**The Task Force for the Management of Valvular Heart Disease of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)**

## Обзор рекомендаций ESC/EACTS 2017 года по клапанным порокам

Дупляков Д.В., Рубаненко О.А., Губарева Е. Ю.

Самара  
11 ноября 2017



**EACTS**  
European Association For Cardio-Thoracic Surgery

**Европейское кардиологическое общество (ESC) и  
Европейская ассоциация кардиоторакальной  
хирургии (EACTS) обновили клинические**

**рекомендации 2012 года  
Ключевые положения и изменения**

- Выбор вмешательства при симптоматическом аортальном стенозе
- Внесены изменения в показания для хирургического вмешательства у бессимптомных пациентов с аортальным стенозом
- Новое показание для хирургического вмешательства у бессимптомных пациентов с аортальным стенозом
- Новые рекомендации по лечению фибрилляции предсердий у пациентов с пороками клапанов сердца
- Показания для антитромботической терапии у пациентов с искусственным клапаном сердца или с пластикой клапана

# Выбор вмешательства при симптоматическом аортальном стенозе

- Вмешательства на аортальном клапане должны проводиться только в специализированных центрах по лечению пороков сердца (heart valve centres), где имеются оба отделения – кардиологии и кардиохирургии, налажено взаимодействие между ними
- Выбор вмешательства должен основываться на тщательной индивидуальной оценке, взвешивании рисков и преимуществ каждого метода
- Хирургическое протезирование аортального клапана (SAVR) рекомендуется пациентам с низким операционным риском (STS или EuroSCORE II < 4% или логистический EuroSCORE I < 10%, никакие другие факторы риска – «frailty» – «старческая астения», «фарфоровая аорта», последствия облучения грудной клетки – не включены в эти оценки)
- Транскатетерная имплантация аортального клапана (TAVI) рекомендуется пациентам, которые не подходят для SAVR, необходимость процедуры оценивает Heart Team – мультидисциплинарная команда специалистов с компетенциями в области кардио- и эндоваскулярной

# Выбор вмешательства при симптоматическом аортальном стенозе

- У пациентов с повышенным риском хирургического вмешательства решение между SAVR и TAVI должна принимать Heart Team в соответствии с индивидуальными характеристиками пациента. Проведение TAVI предпочтительней у пожилых пациентов, у которых возможен трансфеморальный доступ
- Баллонная аортальная вальвулотомия (BAV) может быть рассмотрена как «мост» к SAVR или TAVI у гемодинамически нестабильных пациентов или у пациентов с симптоматическим тяжелым аортальным стенозом, которым требуется неотложное некардиальное хирургическое вмешательство
- BAV может рассматриваться как диагностическое средство у пациентов с тяжелым аортальным стенозом или другими возможными причинами для развития симптомов (например, заболевания легких), у пациентов с тяжелой дисфункцией миокарда или другой органной дисфункции, которая может быть обратимой с BAV, когда процедура выполняется в центрах и может перерасти в TAVI

# Изменения в показателях для хирургического вмешательства у бессимптомных пациентов с аортальным стенозом

Значительное повышение уровня  
натрийуретического пептида типа В  
(BNP) (трехкратное повышение от  
диапазона нормальных значений с  
учетом возраста и пола),  
подтвержденное повторными  
измерениями и не имеющее других  
объяснений

# Новое показание для хирургического вмешательства у бессимптомных пациентов с аортальным стенозом

Тяжелая легочная гипертензия  
(систолическое давление в легочной  
артерии в состоянии покоя > 60 мм рт.  
ст., подтвержденное инвазивным  
измерением), не имеющая других  
объяснений

# Новые рекомендации по лечению фибрилляции предсердий у пациентов с пороками клапанов сердца

## Антикоагулянтная терапия

- Пероральные антикоагулянты не антагонисты витамина К (НОАК) следует рассматривать как альтернативу антагонистам витамина К (АВК) у пациентов с аортальным стенозом, аортальной и митральной регургитацией с фибрилляцией предсердий (ФП)
- НОАК следует рассматривать как альтернативу АВК после третьего месяца имплантации у пациентов с ФП, связанной с хирургическим или транскатетерным биопротезом аортального клапана

# Новые рекомендации по лечению фибрилляции предсердий у пациентов с пороками клапанов сердца

## Антикоагулянтная терапия

- **Использование НОАК не рекомендуется пациентам с ФП и митральным стенозом - от умеренного до тяжелого!!!**
- **НОАК противопоказаны пациентам с механическим клапаном!!!**



# Новые рекомендации по лечению фибрилляции предсердий у пациентов с пороками клапанов сердца

## Хирургические вмешательства

- Хирургическую абляцию при ФП следует рассматривать у пациентов с симптоматической ФП, которые подвергаются операции на клапанах сердца
- Хирургическая абляция при ФП может быть рассмотрена у пациентов с бессимптомной ФП, которые подвергаются операции на клапанах сердца, если осуществимо - с минимальным риском

# Показания для антитромботической терапии у пациентов с искусственным клапаном сердца или с пластикой клапана

## Внесенные изменения

Добавление низких доз аспирина (75-100 мг/сутки) к антагонисту витамина К (АВК) можно рассматривать в случае сопутствующего атеросклеротического заболевания (механические клапаны)

# Новые рекомендации

## Механические протезы

- Рекомендуется самоконтроль МНО, если проводится соответствующее обучение и контроль качества лечения
- У пациентов, получивших имплантацию коронарного стента, тройную терапию аспирином (75-100 мг/сутки), клопидогрелом (75 мг/сутки) и антагонистам витамина К (АВК) следует рассматривать в течение 1 месяца независимо от типа используемого стента и клинических проявлений
- Тройную терапию, включающую аспирин (75-100 мг/сутки), клопидогрел (75 мг/сутки) и АВК от 1 до 6 месяцев следует рассматривать у пациентов с высоким риском ишемии из-за острого коронарного синдрома или других анатомических/процедурных характеристик, которые переводят риск кровотечения

# Новые рекомендации

## Механические протезы

- Двойную терапию, включающую АВК и клопидогрел (75 мг/сутки), следует рассматривать как альтернативу тройной антитромботической терапии в течение 1 месяца у тех пациентов, где риск кровотечения перевешивает риск ишемии
- У пациентов, перенесших чрескожное коронарное вмешательство, прекращение антиагрегантной терапии следует рассматривать через 12 месяцев
- У пациентов, нуждающихся в аспирине и/или клопидогреле в дополнении к АВК, интенсивность дозы последнего следует тщательно регулировать с помощью целевого МНО из нижней части рекомендуемого целевого диапазона и времени в терапевтическом диапазоне >65-70%
- **Использование пероральных антикоагулянтов не антагонистов витамина К (НОАК) противопоказано!!!**

# Новые рекомендации

## Биопротезы

- Двойную антиагрегантную терапию следует рассматривать в первые 3-6 месяцев после TAVI с последующей пожизненной терапией одним препаратом у пациентов, которые не нуждаются в приеме пероральных антикоагулянтов по другим причинам
- Антиагрегантная терапия одним препаратом может быть рассмотрена после TAVI в случае высокого риска кровотечения

**Спасибо за внимание!**

