

Оновлені рекомендації щодо ведення пацієнтів із клапанними вадами серця

Клапанні вади серця (КВС) — порушення функції серцевих клапанів, що призводить до неправильного одностороннього руху крові. Попри зростаючу увагу медичної спільноти, діагностика та лікування КВС у загальній популяції залишаються недостатніми, а обізнаність громадськості — низькою. Пацієнти із КВС часто мають коморбідні серцево-судинні захворювання, що ускладнює вибір стратегії терапії. У 2025 р. робоча група з лікування КВС Європейського товариства кардіологів (ESC) та Європейської асоціації кардіоторакальних хірургів (EACTS) розробила настанову щодо менеджменту хворих на КВС. Із моменту публікації попередньої версії 2021 р. накопилися нові дані, що зумовило необхідність перегляду наявних та надання нових рекомендацій. Оновлені рекомендації — лаконічні та прості, сфокусовані на актуальних темах як для клініцистів, так і для пацієнтів. Вони покликані допомагати лікарям-кардіологам у щоденному прийнятті рішень, що мають ґрунтуватися на міждисциплінарному підході з урахуванням індивідуальних характеристик, потреб і прогнозу хворого. Пропонуємо до вашої уваги огляд основних положень цієї настанови.

МЕНЕДЖМЕНТ ПАЦІЄНТІВ ІЗ РІЗНИМИ КЛІНІЧНИМИ СТАНАМИ ПРИ КВС

Хронічний коронарний синдром

Ішемічна хвороба серця (ІХС) відіграє важливу роль при визначенні термінів і методів лікування, тож слід оцінити її наявність, перш ніж кардіологічна команда ухвалюватиме клінічне рішення. Комп'ютерно-томографічна коронарографія рекомендована пацієнтам із низькою або помірною ($\leq 50\%$) передтестовою ймовірністю обструктивної ІХС перед проведенням хірургічного втручання на клапані (I, B) (Ren et al., 2021; Opolski et al., 2016). Інвазивну коронарографію слід виконувати перед операцією на клапані в осіб із високою та дуже високою ($> 50\%$) передтестовою ймовірністю обструктивної ІХС (I, C). Також інвазивна коронарографія є доцільною для оцінки ІХС у хворих із тяжкою вторинною мітральною регургітацією (MP) (I, C).

Аортокоронарне шунтування (АКШ) рекомендоване пацієнтам з основним показанням до хірургічного втручання на клапані та стенозом коронарної артерії (СКА) $\geq 70\%$ (I, C). АКШ слід розглядати в осіб з основним показанням до проведення операції на клапані та СКА $\geq 50-70\%$ (IIa, C). Своєю чергою черезшкірне коронарне втручання (ЧКВ) варто розглядати у хворих з основним показанням до виконання транскатетерної імплантації аортального клапана (TAVI) та СКА $\geq 90\%$ у сегментах з референтним діаметром $\geq 2,5$ мм (IIa, B). Окрім того, ЧКВ може бути розглянуте у пацієнтів з основним показанням до TAVI та СКА $\geq 70\%$ у проксимальних сегментах магістральних судин (IIb, B) (Lonborg et al., 2024; Persits et al., 2024).

ФІБРИЛЯЦІЯ ПЕРЕДСЕРДЬ

Взаємозв'язок між фібриляцією передсердь (ФП) та КВС є складним та відіграє важливу роль у прогнозі та розвитку ФП протягом життя пацієнта. КВС незалежно асоційовані з ФП, та майже третина осіб із ФП мають в анамнезі КВС (Thomas et al., 2017). І навпаки, ФП є основним тригером виникнення вторинної МР та трикуспідальної регургітації (ТР).

Пацієнтам із ФП та аортальним стенозом (АС), аортальною регургітацією (АР) або МР, яким показано терапію оральними антикоагулянтами (ОАК), для профілактики інсульту рекомендоване

призначення прямих ОАК (ПОАК) на відміну від антагоністів вітаміну К (АВК) (І, А). Однак використання ПОАК не рекомендоване особам із ФП та ревматичним мітральним стенозом (МС) з площею мітрального клапана $\leq 2,0 \text{ см}^2$ (ІІІ, В) (Dawwas et al., 2021; Rankin et al., 2018).

Пацієнтам із ФП, які перенесли операцію на мітральному клапані, необхідно провести супутню катетерну абляцію, що підходить для стратегії контролю ритму, для запобігання виникненню симптомів та рецидивів ФП (І, А) (McClure et al., 2018). Хірургічне закриття вушка лівого передсердя (ЛП) є доцільним як доповнення до ОАК у хворих на ФП, які перенесли хірургічне втручання на клапані, для запобігання розвитку кардіоемболічного інсульту та системної тромбоемболії (І, В) (Connolly et al., 2023).

ТЕРАПЕВТИЧНІ СТРАТЕГІЇ ЗАЛЕЖНО ВІД КВС

Аортальна регургітація

Хронічна АР переважно зумовлена внутрішніми аномаліями стулок аортального клапана та/або прогресувальної дилатації кореня аорти та/або висхідної аорти. Гострі прояви АР зазвичай пов'язані з інфекційним ендокардитом або поширенням розшарування аорти на її корінь. Хронічна тяжка АР частіше зустрічається в чоловіків і у більш ніж половині випадків корелює із двостулковим аортальним клапаном та супутньою дилатацією аорти (Singh et al., 1999).

Фармакологічні препарати, особливо інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту (іАПФ) або дигідропіридинові блокатори кальцієвих каналів (БКК), здатні забезпечити симптоматичне поліпшення у пацієнтів із хронічною тяжкою АР, для яких хірургічне втручання неможливе або протипоказане. Переваги іАПФ або дигідропіридинових БКК щодо відтермінування операції за наявності помірної чи тяжкої АР у безсимптомних хворих не встановлено, тож їх використання за цим показанням не рекомендоване. Бета-блокатори подовжують період діастолі, а отже, збільшують об'єм регургітації, тому їх слід застосовувати з обережністю, якщо вони показані з іншої причини. Проте їх можна використовувати разом з іАПФ або блокаторами рецепторів ангіотензину II (БРА) після операції за наявності показань, як-то лівошлуночкова серцева недостатність (СН) або контроль частоти серцевих скорочень (Seferovic et al., 2019).

Хірургічне втручання на аортальному клапані рекомендоване симптоматичним хворим із тяжкою АР незалежно від функції лівого шлуночка (ЛШ) (І, В). Операцію на аортальному клапані необхідно виконувати у безсимптомних пацієнтів із тяжкою АР та кінцево-сistolічним діаметром ЛШ $> 50 \text{ мм}$, або індексованим до площі поверхні тіла $> 25 \text{ мм}^2$ чи фракцією викиду (ФВ) ЛШ у стані спокою $\leq 50\%$ (І, В) (Kaneko et al., 2016; Sambola et al., 2008). На додаток, хірургічне втручання на аортальному клапані є доцільним для симптоматичних та безсимптомних пацієнтів із тяжкою АР, які перенесли АКШ або операцію на висхідній аорті (І, С).

Клапанозберігальна заміна кореня аорти рекомендована молодим пацієнтам із дилатацією кореня аорти у медичних центрах із досвідченими фахівцями, коли очікується стабільний

СИЛА РЕКОМЕНДАЦІЙ ТА РІВНІ ДОКАЗОВСТІ

Класи рекомендацій

Клас I (рекомендовано або показано) – докази та/або загальна згода стосовно того, що лікування чи процедура мають переваги, є корисними та ефективними

Клас II (слід (IIa) або можна (IIb) розглянути) – суперечливі докази та/або розбіжності в думках щодо користі/ефективності лікування чи процедури

Клас III (не рекомендовано) – докази або загальна згода, що лікування чи процедура не є корисними/ефективними, а в деяких випадках можуть бути шкідливими

Рівні доказовості

Рівень А – дані, отримані з багатьох рандомізованих клінічних досліджень або метааналізів

Рівень В – дані, отримані з одного рандомізованого або великих нерандомізованих клінічних досліджень

Рівень С – консенсус думок експертів та/або дані, отримані з невеликих, ретроспективних досліджень, реєстрів

клінічний результат (I, B) (Mastrobuoni et al., 2023). Якщо показана операція на аортальному клапані, а прогнозований хірургічний ризик низький, слід розглянути заміну кореня аорти або висхідної частини, коли її максимальний діаметр ≥ 45 мм (IIa, C). При цьому варто враховувати вік хворого, площу поверхні тіла, етіологію ураження клапана, наявність двостулкового аортального клапана, а також форму й товщину висхідної аорти.

Аортальний стеноз

АС є поширеним первинним ураженням клапана, недостатні діагностика та лікування якого залишаються актуальними проблемами (Genereux et al., 2023). На сьогодні немає даних на підтвердження того, що медикаментозна терапія впливає на перебіг АС, зменшуючи прогресування захворювання. Проте важливо лікувати супутню артеріальну гіпертензію, щоб уникнути додаткового постнавантаження, бажано блокаторами ренін-ангіотензинової системи, хоча потрібне ретельне титрування, щоб уникнути симптоматичної гіпотензії (Pawade et al., 2021; McEvoy et al., 2024).

У симптоматичних пацієнтів із тяжким АС та СН початок фармакотерапії або тимчасове зменшення симптомів не мають затримувати хірургічне втручання. Після операції на клапані лікування часто потребує повторного коригування, а профілактику слід здійснювати відповідно до чинних рекомендацій. У пацієнтів зі збереженою СН та/або зниженою ФВ ЛШ медикаментозну терапію необхідно розпочати до хірургічного втручання, поступово підвищуючи дозу після нього згідно з рекомендаціями щодо СН (McDonagh et al., 2021).

Хірургічне втручання рекомендовано проводити у симптоматичних пацієнтів із тяжким високоградієнтним АС (I, B). Окрім того, операція є необхідною для симптоматичних хворих на низькопотоковий, низькоградієнтний АС зі зниженою ФВ ЛШ ($<50\%$) після підтвердження тяжкості АС (I, B) (Maes et al., 2019). Хірургічне втручання слід розглядати у симптоматичних пацієнтів із низькопотоковим, низькоградієнтним АС та нормальною ФВ ЛШ ($\geq 50\%$) після підтвердження тяжкості АС (IIa, B) (Ueyama et al., 2021).

Що стосується безсимптомних хворих, операцію рекомендовано проводити за тяжкого АС та ФВ ЛШ $<50\%$ без інших причин (I, B) (De Azevedo et al., 2024). Хірургічне втручання варто розглянути у безсимптомних хворих (за можливості стан підтверджено нормальними результатами навантажувального тесту) із тяжким високоградієнтним АС та ФВ ЛШ $\geq 50\%$ як альтернативу ретельному активному спостереженню, якщо процедурний ризик низький (IIa, A) (Genereux et al., 2024).

На додаток, операцію доцільно розглянути у безсимптомних пацієнтів із тяжким АС та ФВ ЛШ $\geq 50\%$, якщо процедурний ризик низький та наявний один із таких параметрів (IIa, B) (Nakatsuma et al., 2019; Ito et al., 2018):

- дуже тяжкий АС;
- виразна кальцифікація клапана та максимальна швидкість трансаортального кровотоку $\geq 0,3$ м/с/рік;
- значно підвищений рівень BNP/NT-proBNP (більш ніж у тричі перевищує норму із правкою на вік та стать і підтверджений повторним вимірюванням);
- ФВ ЛШ $<55\%$ без іншої причини.

Щодо типу інтервенції, TAVI рекомендовано проводити в осіб віком ≥ 70 років зі стенозом трикуспідального аортального клапана, якщо дозволяє анатомія пацієнта (I, A). Хірургічна заміна аортального клапана є необхідною для хворих віком <70 років, якщо процедурний ризик низький (I, B). Також її рекомендовано симптоматичним та безсимптомним хворим на тяжкий АС, які перенесли АКІШ або хірургічне втручання на висхідній аорті (I, C) (Toff et al., 2022; Lederman et al., 2022).

Мітральна регургітація

Хронічна МР є однією із найпоширеніших набутих патологій клапанів. Своєю чергою гостра МР зустрічається на тлі інфекційного ендокардиту, розриву хорди або як ускладнення інфаркту міокарда. Перебіг, прогноз та лікування МР відрізняються залежно від етіології (Monteagudo Ruiz et al., 2018).

В осіб із первинною МР (ПМР) медикаментозна терапія є обмеженою. Зниження постнавантаження за допомогою нітропрусиду натрію використовується як міст до хірургічного втручання у пацієнтів із гострою тяжкою ПМР без ознак гіпотензії. Інотропні засоби та діуретики зазвичай показані для зниження тиску наповнення та контролю застою в легенях. Імплантація внутрішньоаортального балонного насоса допомагає ще більше зменшити постнавантаження у виняткових випадках гострої ПМР. У разі хронічної ПМР без ознак дисфункції ЛШ або критеріїв для проведення операції бракує доказів для підтвердження користі профілактичного зниження постнавантаження. Хворі на ПМР із порушенням функції ЛШ мають отримувати оптимальну фармакотерапію відповідно до рекомендацій щодо СН (McDonagh et al., 2023).

Реконструкція мітрального клапана рекомендована за тяжкої ПМР, коли очікується тривалий клінічний результат (I, B). Заміна мітрального клапана є необхідною для симптоматичних пацієнтів із ПМР, яких кардіологічна команда вважає операбельними (I, B). На додачу, заміну мітрального клапана проводять у безсимптомних хворих на тяжку ПМР із дисфункцією ЛШ (ФВ ЛШ $\leq 60\%$) (I, B) (David et al., 2019; Suri et al., 2013).

Хірургічна пластика мітрального клапана рекомендована пацієнтам із низьким ризиком та тяжкою ПМР без дисфункції ЛШ (ФВ ЛШ $> 60\%$), якщо є шанс на довгостроковий клінічний результат та принаймні три із наступних критеріїв (I, B) (Ratwatte et al., 2023):

- ФП;
- систолічний тиск у легеневій артерії у стані спокою > 50 мм рт. ст.;
- дилатація ЛП (індекс об'єму ≥ 60 мл/м² або діаметр ≥ 55 мм);
- супутня вторинна ТР $\geq$ помірного ступеня.

Заміну мітрального клапана слід розглядати у безсимптомних пацієнтів із тяжкою ПМР без дисфункції ЛШ за наявності легеневої гіпертензії або ФП, що розвинулася на тлі МР (IIa, B). Транскатетерну реконструкцію клапана «від краю до краю» варто розглядати у симптоматичних пацієнтів із тяжкою ПМР, які мають відповідні анатомічні характеристики та високий хірургічний ризик згідно з рекомендаціями кардіологічної команди (IIa, B) (Essayagh et al., 2023; Benfari et al., 2022).

Мітральний стеноз

МС найчастіше має ревматичну або дегенеративну етіологію. До рідкісних форм належать медикаментозно-індукований, запальний або пов'язаний із карциноїдом МС. Діуретики, β -блокатори, дигоксин, недигідропіридинові БКК та івабрадин можуть зменшити симптоми, контролюючи перевантаження об'ємом і частоту серцевих скорочень. Пацієнтам із МС і ФП показана антикоагулянтна терапія АВК за цільового міжнародного нормалізованого відношення (МНВ) 2-3, а призначення ПОАК слід уникати в осіб із площею мітрального клапана $\leq 2,0$ см² (Al Rawahi et al., 2023).

Процедури для відновлення синусового ритму (кардіоверсія або катетерна ізоляція легеневої вени) навряд чи будуть успішними у хворих на нелікований тяжкий МС. Якщо ФП виникла нещодавно, а ЛП помірно збільшене, можна спробувати виконати кардіоверсію невдовзі після успішного хірургічного втручання або в осіб із помірним МС у поєднанні з лікуванням аміодароном (Vilvanathan et al., 2016). ОАК показані пацієнтам із синусовим ритмом після системної емболії або за наявності тромбу в ЛП (Keenan et al., 2010). За потреби проводять профілактику інфекційного ендокардиту.

Що стосується інтервенцій за тяжкого ревматичного та дегенеративного МС, перкутанна мітральна комісуротомія (ПМК) рекомендована симптоматичним пацієнтам за відсутності проти-показань (I, B) (Desnos et al., 2019). Також ПМК виконують у симптоматичних хворих, що мають протипоказання до хірургічного втручання або високий ризик (I, C). Операцію на мітральному клапані необхідно проводити у симптоматичних пацієнтів, яким ПМК не підходить (I, C). ПМК слід розглядати як початкове лікування у симптоматичних хворих із субоптимальною анатомією, але без несприятливих клінічних характеристик (IIa, C). Окрім того, ПМК може бути доцільною у безсимптомних пацієнтів без несприятливих клінічних і анатомічних характеристик, а також високого ризику тромбоемболічних подій та/або гемодинамічної декомпенсації (IIa, C).

Трикуспідальна регургітація

ТР – часта ехокардіографічна знахідка у загальній популяції, з вищою поширеністю серед жінок та літніх пацієнтів. Незначна або легка ТР здебільшого є доброякісним станом. Своєю чергою тяжка ТР пов'язана із підвищеним ризиком розвитку СН і смерті, незалежно від супутніх захворювань, функції шлуночків та тиску в легеневій артерії (Kadri et al., 2019).

Пацієнтів із ТР необхідно спершу лікувати відповідно до етіології, включно з оптимальною терапією СН, застосуванням легеневих вазодилататорів при легеневій гіпертензії та контролем ритму при ФП. За наявності симптомів СН лікування діуретиками має бути поетапним – початок із петльових діуретиків і надалі їх поєднання з антагоністами альдостерону, тіазидними діуретиками та/або інгібіторами натрійзалежного котранспортера глюкози 2-го типу. Однак, згідно із сучасними даними, медикаментозна терапія має дуже обмежений вплив на динаміку ТР (Nassif et al., 2021; Sorajja et al., 2023).

Супутня операція на тристулковому клапані (за можливості – пластика клапана) рекомендована пацієнтам із тяжкою первинною або вторинною ТР (I, B). Зокрема, цю процедуру слід розглядати в осіб із помірною первинною або вторинною ТР, щоб уникнути її прогресування та ремоделювання правого шлуночка (ПШ) (IIa, B) (Brescia et al., 2020; Pettinari et al., 2019). Хірургічне втручання на тристулковому клапані рекомендоване симптоматичним пацієнтам із тяжкою первинною ТР без виразної дисфункції ПШ або тяжкої легеневої гіпертензії (I, C). Транскатетерна заміна тристулкового клапана може бути доцільною для поліпшення якості життя та ремоделювання ПШ у хворих групи високого ризику із симптоматичною тяжкою ТР, попри оптимальну медикаментозну терапію, за відсутності тяжкої дисфункції ПШ або прекапілярної легеневої гіпертензії (IIa, A) (Abdelbar et al., 2021; Wild et al., 2022).

Трикуспідальний стеноз

Трикуспідальний стеноз (ТС) – відносно рідкісне захворювання, що найчастіше пов'язане із вродженими аномаліями або ферментативними порушеннями, як-то хвороби Віпла або Фабрі. Медикаментозне лікування є мостом до хірургічного або транскатетерного втручання. Інтенсивне обмеження натрію та супутня терапія діуретиками можуть сприяти зменшенню симптомів та застою в печінці.

Хірургічне втручання (зазвичай заміна трикуспідального клапана) рекомендована симптоматичним пацієнтам із тяжким ТС (I, C). Також воно є необхідним для осіб із тяжким ТС, які перенесли операцію на лівому клапані (I, C).

ПРОТЕЗУВАННЯ АБО ПЛАСТИКА КЛАПАНІВ: АСПЕКТИ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ

Вибір протеза клапана

При виборі між механічним і біологічним протезом серцевого клапана слід враховувати вік, тривалість і спосіб життя, думку пацієнта, ризики кровотечі та тромбоемболії, а в жінок – також можливість настання вагітності. Встановлення механічного серцевого клапана (МСК)

рекомендоване відповідно до бажання поінформованого хворого та за відсутності протипоказань до тривалої антикоагулянтної терапії (I, C). Протезування із заміною серцевого клапана на механічний слід розглядати в осіб із передбачуваною значною тривалістю життя (залежно від віку, статі, супутніх захворювань, етнічної належності та географічного регіону), якщо немає протипоказань до тривалого застосування ОАК (IIa, B). Також встановлення МСК може бути розглянуте у пацієнтів віком <60 років при протезуванні аортального клапана та віком <65 років – мітрального (IIa, C) (Jiang et al., 2023; Ahmed et al., 2024).

Встановлення біологічного серцевого клапана (БСК) рекомендоване за бажанням поінформованого пацієнта, а також у хворих із високим ризиком кровотечі або очікуваною короткою тривалістю життя, коли адекватна антикоагулянтна терапія АВК є малоімовірною (I, C). Протезування із заміною серцевого клапана на біологічний слід розглядати в осіб віком >65 років при протезуванні аортального клапана або віком >70 років – мітрального (IIa, C).

АНТИТРОМБОТИЧНА ТЕРАПІЯ

Хворі з механічним серцевим клапаном

Після операції на серці з імплантацією МСК рекомендовано розпочати міст-терапію нефракціонованим (НФГ) або низькомолекулярним гепарином (НМГ) та АВК протягом 24 год або якомога швидше, якщо це вважається безпечним (I, B). Приймання АВК упродовж життя є необхідним для всіх хворих із МСК для запобігання тромбоемболічним ускладненням (I, A) (Caldeira et al., 2014; Hanigan et al., 2021). Самоконтроль МНВ замість стандартного доцільно виконувати окремим пацієнтам, які пройшли навчання, для підвищення ефективності (I, A). Додавання ацетилсаліцилової кислоти (АСК) у низьких дозах (75-100 мг/добу) до АВК слід розглядати в окремих хворих із МСК за наявності супутнього симптоматичного атеросклеротичного захворювання, враховуючи індивідуальний ризик кровотечі (IIa, B) (Khouja et al., 2022; Massel et al., 2013). ПОАК та/або подвійна антитромбоцитарна терапія для профілактики тромбозу в осіб із МСК не рекомендовані (III, A) (Wang et al., 2023).

Продовження лікування АВК рекомендоване пацієнтам із МСК, яким проводять незначні некардіологічні або малоінвазивні втручання, що можуть супроводжуватися мінімальною кровотечею, або ж вона відсутня (I, A). Доцільно припинити використання АВК принаймні за чотири дні до великої некардіологічної планової операції, прагнучи досягти МНВ <1,5, та відновити лікування протягом 24 год після процедури або якомога швидше, якщо це безпечно (I, B) (Shah et al., 2023; Makuloluwa et al., 2019).

У хворих із МСК та факторами ризику тромбоемболії, які перенесли велике некардіологічне втручання, слід розглянути можливість переривання та відновлення застосування АВК у межах міст-терапії (IIa, B) (Dohler et al., 2023).

Особливості антитромботичної терапії після імплантації МСК представлені на рисунку.

ОСОБИ З БІОЛОГІЧНИМ СЕРЦЕВИМ КЛАПАНОМ

Застосування низьких доз АСК (75-100 мг/добу) або АВК слід розглядати протягом перших трьох місяців після заміни аортального клапана на біологічний у пацієнтів без чітких показань щодо пероральної антикоагулянтної терапії (IIa, B). Призначення АВК доцільно розглядати впродовж перших трьох місяців після встановлення БСК замість мітрального або тристулкового клапана у хворих без чітких показань до пероральної антикоагулянтної терапії (IIa, B) (Rafiq et al., 2017; Butnaru et al., 2013). Приймання АСК у низьких дозах впродовж життя можна розглядати через три місяці після заміни аортального чи мітрального клапана на біологічний у пацієнтів без чітких показань до застосування ОАК (IIb, C).

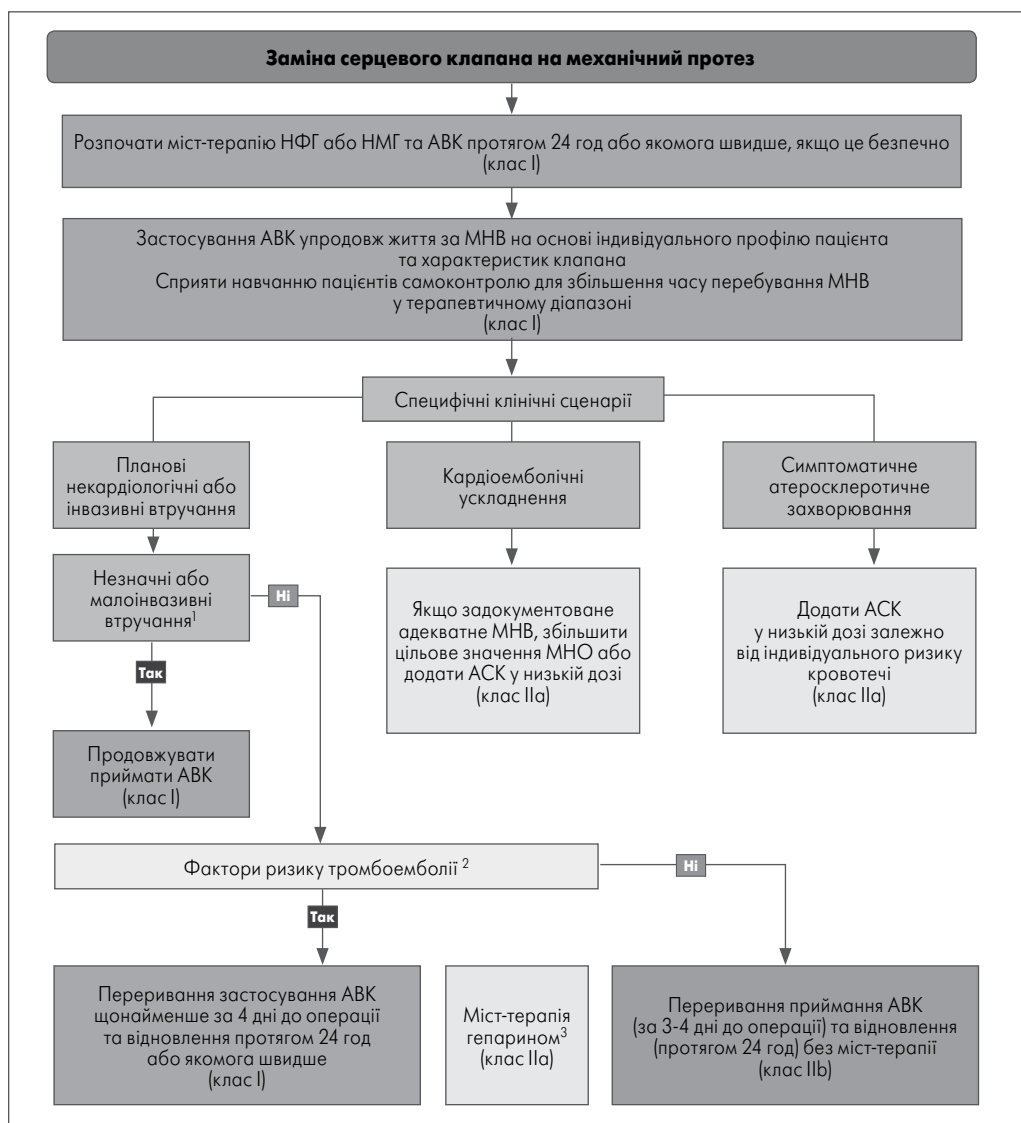


Рисунок. Антитромботична терапія після імплантації МСК

Примітки: ¹ Операції на шкірі; незначні офтальмологічні операції, включно із видаленням катаракти; чищення, видалення зубів, лікування карієсу; імплантація кардіостимулятора або іншого пристрою; діагностична катетеризація серця.² Встановлення МСК замість мітрального або трикуспідального клапана, МСК більш раннього покоління замість будь-якого серцевого клапана, спадкова або набута гіперкоагуляція, дисфункція ЛШ (ФВ ЛШ <35%), ФП зі значним МС, нещодавня (<12 місяців) серйозна тромботична подія (наприклад, кардіоемболічний інсульт, тромбоз глибоких вен, тромбоемболія легеневої артерії).³ Міст-терапію необхідно розпочинати, щойно МНВ досягне субтерапевтичного значення, та в перший день після операції або коли це буде безпечно.

Використання АСК у низьких дозах рекомендоване протягом 12 місяців після TAVI в осіб без показань щодо пероральної антикоагулянтної терапії (I, A). Подвійна антитромбоцитарна терапія для профілактики тромбозу після TAVI, якщо немає чітких показань, не рекомендована (III, B). Також не є доцільним рутинне застосування ОАК після TAVI у пацієнтів без початкових показань (III, A) (Dangas et al., 2020).

Пероральну антикоагулянтну терапію (АВК або ПОАК) варто розглядати протягом перших трьох місяців після реконструкції мітрального або тристулкового клапана (IIa, B). Використання АСК у низьких дозах є ймовірно доцільним упродовж перших трьох місяців після пластики аортального клапана в осіб без показань до пероральної антикоагулянтної терапії (IIa, C). На додаток, приймання АСК у низьких дозах можна розглянути після реконструкції мітрального або трикуспідального клапана, надаючи їй перевагу перед ОАК у пацієнтів без чітких показань до пероральної антикоагулянтної терапії та із високим ризиком кровотечі (IIb, B) (Mazur et al., 2023; Trevis et al., 2022).

Пацієнтам після заміни серцевого клапана на біологічний, що мають чіткі показання до лікування ОАК, рекомендовано продовжувати їх приймати (I, B). Застосування ПОАК замість АВК слід розглянути через три місяці після імплантації БСК в осіб із ФП (IIa, B). Продовження терапії ПОАК може розглядатися після встановлення БСК у хворих із показаннями щодо пероральної антикоагулянтної терапії (IIb, B) (Philippart et al., 2015; Moser et al., 2023).

Призначення ОАК є доцільним у пацієнтів із TAVI, які мають інші показання щодо пероральної антикоагулянтної терапії (I, B). Продовження приймання ОАК або антиагрегантів слід розглядати після реконструкції серцевого клапана у пацієнтів із чіткими показаннями до антитромботичної терапії (IIa, B) (Mentias et al., 2022).

*Підготувала **Олена Коробка***

*Оригінальний текст документа читайте на сайті
www.escardio.org*