



ИЮНЬСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ
В КАРДИОКЛИНИКЕ

г. Санкт-Петербург · 20 июня 2024 г.

КЛАПАННАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА:
ПРАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С КЛАПАННОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

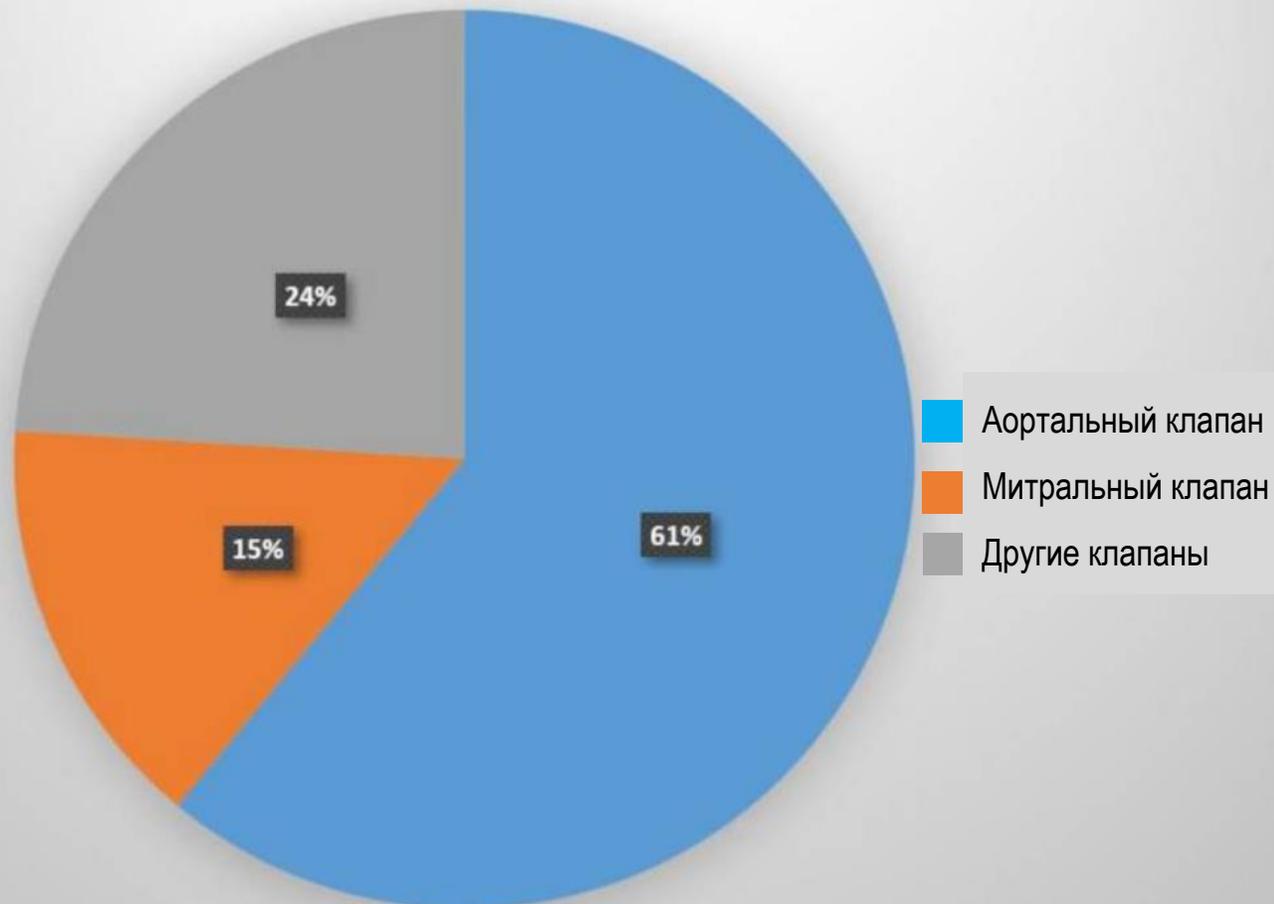
Заместитель главного врача по лечебно-диагностической работе АО "КардиоКлиника"

д.м.н., профессор Барсуков Антон Владимирович

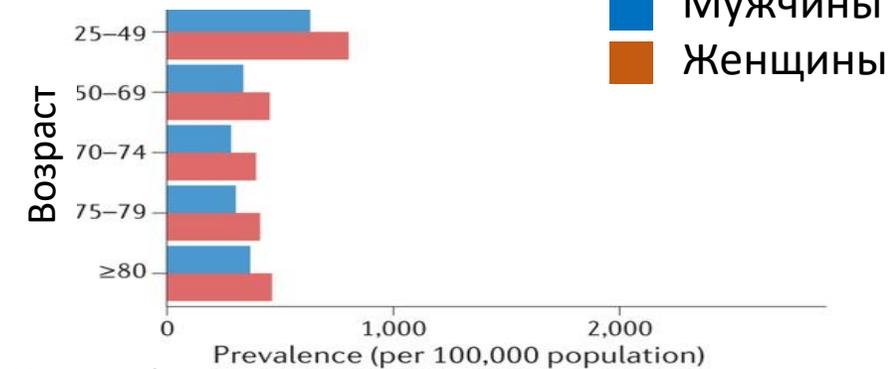
ГЛОБАЛЬНОЕ БРЕМЯ КЛАПАННОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА



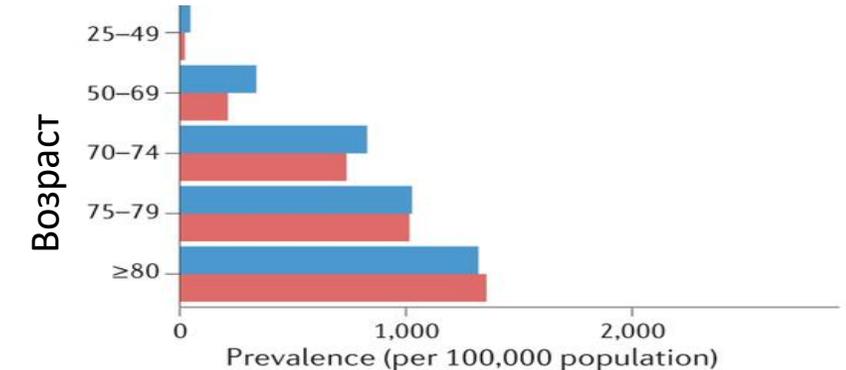
Процентное соотношение смертей от клапанной болезни сердца, 2017



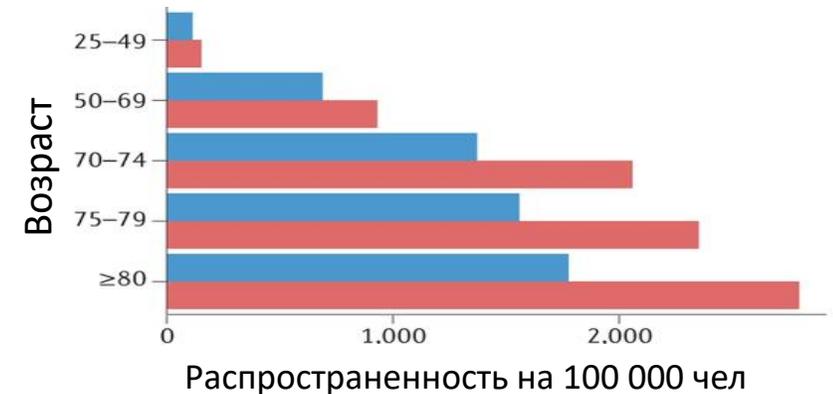
Ревматическая болезнь сердца



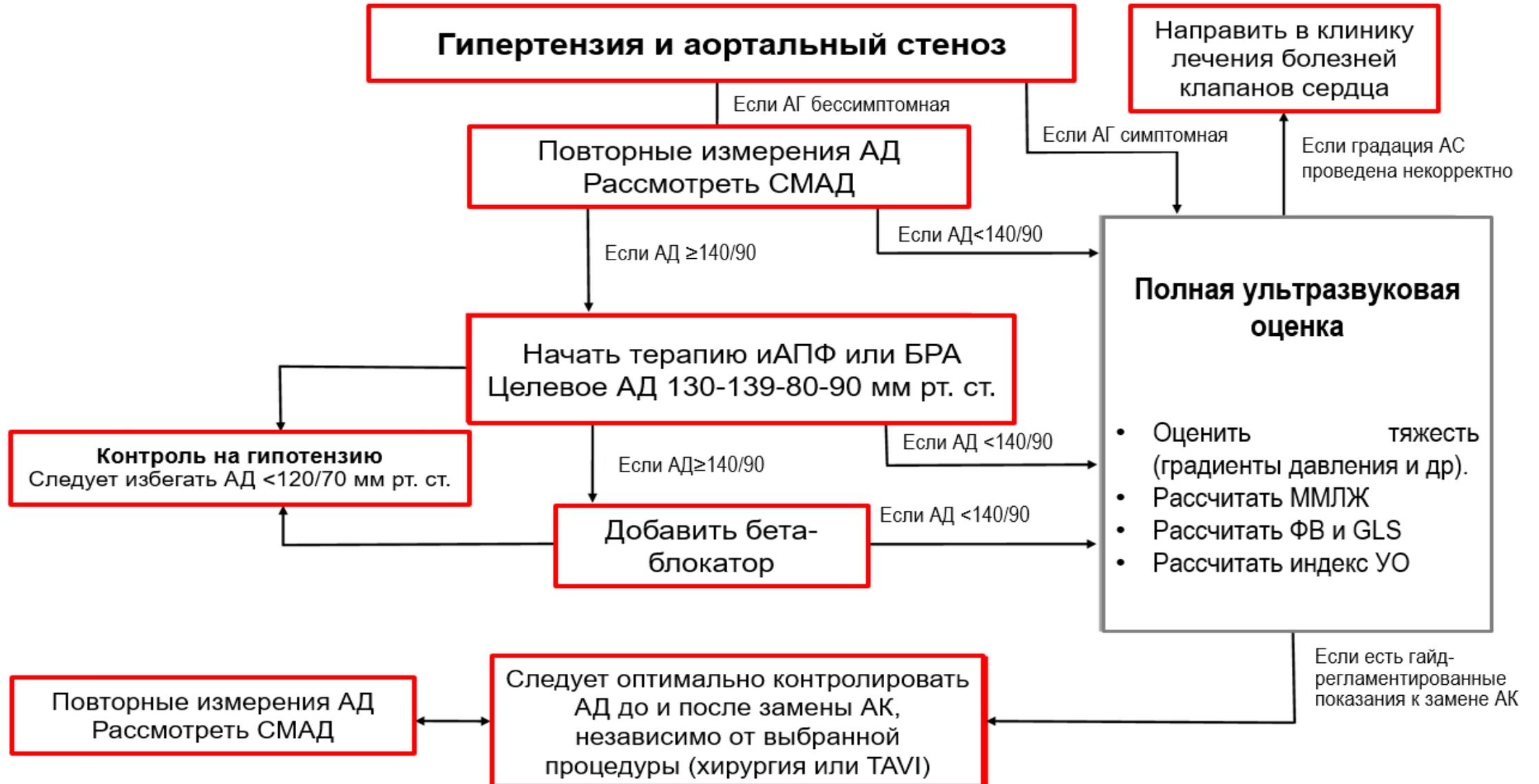
Кальцификация аортального клапана



Дегенерация митрального клапана

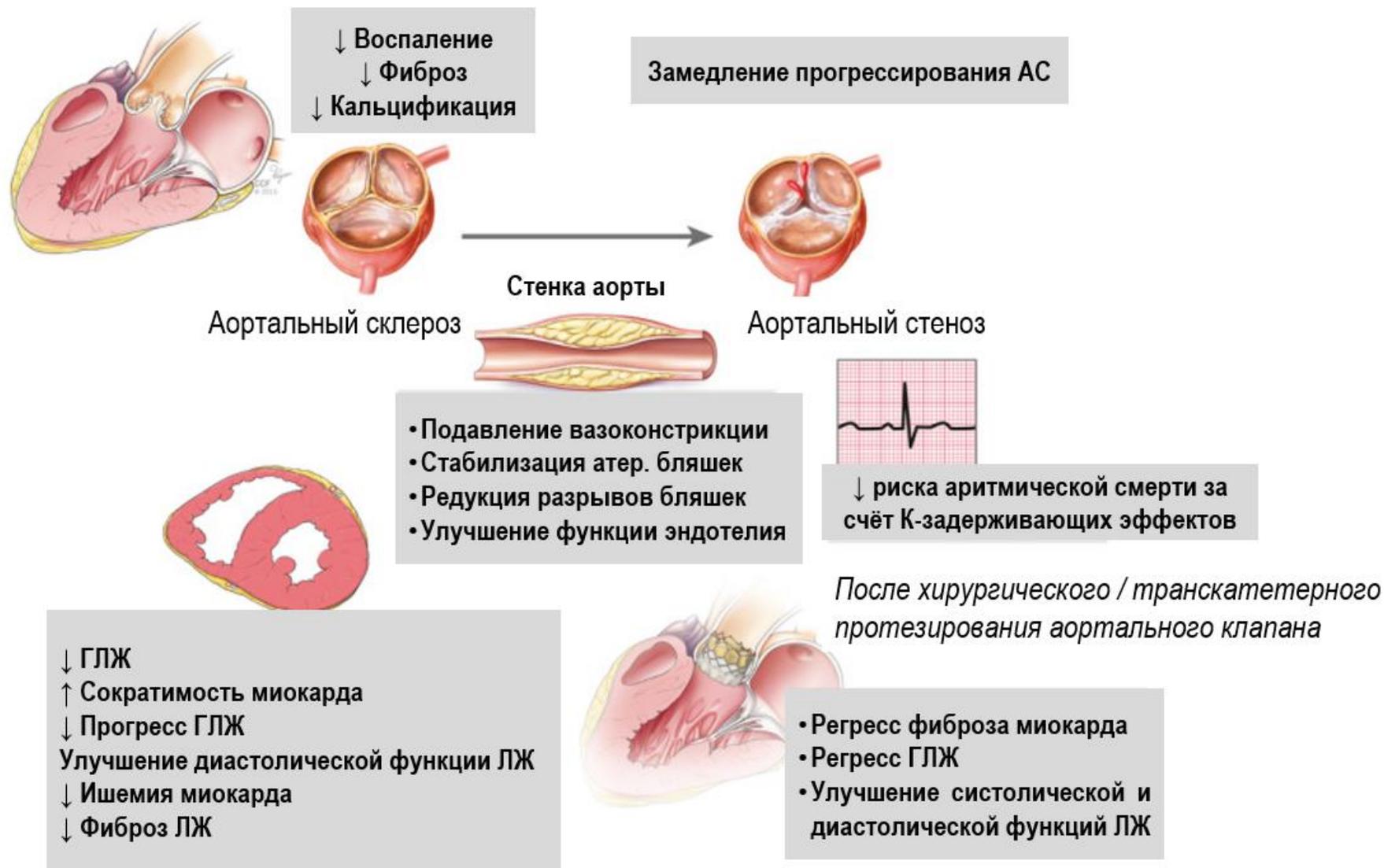


АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ АГ У ПАЦИЕНТОВ С АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ (КОНСЕНСУС ESC, EACVI, EAPCI)

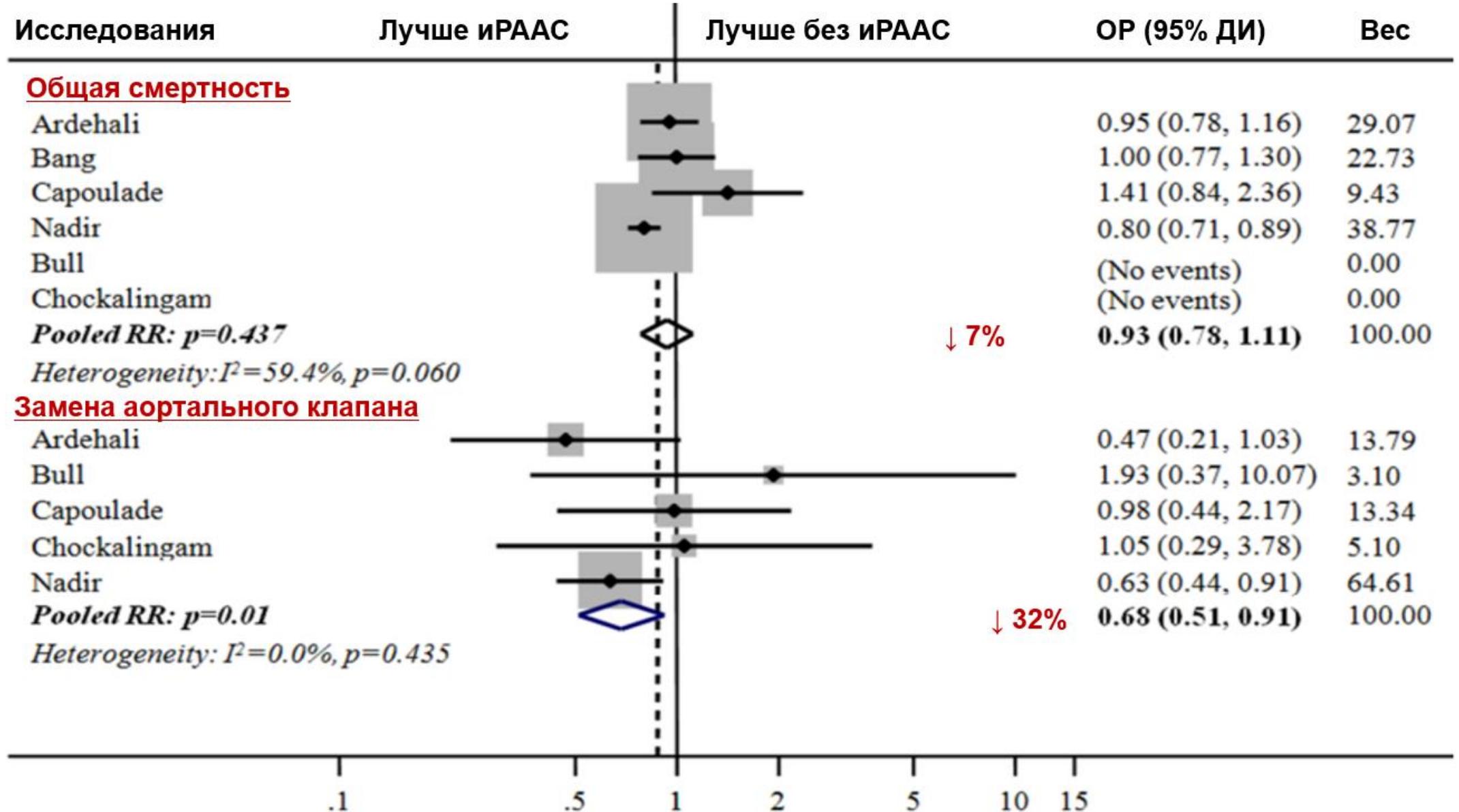




ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ МЕХАНИЗМЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ВЫГОДЫ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ БЛОКАДЫ РААС ПРИ АОРТАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ (ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ)

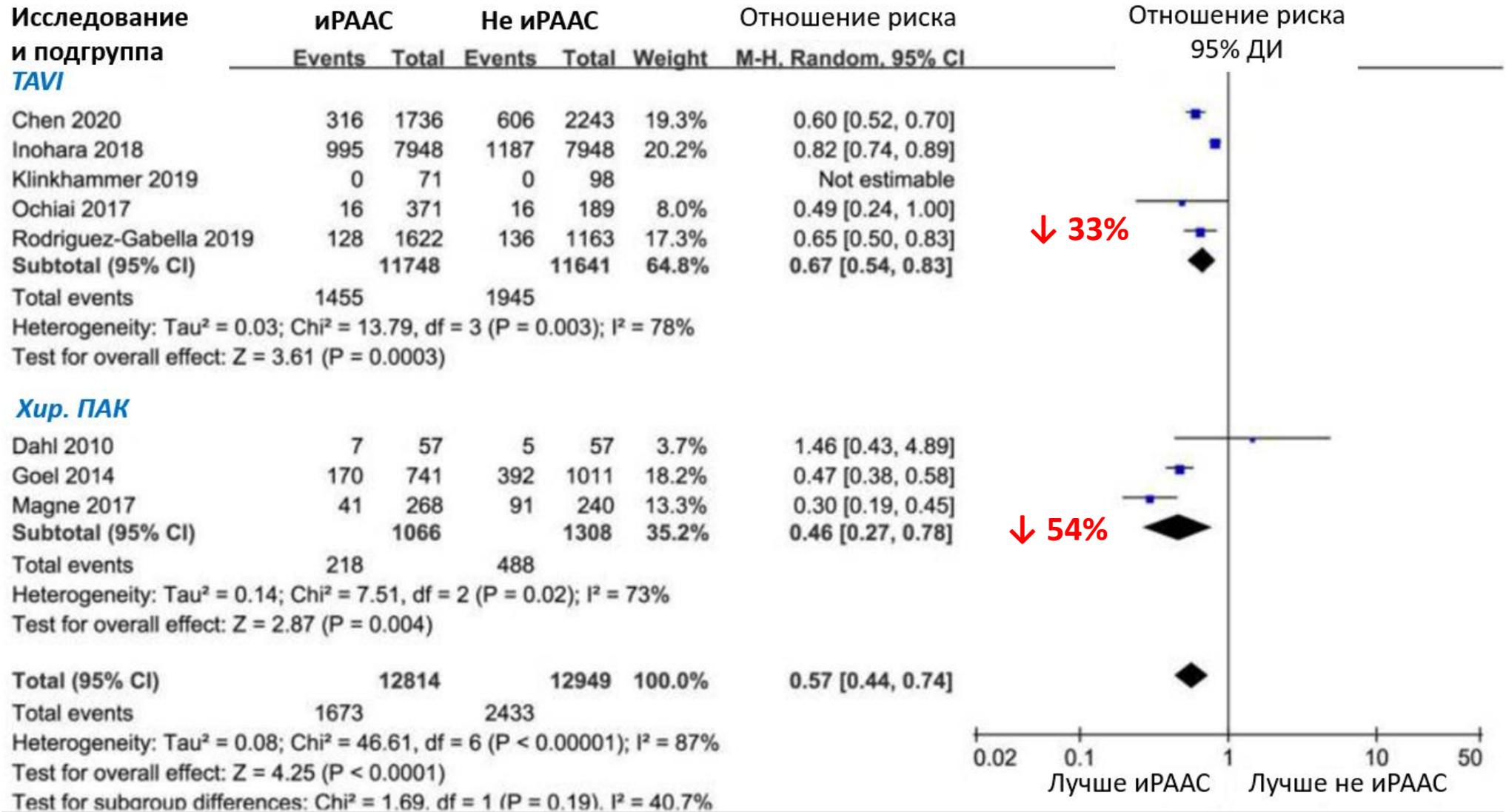


ПРИМЕНЕНИЕ ИНГИБИТОРОВ РААС У ЕЩЁ НЕ ПРООПЕРИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С ЛЁГКИМ-УМЕРЕННЫМ АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ : МЕТА-АНАЛИЗ





БЛОКАДА РААС СНИЖАЕТ ОБЩУЮ СМЕРТНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ТРАНСКАТЕТЕРНУЮ И ХИРУРГИЧЕСКУЮ ЗАМЕНУ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА



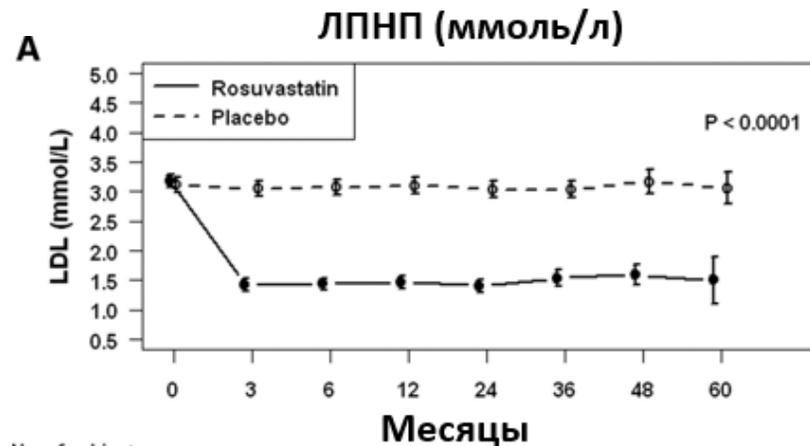


ДИСЛИПИДЕМИЯ И АОРТАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ

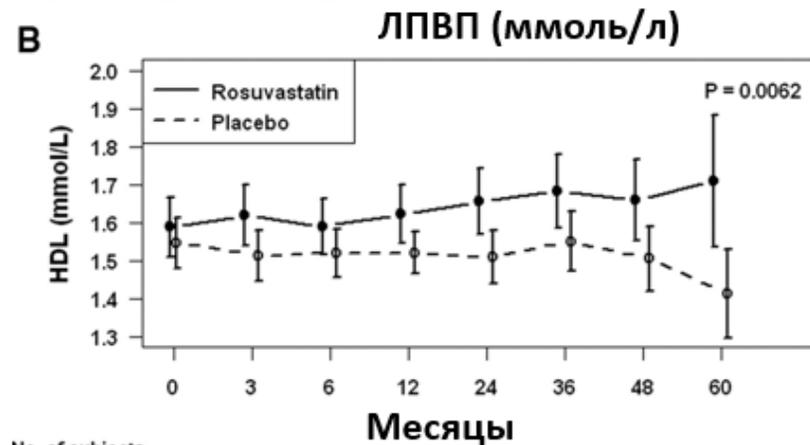
Рекомендации	Класс	Уровень
Пациентам с аортальным стенозом без сопутствующей ИБС не рекомендовано начинать гиполипидемическую терапию с целью замедления прогрессирования аортального стеноза в отсутствие других показаний к такому лечению	III	A



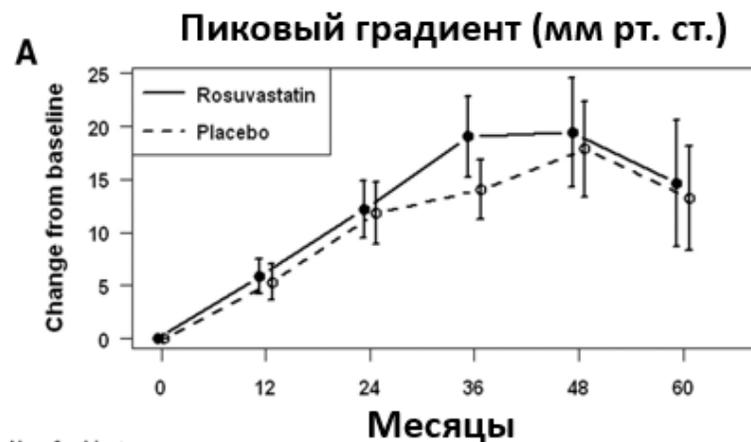
ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ РОЗУВАСТАТИНОМ НА ПРОГРЕССИРОВАНИЕ АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА (ASTRONOMER TRIAL)



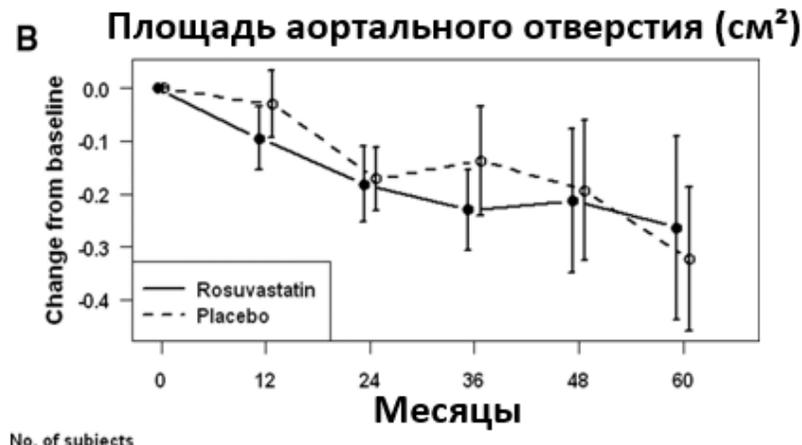
No. of subjects	0	3	6	12	24	36	48	60
Rosuvastatin	134	129	139	129	113	100	76	31
Placebo	136	131	132	141	129	96	63	28



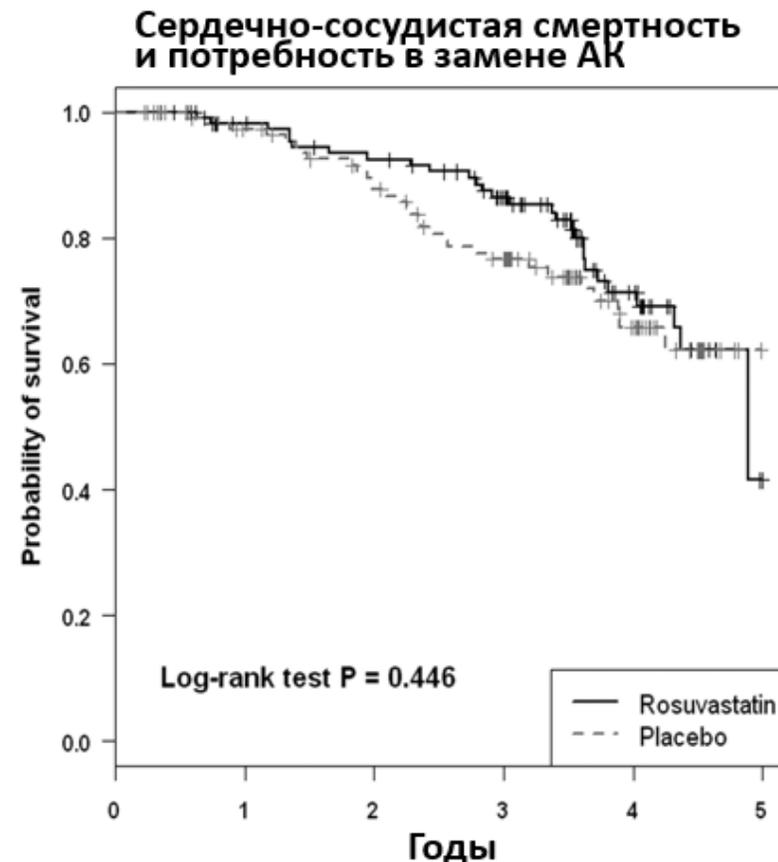
No. of subjects	0	3	6	12	24	36	48	60
Rosuvastatin	134	129	139	129	113	100	76	31
Placebo	136	131	132	141	129	96	63	28



No. of subjects	0	12	24	36	48	60
Rosuvastatin	134	128	106	99	69	34
Placebo	135	126	104	88	56	31



No. of subjects	0	12	24	36	48	60
Rosuvastatin	130	118	98	92	62	34
Placebo	133	122	102	85	56	31



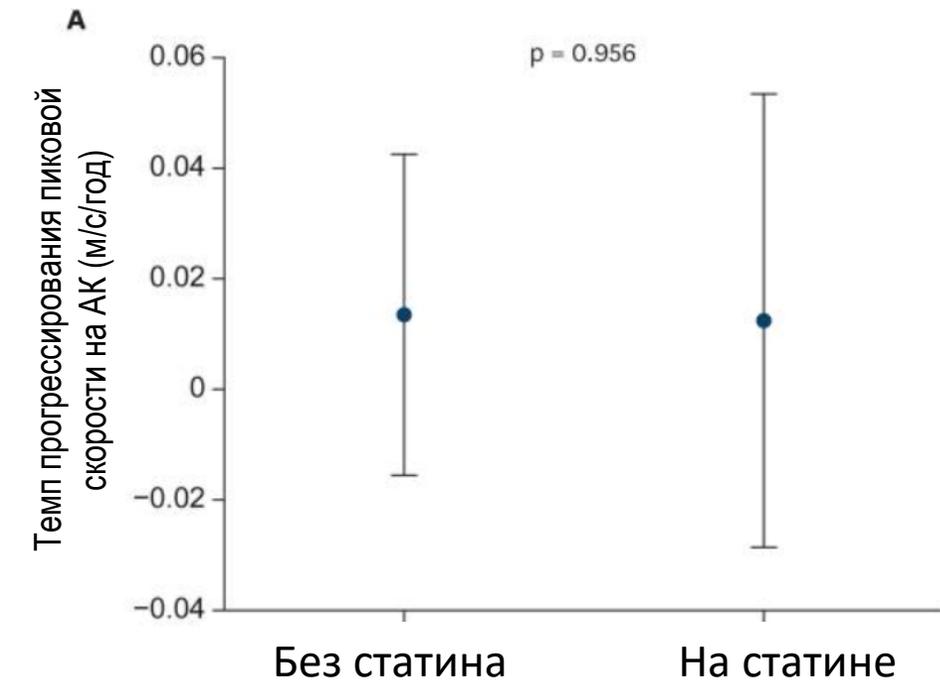
No. of subjects at risk	0	1	2	3	4	5
Rosuvastatin	134	129	114	106	73	34
Placebo	135	128	110	91	60	31



СТАТИНЫ ЗНАЧИМО НЕ ВЛИЯЮТ НА ТЕМПЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ АОРТАЛЬНОГО СКЛЕРОЗА И СТЕНОЗА

Аортальный склероз

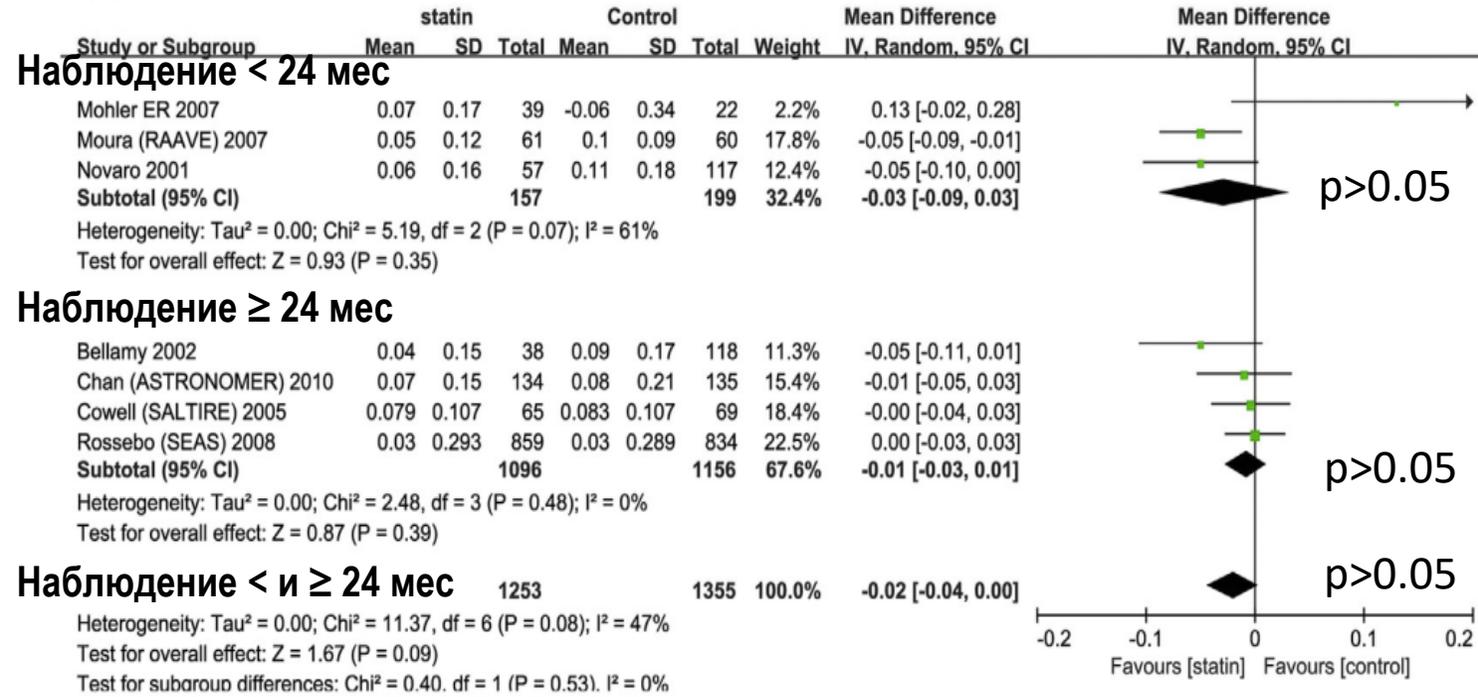
541 пациентов (214 мужчин, возраст: 70 ± 11 лет)
 Пиковая скорость на АК (> 1.5 and < 2 m/s)
 Наблюдение 2 года



Аортальный стеноз (мета-анализ)

AVA < 1.5 cm² или пиковая скорость на АК > 2 m/s

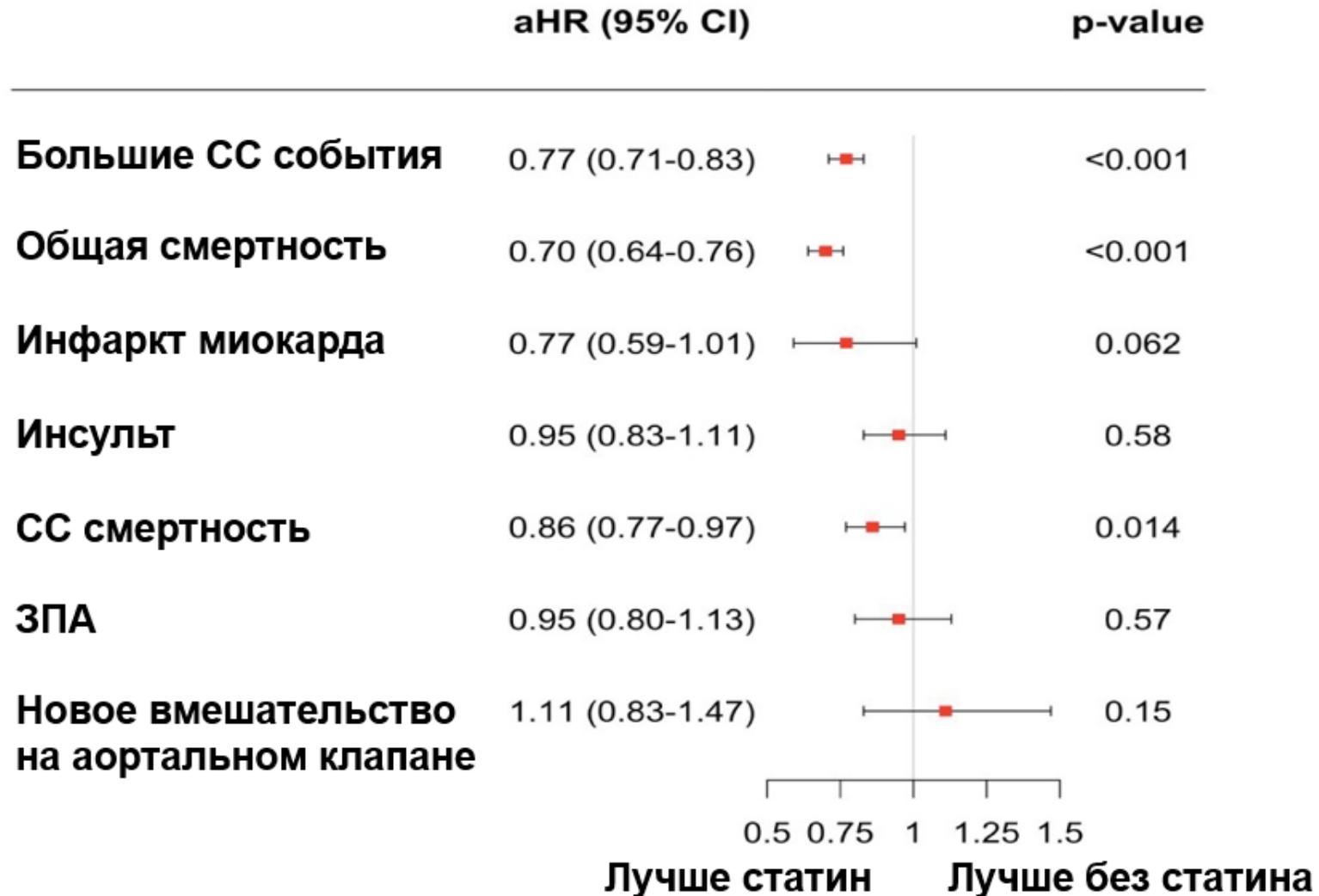
Динамика AVA





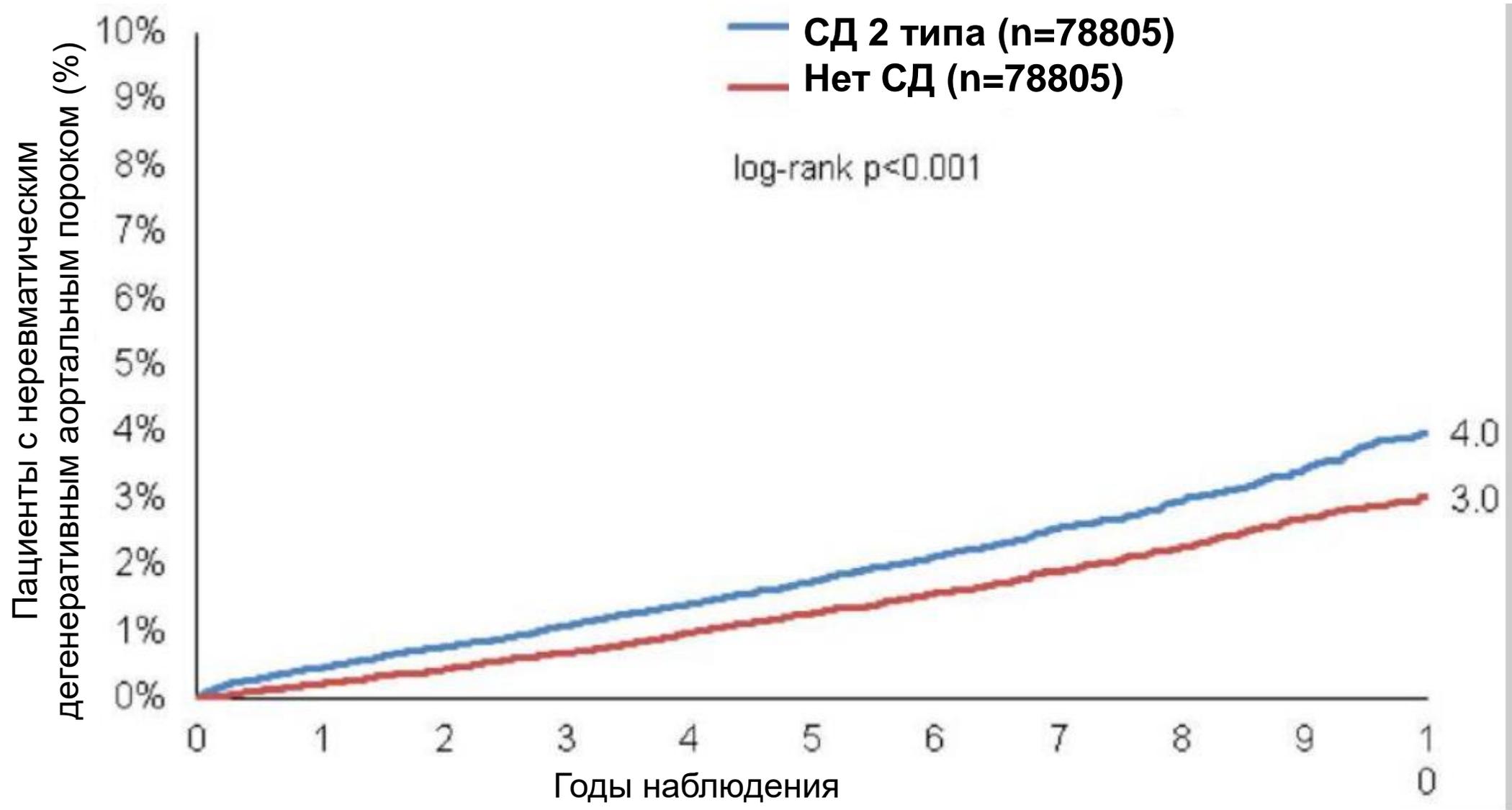
СТАТИНЫ АССОЦИИРОВАНЫ С УЛУЧШЕНИЕМ ДОЛГОВРЕМЕННОГО КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО И ОБЩЕГО ПРОГНОЗА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ЗАМЕНЫ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА

- 11 894 пациентов, перенесших ПАК
- Статины получали 49.8% (5918/11894) пациентов
- 10 лет наблюдения
- Низкая доза статина 3.6% пцт
- Средняя доза статина 69.4% пцт
- Высокая доза статина 27.0% пцт
- Сравнения выполнены с учетом коррекции по ряду признаков
- Анализ – множественная регрессионная модель Кокса





САХАРНЫЙ ДИАБЕТ АССОЦИИРОВАН С РАЗВИТИЕМ ДЕГЕНЕРАЦИИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА



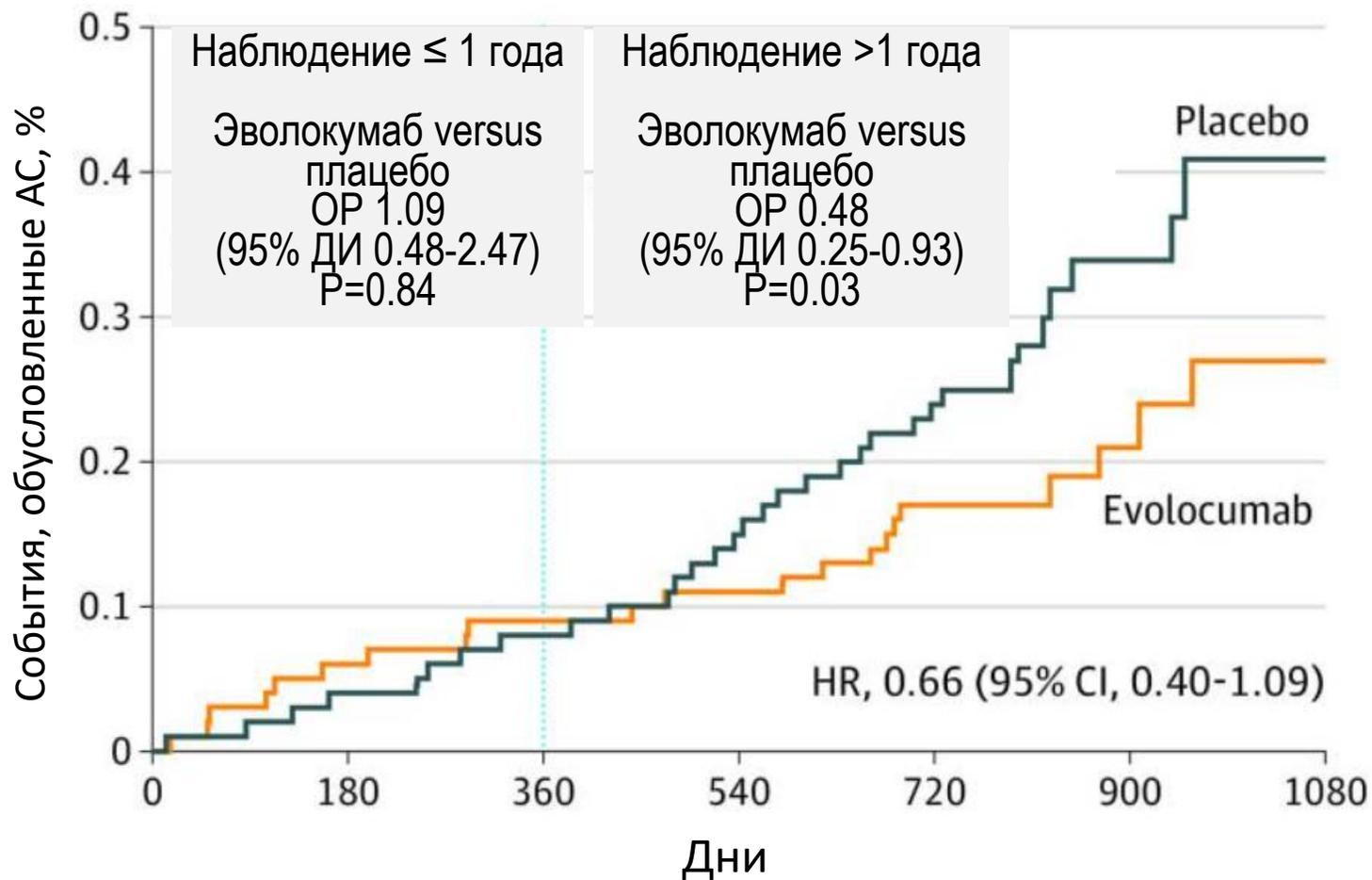


ИНГИБИЦИЯ PCSK9 И РИСК СОБЫТИЙ, СВЯЗАННЫХ С АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ (ДАННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ FOURIER) В ПОПУЛЯЦИИ С АССЗ

27 564 пациентов со стабильным АССЗ
Оценка событий, обусловленных АС
(новый или ухудшение АС или замена АК)

Корреляция прироста уровня
липопротеинов и АС-событий

	Риск событий, обусловленных АС	
	ОР	95% ДИ
Повышение ЛП (а) /Std.Dev.	1.55 p=0.01	1.17-2.05
Повышение ХС ЛПНП /Std.Dev.	1.23 p=0.14	0.93-1.61



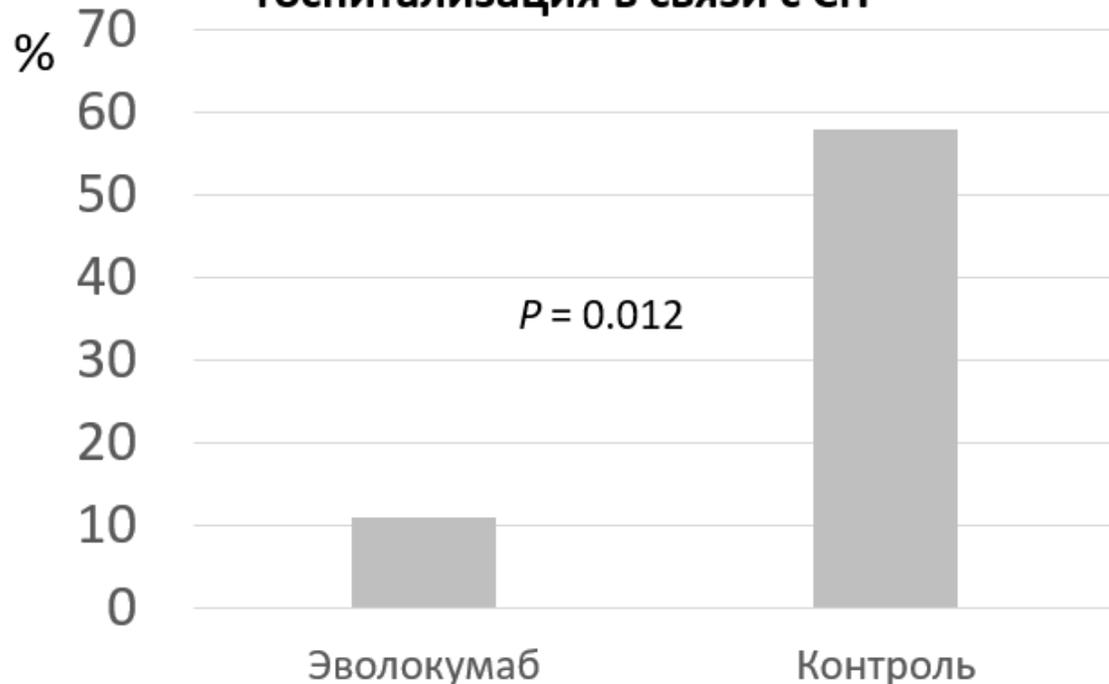
No. at risk	0	360	720	1080
PBO	13780	13515	8616	1019
EVO	13784	13540	8651	982



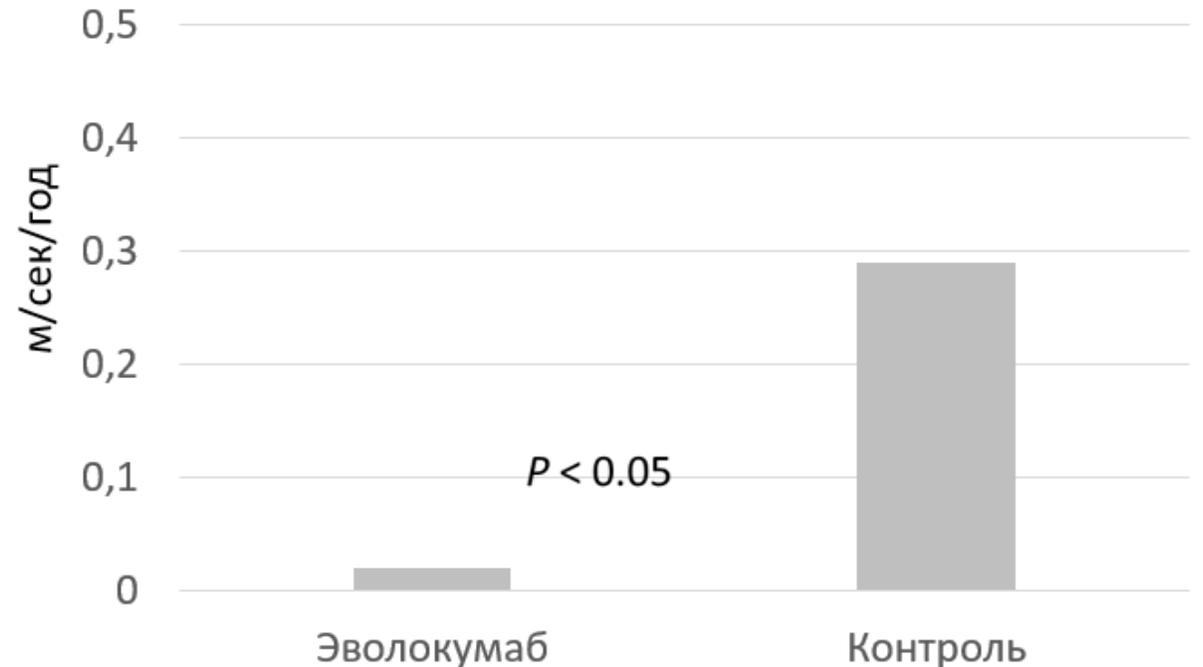
АССОЦИАЦИЯ МЕЖДУ ПРИМЕНЕНИЕМ ИНГИБИТОРА PCSK9 И ЗАМЕДЛЕНИЕМ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА В СУБПОПУЛЯЦИИ С УМЕРЕННЫМ АС

Критерий включения: умеренный АС.
Критерии исключения: пациенты с лёгким и тяжёлым АС (максимальная скорость ≥ 4.0 м/с).
57 пациентов с АС и 48 пациентов контрольной группы
Медиана наблюдения: 33 мес

Композитная КТ: смерть от любой причины, вмешательство на аортальном клапане, госпитализация в связи с СН



Среднегодовое изменение максимальной скорости на АК





КЛЮЧЕВЫЕ ПРИНЦИПЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С КЛАПАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Аортальный стеноз

- иАПФ, БРА, Бета-блокаторы могут быть иницированы и титроваться при наличии сопутствующей АГ, ИБС
- Избегать Альфа-блокаторов

Аортальная недостаточность

- иАПФ, БРА, Бета-блокаторы могут быть назначены
- Дигидропиридиновые БКК – при сопутствующей АГ

Первичная митральная недостаточность

- Гайд-регламентированная медикаментозная терапия при имеющейся АГ, систолической дисфункции ЛЖ

Вторичная митральная недостаточность

- Максимальная титрация ОМТ имеющейся АГ, систолической дисфункции ЛЖ
- Ритм- / ЧСЖ-контроль при наличии ФП

Трикуспидальная недостаточность

- Петлевые диуретики для снижения преднагрузки на ПЖ



ВКЛЮЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С КЛАПАННОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА (КБС) В РКИ ПО СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Фарм. класс	Фарм. препарат	РКИ	Включение пациентов с КБС	Критерии КБС
Бета-блокаторы	Метопролола сукцинат	MERIT-HF	Да	Нет приведены
Бета-блокаторы	Бисопролол	CIBIS-II	Да (включены в подгруппу с АГ)	Нет приведены
Ингибиторы АПФ	Эналаприл	CONSENSUS	Да	Нет приведены
Ингибиторы АПФ	Эналаприл	SOLVD	Да (но пациенты с тяжелой КБС исключались)	Нет приведены
Блокаторы АТ-рец.	Кандесартан	CHARM-low EF	Да	Нет приведены
АМКР	Спиронолактон	RALES	Да (но пациенты с МР и ТР включались если таковые считались причиной СДЛЖ и симптомов)	Нет приведены
Нитраты и Гидралазин	ИСДН и Гидралазин	V-HeFT	Да (но значимая обструктивная КБС – критерий исключения)	Нет приведены
Ингибиторы I _f -каналов	Ивабрадин	SHIFT	Да	Нет приведены
АРНИ	Валсартан и Сакубитрил	PARADIGM-HF	Да (но КБС не была выделена как отдельная группа)	Нет приведены
Ингибиторы НГКТ2	Дапаглифлозин	DAPA-HF	Да (но первичная КБС – критерий исключения)	Критерии вторичной КБС не приведены
Ингибиторы НГКТ2	Эмпаглифлозин	EMPEROR-Reduced	Тяжёлая КБС (нуждающаяся в хирургии) – критерий исключения	Нет приведены
Активаторы цГМФ	Веригуат	VICTORIA	Да (но, первичная КБС, требующая интервенционного или хирургического лечения, - критерий исключения)	Нет приведены



Медикаментозная терапия СН при аортальном стенозе: ассоциация с долговременным прогнозом после замены АК

- Лица с СНнФВ (n=3775)
- Лица с СНсФВ (n=913)
- Средний возраст 76 лет
- Хир. лечение (мех. протез) 10%
- Хир. лечение (биопротез) 62%
- Транскатетерная замена АК 28%

Включены пациенты с АС и СН, у которых проведена замена АК (n=4668)

Цель: изучить влияние ингибиторов РААС и ББ на прогноз:

- **Общая смертность**
- **Госпитализации в связи с СН**



Воздействие ингибиторов РААС или бета-блокаторов

Регрессионная модель Кокса с поправкой на:

- Возраст
- Пол
- ФП
- АГ
- СД
- Перенесённый ИМ

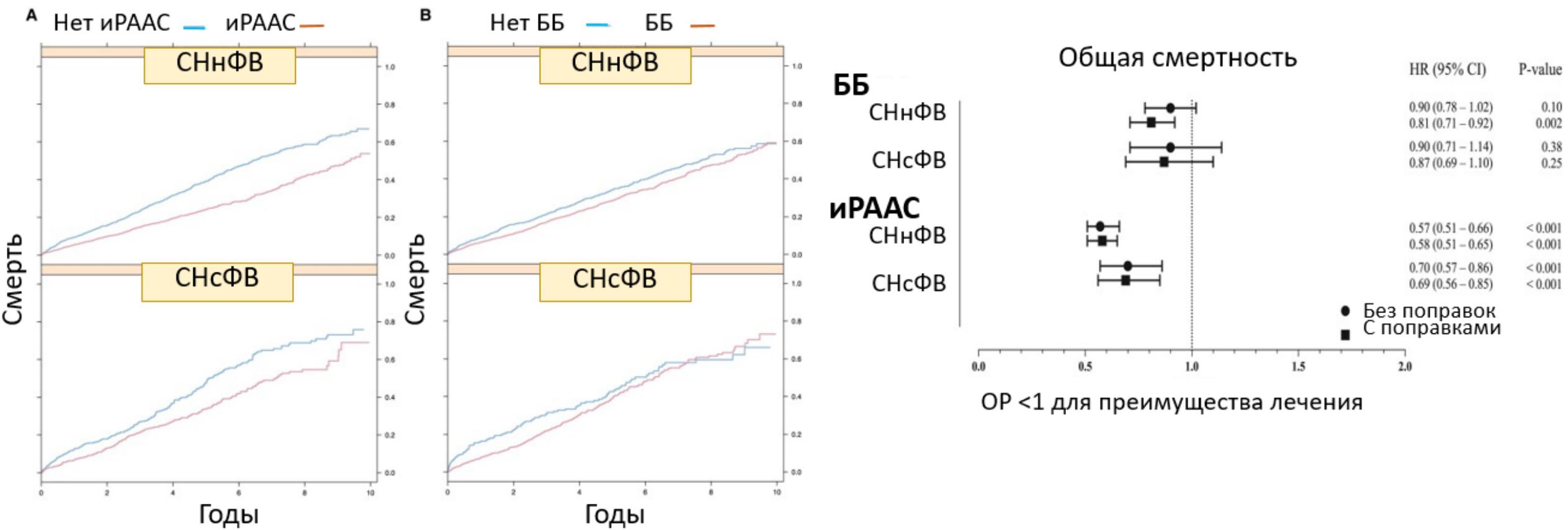
Ингибиторы РААС ассоциированы со снижением общей смертности у пациентов с СНнФВ и СНсФВ

Ингибиторы РААС ассоциированы со снижением общей смертности у пациентов с СНнФВ



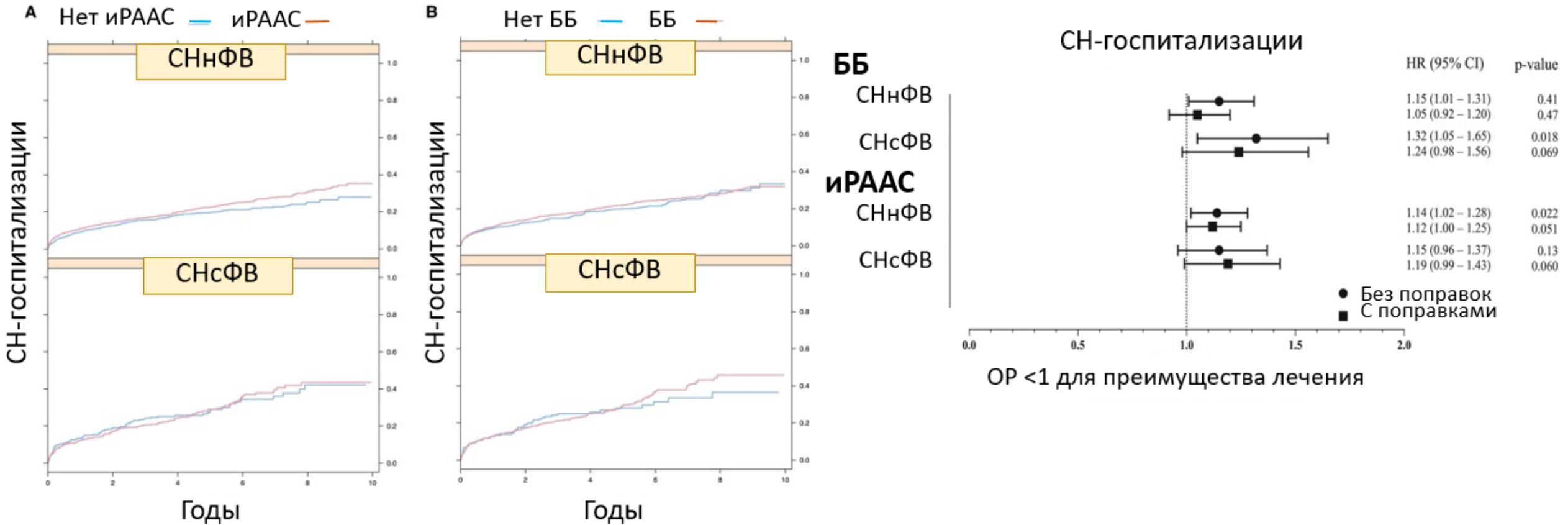


РИСК ОБЩЕЙ СМЕРТНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ПРООПЕРИРОВАННЫМ АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАТУСА **СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**



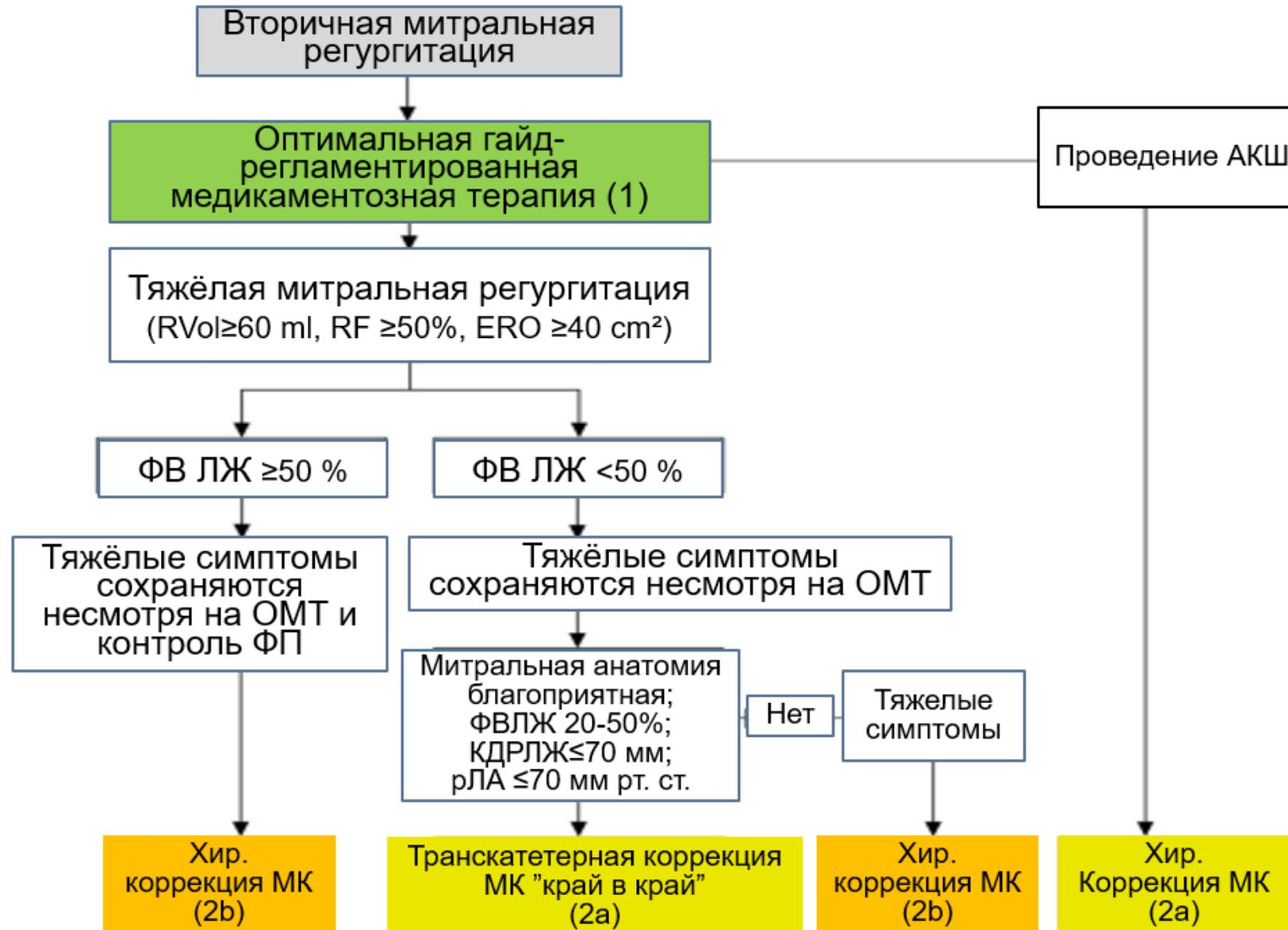


РИСК ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ В СВЯЗИ С СН У ПАЦИЕНТОВ С ПРООПЕРИРОВАННЫМ АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАТУСА **СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**



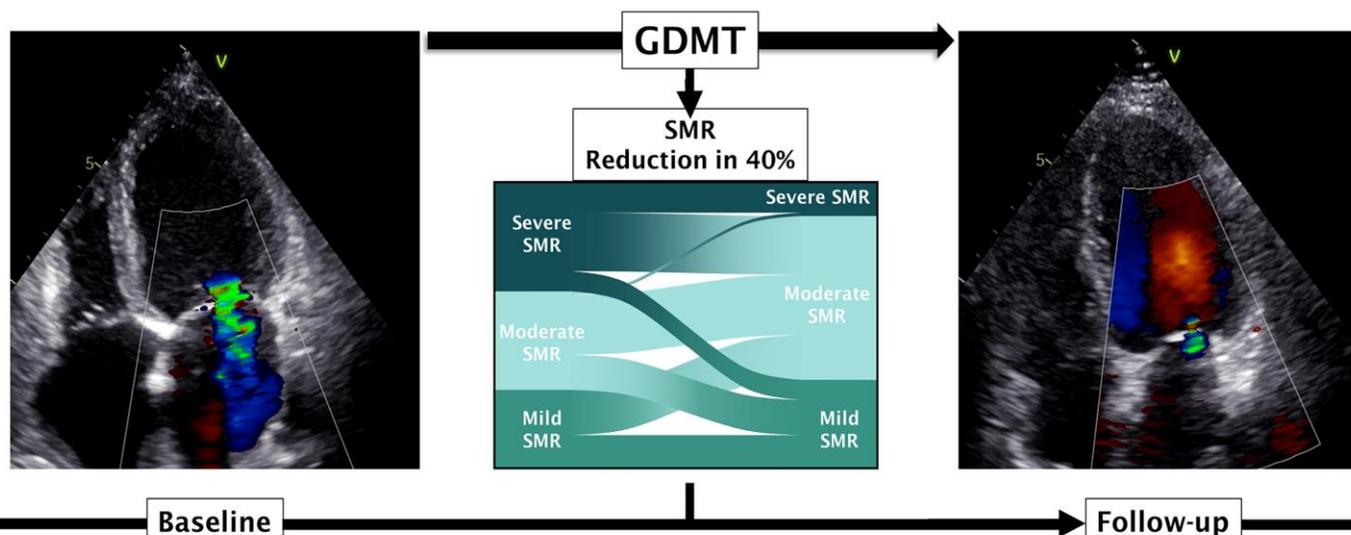
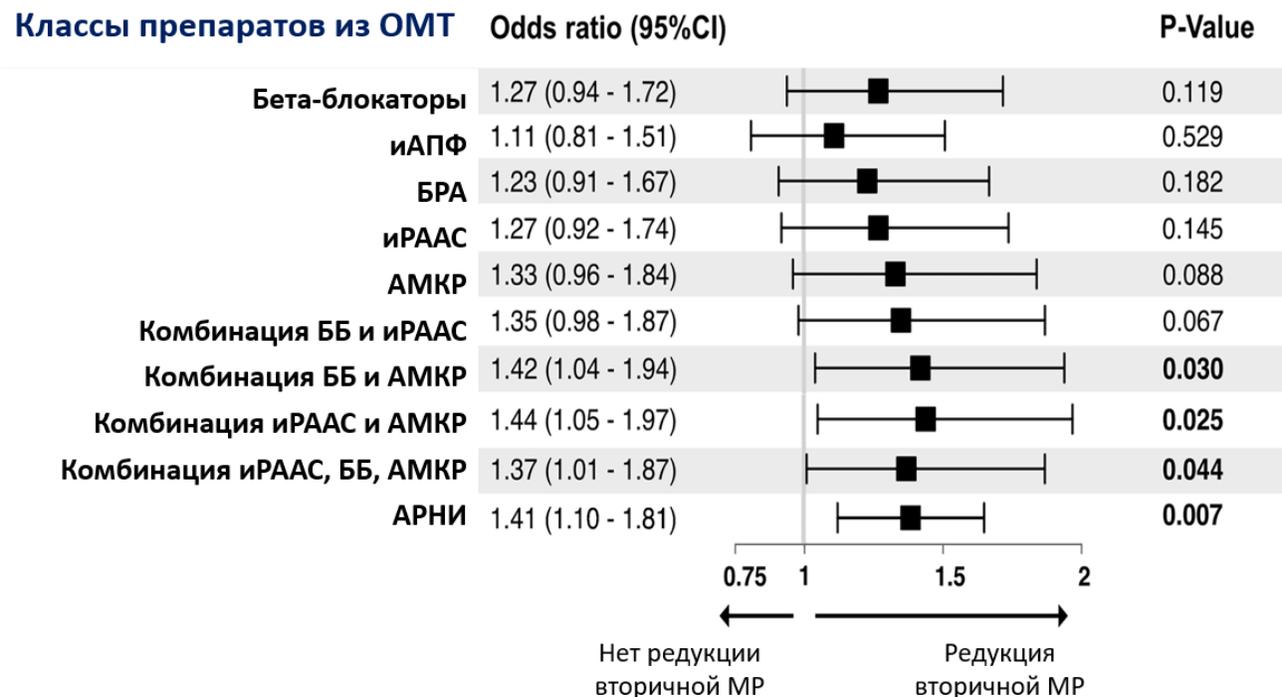


АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ВТОРИЧНОЙ МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИЕЙ





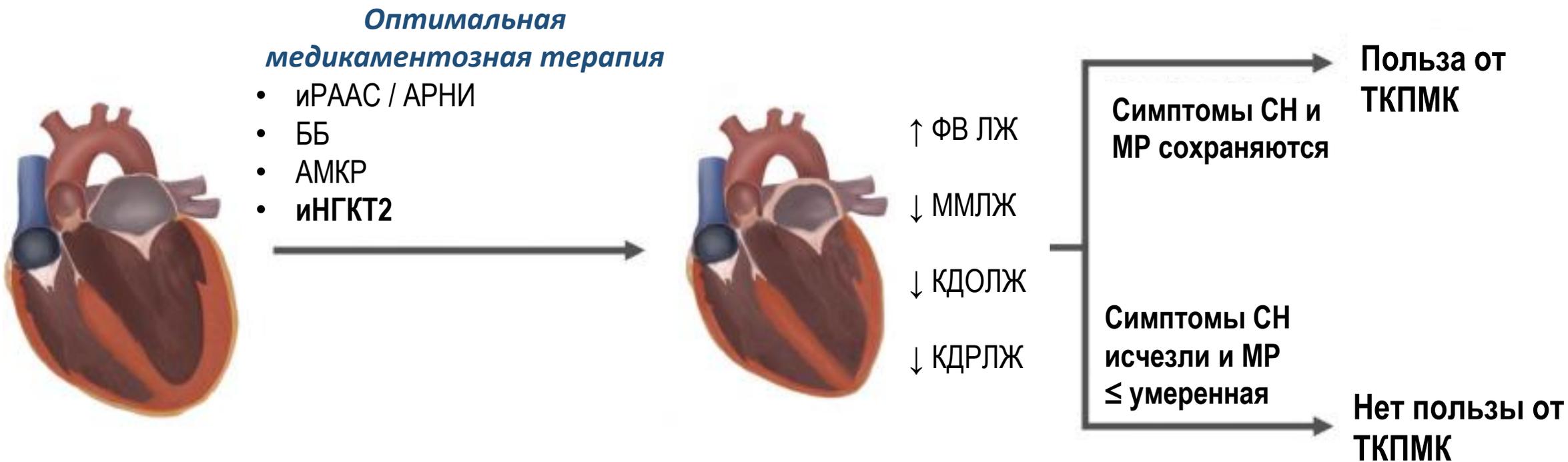
ТИТРАЦИЯ ПРЕПАРАТОВ ИЗ ОМТ ПРИВОДИТ К РЕДУКЦИИ ВТОРИЧНОЙ МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ





КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПТИМАЛЬНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ПЕРЕД ТРАНСКАТЕТЕРНОЙ ПЛАСТИКОЙ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА (ТКПМК)

Для достижения эффекта от ТКПМК необходима ОМТ с использованием препаратов, которые, как доказано, способствуют обратному ремоделированию сердца. После оптимизации медикаментозной терапии вмешательство принесет пользу только тем, у кого сохраняются симптомы с > умеренной МР.



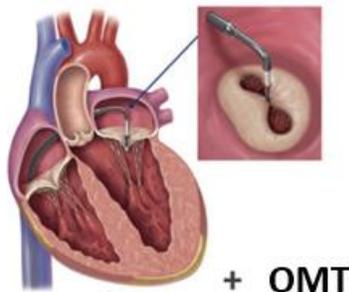


КОМБИНИРОВАННЫЙ ПОДХОД (MITRACLIP + ОМТ) УЛУЧШАЕТ ПРОГНОЗ У СИМПТОМНЫХ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ ВТОРИЧНОЙ МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ

The COAPT Trial

Центральная иллюстрация: Исходный ФК (NYHA) и 2-летний прогноз после ТКПМК MitraClip

ТКПМК MitraClip vs. Оптимальная медикаментозная терапия у пациентов с СН и вторичной МР



vs.



2-летние исходы после MitraClip в зависимости от ФК (NYHA)

ФК II (NYHA)

- ↓ 46% смерть или СН-госпитализации (NNT 4.2)
- ↓ 45% смерть (NNT 6.1)
- ↓ 43% СН-госпитализации (NNT 5.5)

Улучшено качество жизни

ФК III (NYHA)

- ↓ 40% смерть или СН-госпитализации (NNT 5.3)
- ↓ 29% смерть (NNT 8.5)
- ↓ 47% СН-госпитализации (NNT 5.1)

Улучшено качество жизни и толерантность к ФН

ФК VI (NYHA)

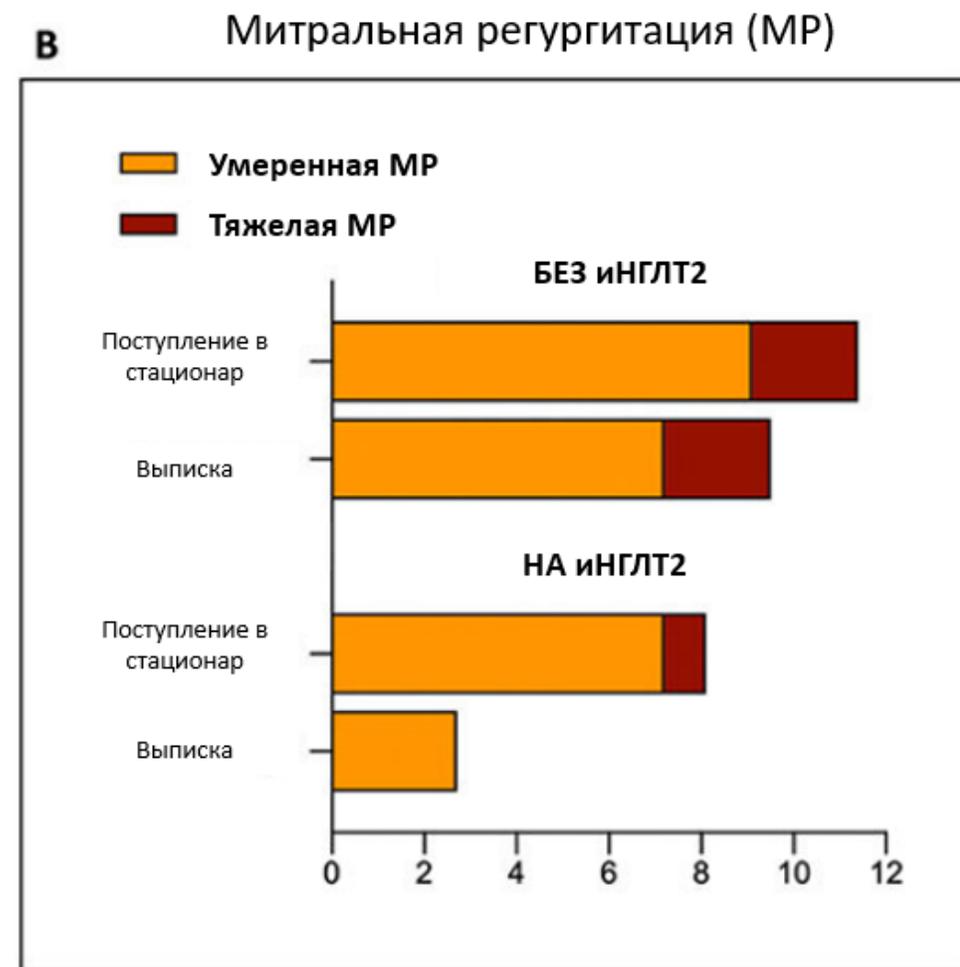
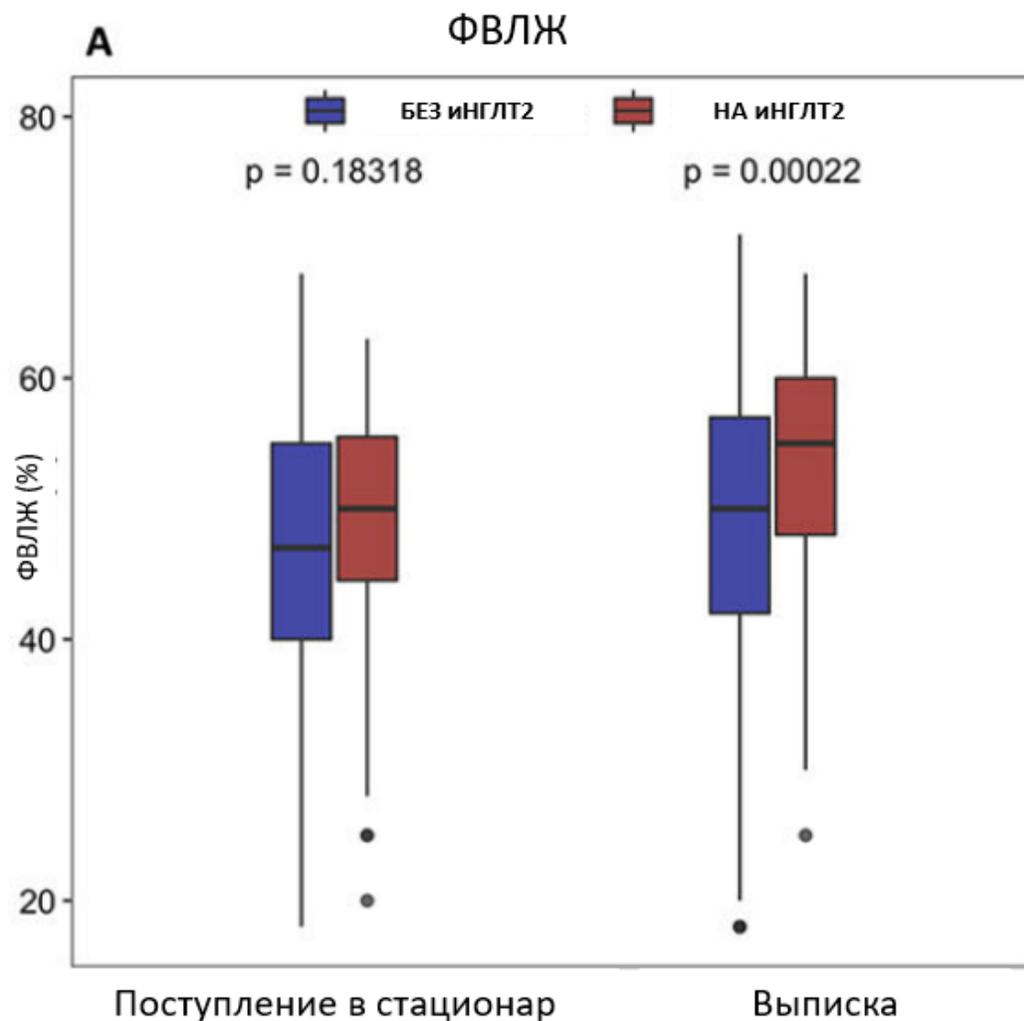
- ↓ 45% смерть или СН-госпитализации (NNT 5.4)
- ↓ 36% смерть (NNT 6.0)
- ↓ 66% СН-госпитализации (NNT 2.7)

Giustino, G. et al. J Am Coll Cardiol Interv. 2020;13(20):2317-28.

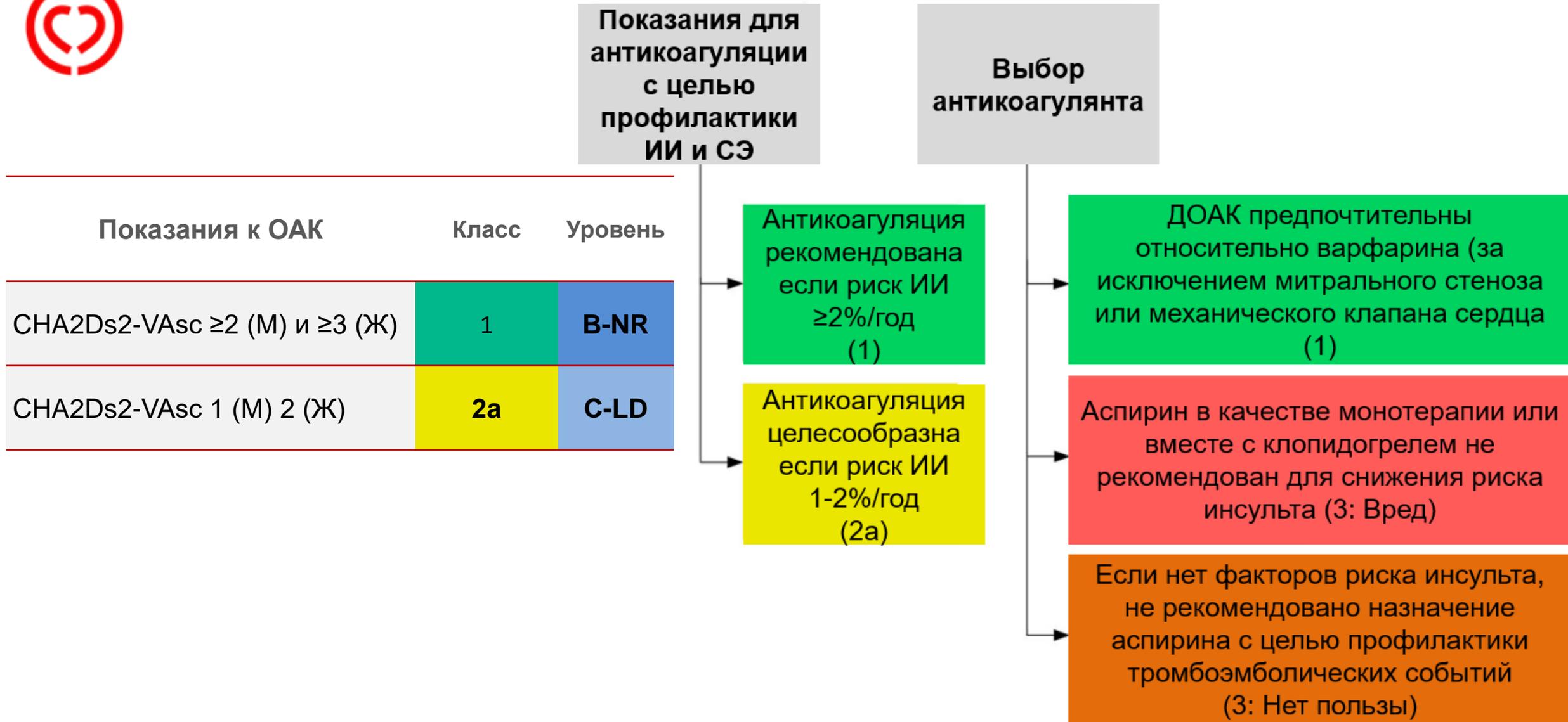


ПАЦИЕНТЫ С СД2 И ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОСЛЕ ЧКВ НА ИНГИБИТОРЕ НГЛТ2: РЕГИСТР SGLT2-I AMI PROTECT (2018-2021)

ФВЛЖ и степень митральной регургитации при поступлении и при выписке из стационара на терапии/без терапии иНГЛТ2



АНТИТРОМБОТИЧЕСКИЕ ОПЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ФП





ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ, ПОВЫШАЮЩИЕ РИСК ИНСУЛЬТА И НЕ ВКЛЮЧЁННЫЕ В ШКАЛУ CHA2DS2-VASC

Факторы

Большее бремя ФП / большая продолжительность эпизода ФП

Персистирующая /перманентная ФП versus пароксизмальная

Ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м²)

ГКМП

Неконтролируемая АГ

рСКФ < 45 мл/мин

Протеинурия (> 150 мг/24 ч или эквивалент)

Увеличенный объем ЛП (≥ 73 мл) или диаметр ЛП (≥ 47 мм)



Рекомендации по антикоагулянтной терапии у пациентов с клапанной болезнью сердца и ФП

Рекомендации	КР	УД
Для профилактики инсульта у пациентов с ФП, у которых есть показания для приёма ОАК, назначение ПОАК предпочтительнее АВК у пациентов с АС, АН, МН	I	A
Использование ПОАК не рекомендовано пациентам с ФП и МС умеренной или тяжёлой степени, пациентам с механическими протезами клапанов	III	C

Vahanian A et al. (2021 ESC/EACTS). Eur Heart J. 2022;43(7):561-632

Рекомендации	КР	УД
У пациентов с ревматическим митральным стенозом или умеренным-тяжёлым МС при ФП рекомендована долговременная антикоагулянтная терапия варфарином (преимущественно относительно ПОАК) независимо от значения CHA ₂ DS ₂ -VASc для профилактики сердечно-сосудистых событий, включая инсульт и смерть	1	B-R
У пациентов с ФП и клапанной болезнью (за исключением умеренного-тяжёлого МС или механического протеза клапана) рекомендованы ПОАК (преимущественно относительно АВК)	1	B-R

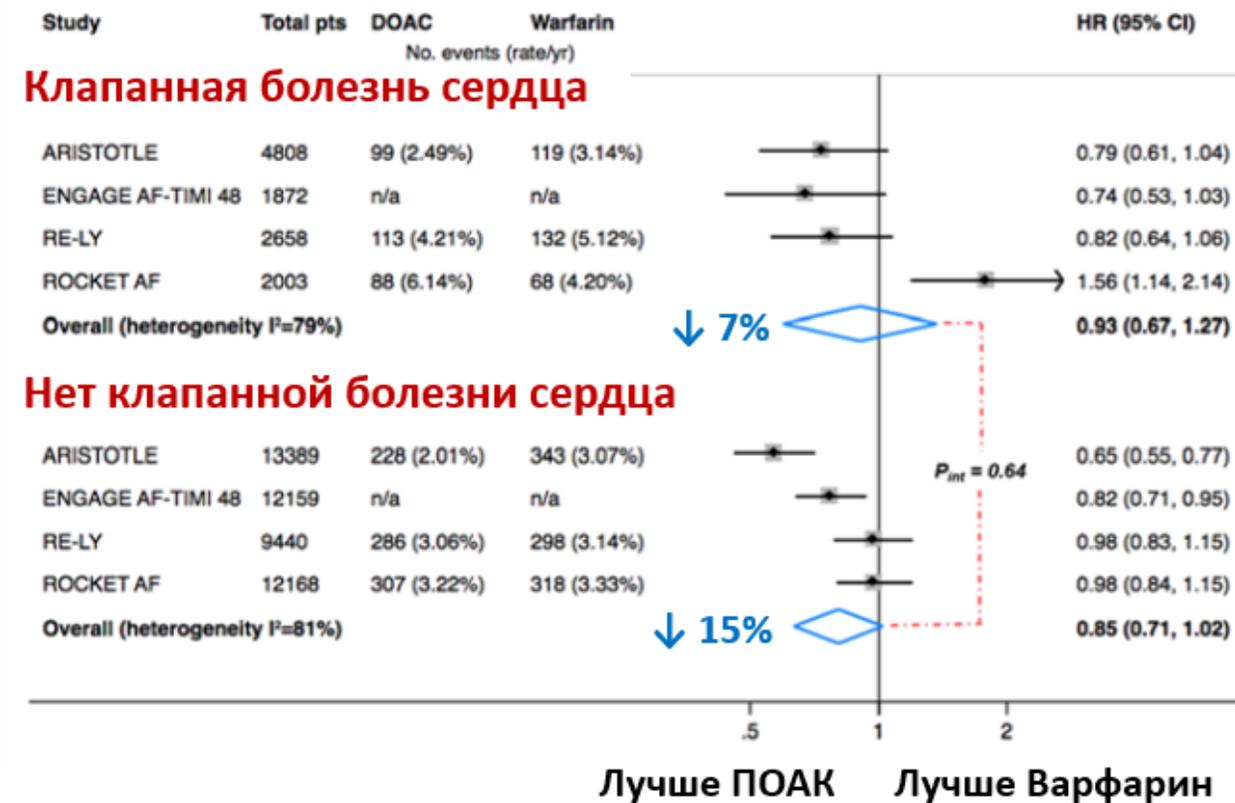
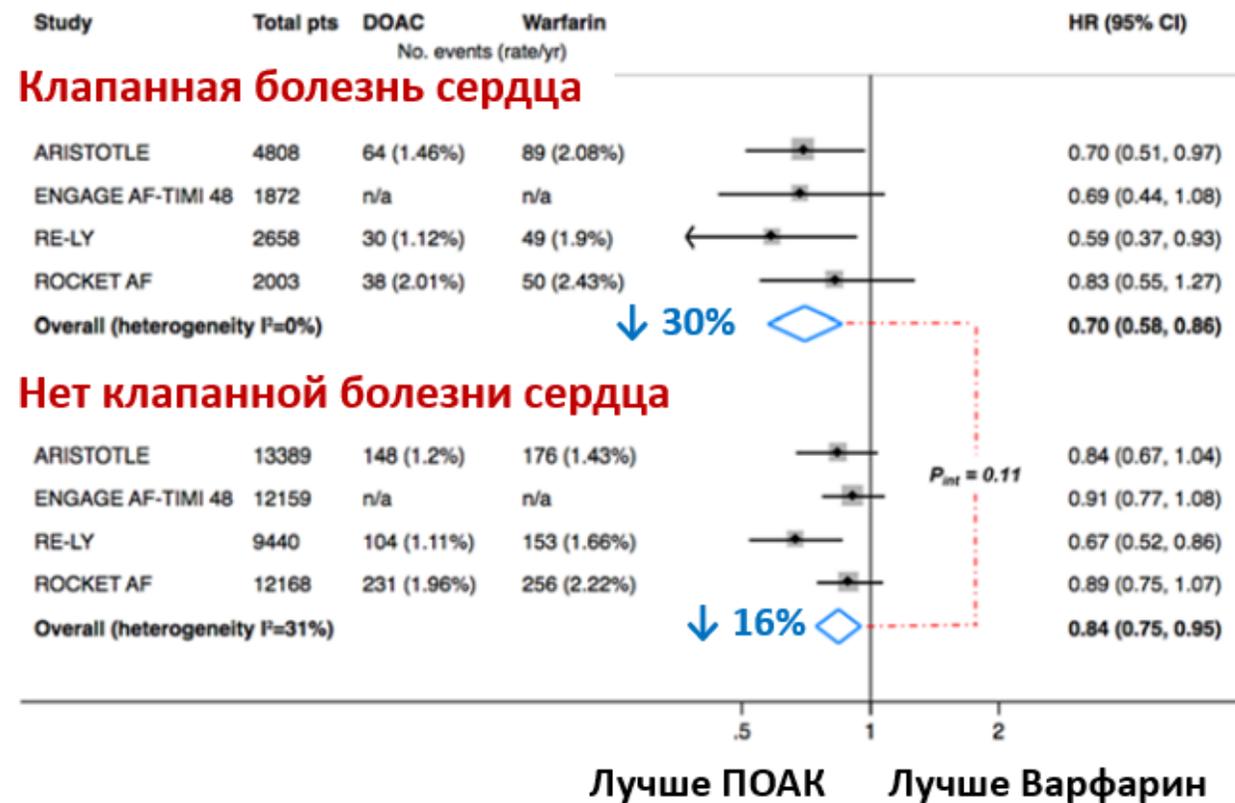
Joglar JA et al. (2023 ACC/AHA/ACCP/HRS) Circulation. 2024;149(1):e1-e156.



ПОАК УЛУЧШАЮТ ПРОГНОЗ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ПОРОКАМИ КЛАПАНОВ СЕРДЦА (ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ УМЕРЕННОГО-ТЯЖЁЛОГО МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА И МЕХАНИЧЕСКИХ КЛАПАНОВ)

Инсульт / Системные эмболии

Большие кровотечения





ПОАК VERSUS АВК ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ И МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ: ДИСКУССИЯ ПРОДОЛЖАЕТСЯ?

Центральная иллюстрация: Митральный стеноз и Фибрилляция предсердий в аспекте сравнения ПОАК и АВК



Kim, J.Y. et al. J Am Coll Cardiol. 2019;73(10):1123-31.



INVICTUS Trial (n=4565)

RESEARCH SUMMARY

Rivaroxaban in Rheumatic Heart Disease–Associated Atrial Fibrillation

Connolly SJ et al. DOI: 10.1056/NEJMoa2209051

CLINICAL PROBLEM

Trials showing that factor Xa inhibitors such as rivaroxaban reduce stroke risk among patients with atrial fibrillation have not included patients with rheumatic heart disease. Such patients are treated with vitamin K antagonists, which require frequent blood sampling to measure anticoagulation status.

CLINICAL TRIAL

Design: A randomized trial in Africa, Asia, and Latin America compared cardiovascular outcomes among patients with atrial fibrillation associated with rheumatic heart disease treated with rivaroxaban or vitamin K antagonist (VKA) therapy.

Intervention: 4565 adults with rheumatic heart disease and atrial fibrillation or flutter were assigned to receive a vitamin K antagonist or rivaroxaban. The primary outcome was a composite of stroke, systemic embolism, myocardial infarction, or death from vascular or unknown causes.

RESULTS

Efficacy: Primary-outcome events occurred in more patients in the rivaroxaban group than in the vitamin K antagonist group.

Safety: Rates of major bleeding did not differ significantly between the treatment groups. More patients in the rivaroxaban group discontinued trial treatment.

LIMITATIONS AND REMAINING QUESTIONS

- Overall rates of stroke were lower than expected; therefore, the trial had reduced power for the outcome of stroke.
- Although outcome assessments were blinded, patients were aware of the treatment assignments.
- Patients in the vitamin K antagonist group had more physician interactions owing to the need for anticoagulation monitoring, and their time in the anticoagulation range improved during the trial.

Links: Full Article | NEJM Quick Take | Editorial

Инсульт, СЭ, ИМ, смерть



Большое кровотечение



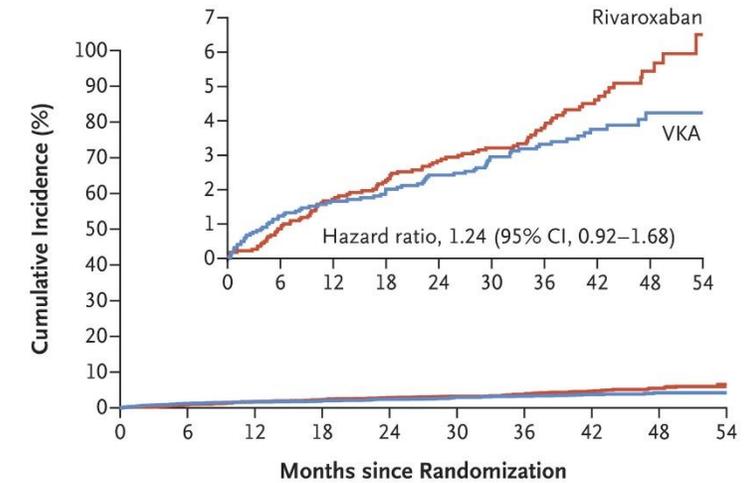
Continued Receipt of Trial Medication



CONCLUSIONS

Among patients with rheumatic heart disease–associated atrial fibrillation, vitamin K antagonist therapy led to a lower rate of a composite of cardiovascular events or death than rivaroxaban therapy, without a higher rate of bleeding.

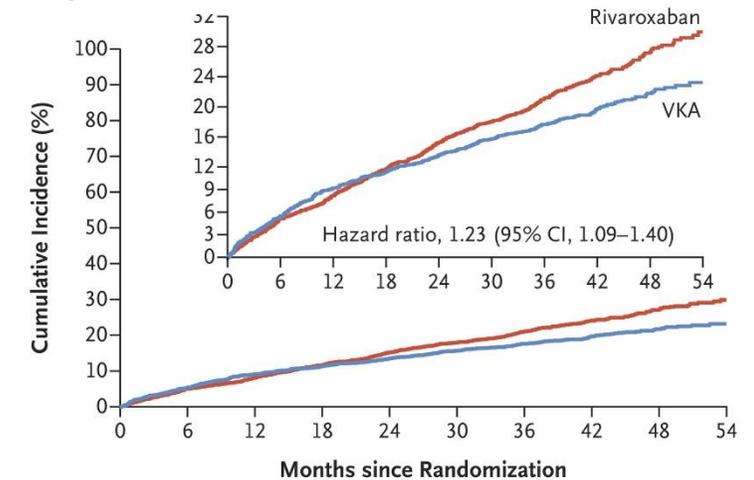
A Stroke or Systemic Embolism



No. at Risk

	2275	2124	2025	1933	1841	1753	1358	879	451	144
Rivaroxaban	2275	2124	2025	1933	1841	1753	1358	879	451	144
VKA	2256	2100	2005	1946	1882	1811	1394	883	463	138

В Смерть



No. at Risk

	2275	2138	2052	1963	1876	1789	1389	901	467	148
Rivaroxaban	2275	2138	2052	1963	1876	1789	1389	901	467	148
VKA	2256	2117	2024	1968	1909	1843	1422	906	473	141



ОТДЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАНИЯ / ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К НАЗНАЧЕНИЮ ПОАК

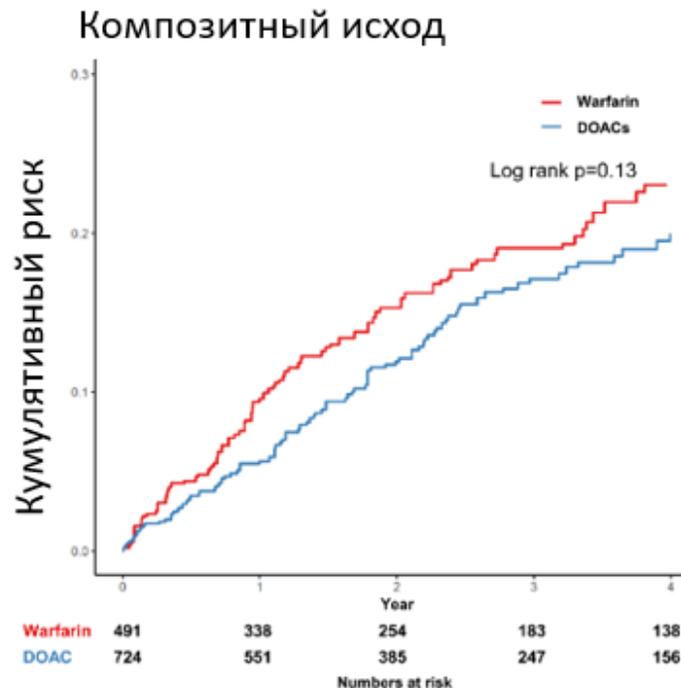
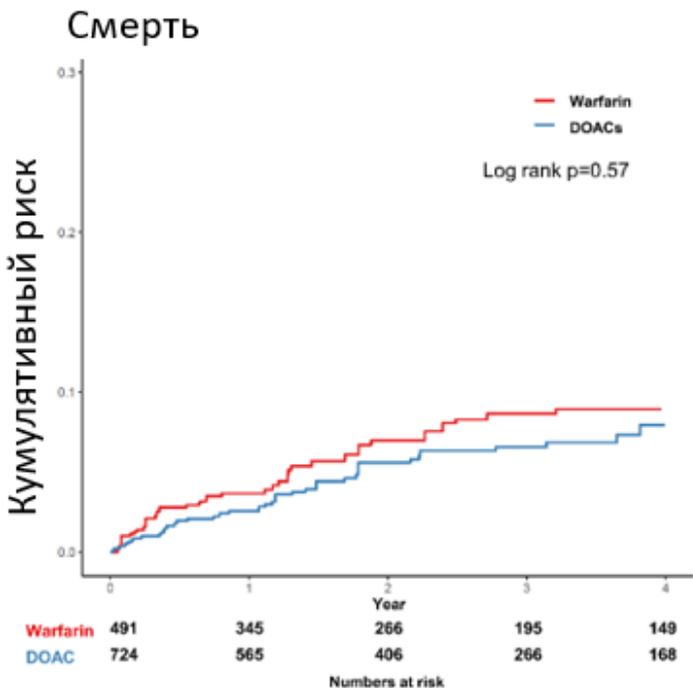
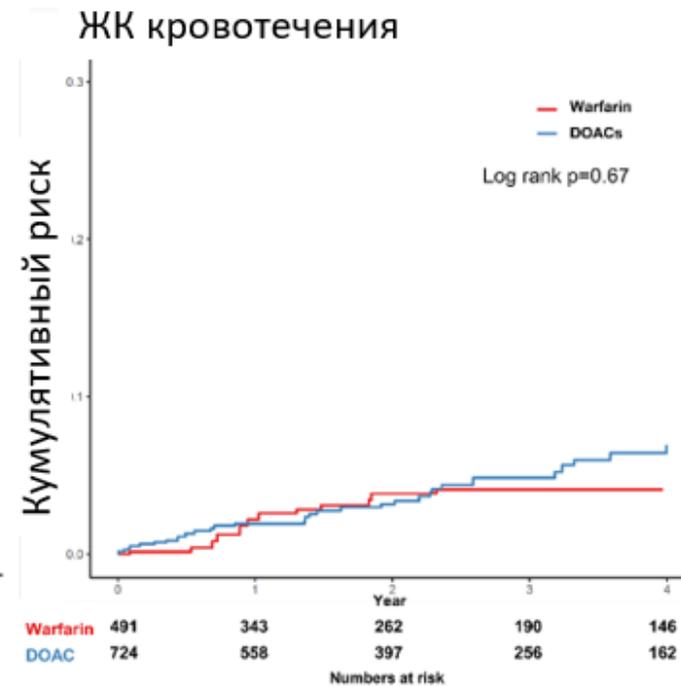
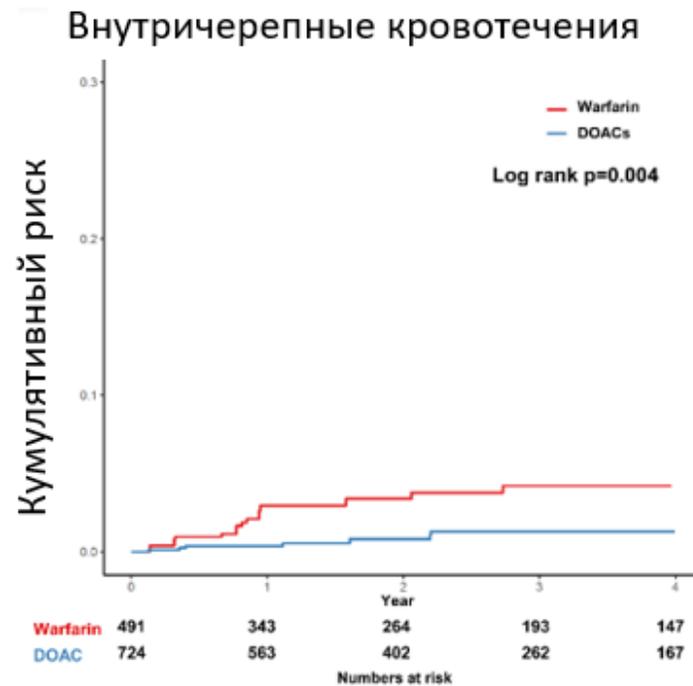
	Состояние	КР	Возможность применения ПОАК
При ФП	Механический протез клапана	III	Противопоказано
	Умеренный или тяжёлый митральный стеноз (обычно ревматический)	III	Противопоказано
	Чрескожная транслюминальная аортальная вальвулопластика	IIb	Возможно с осторожностью
	TAVI	IIa	Возможно
	Другая лёгкая или умеренная патология клапанов (дегенеративный АС, митральная регургитация и др.)	I	Включены в РКИ с ПОАК
	Биопротез клапана / пластика клапана (после >3 месяцев после операции)	I	Возможно
	Тяжёлый аортальный стеноз	I	Ограничены данные (исключены из RE-LY)
	ГКМП	I	Возможно



ПРИМЕНЕНИЕ ПОАК У ПАЦИЕНТОВ С ФП И ТРИКУСПИДАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИЕЙ 2-3 СТЕПЕНИ БЕЗОПАСНЕЕ, ЧЕМ ВАРФАРИН

Тяжёлая ТР может привести к печеночной дисфункции и тонкокишечной мальабсорбции

N=1215
Ср возраст 72 лет



МИТРАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ: ЧТО ВАЖНО УЧИТЫВАТЬ КЛИНИЦИСТУ?



- Диуретики, ББ, дигоксин, не ДГП антагонисты кальция, ивабрадин могут улучшить симптомы
- АВК с достижением целевого МНО (2-3) показаны пациентам с ФП
- У пациентов с СР пероральные антикоагулянты показаны если есть: анамнез СЭ или тромб в ЛП или спонтанное контрастирование по данным ТЭЭ или значимо увеличенное ЛП (индекс объёма $>60 \text{ mL/m}^2$).
- Пациентам с МС и ФП – принимать АВК (но не ПОАК), поскольку пока нет твёрдых доказательств пользы ПОАК
- Ни ЭИТ, ни катетерная изоляция легочных вен не показаны для восстановления СР у лиц с не прооперированным значительным митральным стенозом
- Если ФП возникла недавно, а ЛП увеличено лишь умеренно, ЭИТ следует провести вскоре после успешного вмешательства на МК; амиодарон наиболее эффективен для поддержания СР после кардиоверсии.

ВТОРИЧНАЯ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКА ПРИ ХРБС



У пациентов с установленным диагнозом ревматической болезни сердца рекомендуется вторичная долгосрочная профилактика ревматической лихорадки: бензатин бензилпенициллин 1.2 млн ЕД каждые 3-4 нед. в течение 10 лет.

Мета-анализ 6 исследований: Высокий комплайнс к вторичной профилактике пенициллином у пациентов с ревматической болезнью сердца снижает риск рецидива или прогрессирования заболевания

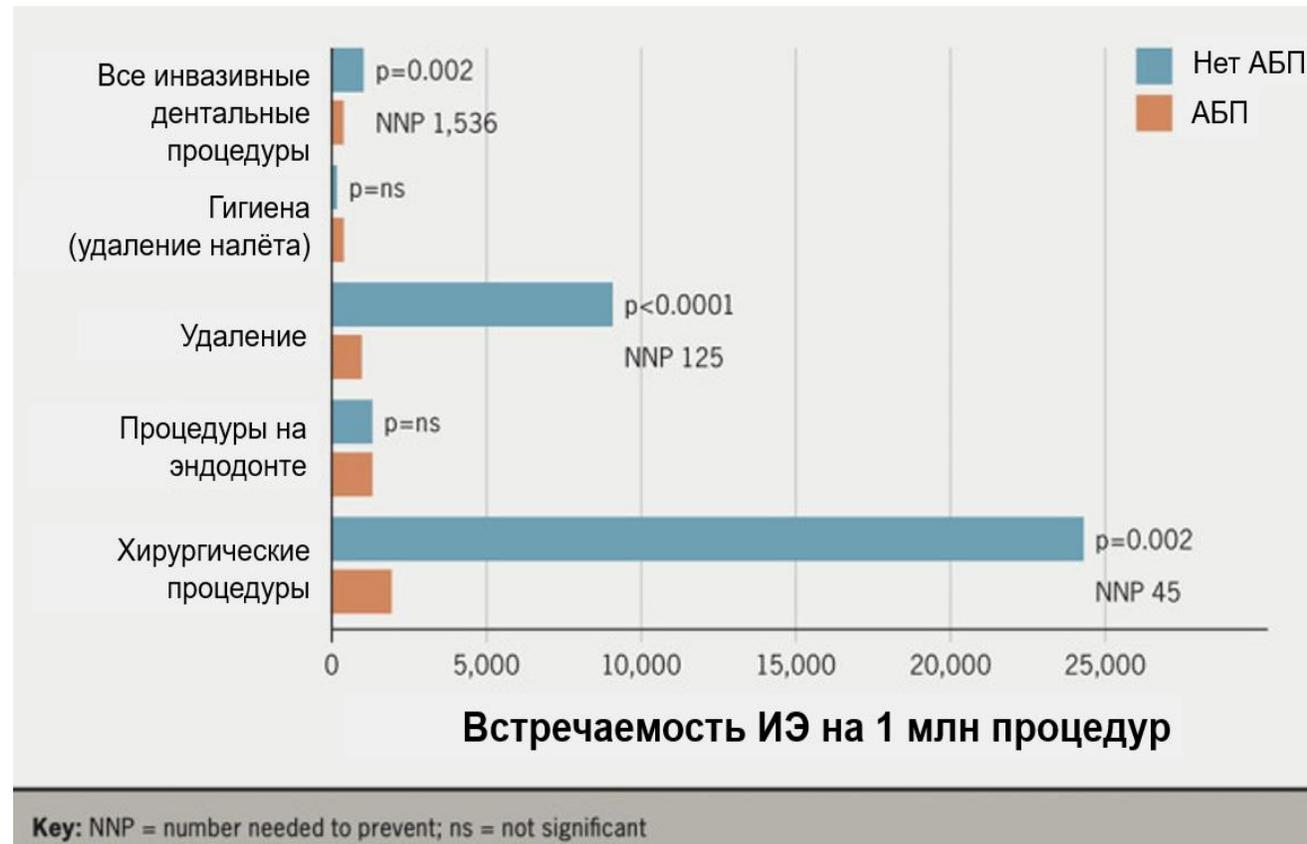




АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИЭ ПРИ ДЕНТАЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ АКТУАЛЬНА В ГРУППАХ ВЫСОКОГО РИСКА

- Пациенты с любым протезом клапана, включая TAVI, или пациенты, у которых для восстановления сердечного клапана использовался какой-либо протезный материал.
- Пациенты с предшествующим эпизодом ИЭ
- Пациенты с врождённым пороком сердца
 - Любой цианотический порок
 - Любой тип ВПС, восстановленный с помощью протезного материала, в течение до 6 месяцев после процедуры или на протяжении всей жизни, если сохраняется остаточный шунт или клапанная регургитация

Встречаемость ИЭ у пациентов высокого риска после инвазивных стоматологических процедур в зависимости от проведения антибактериальной профилактики (АБП)





РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ИЭ ПРИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУРАХ

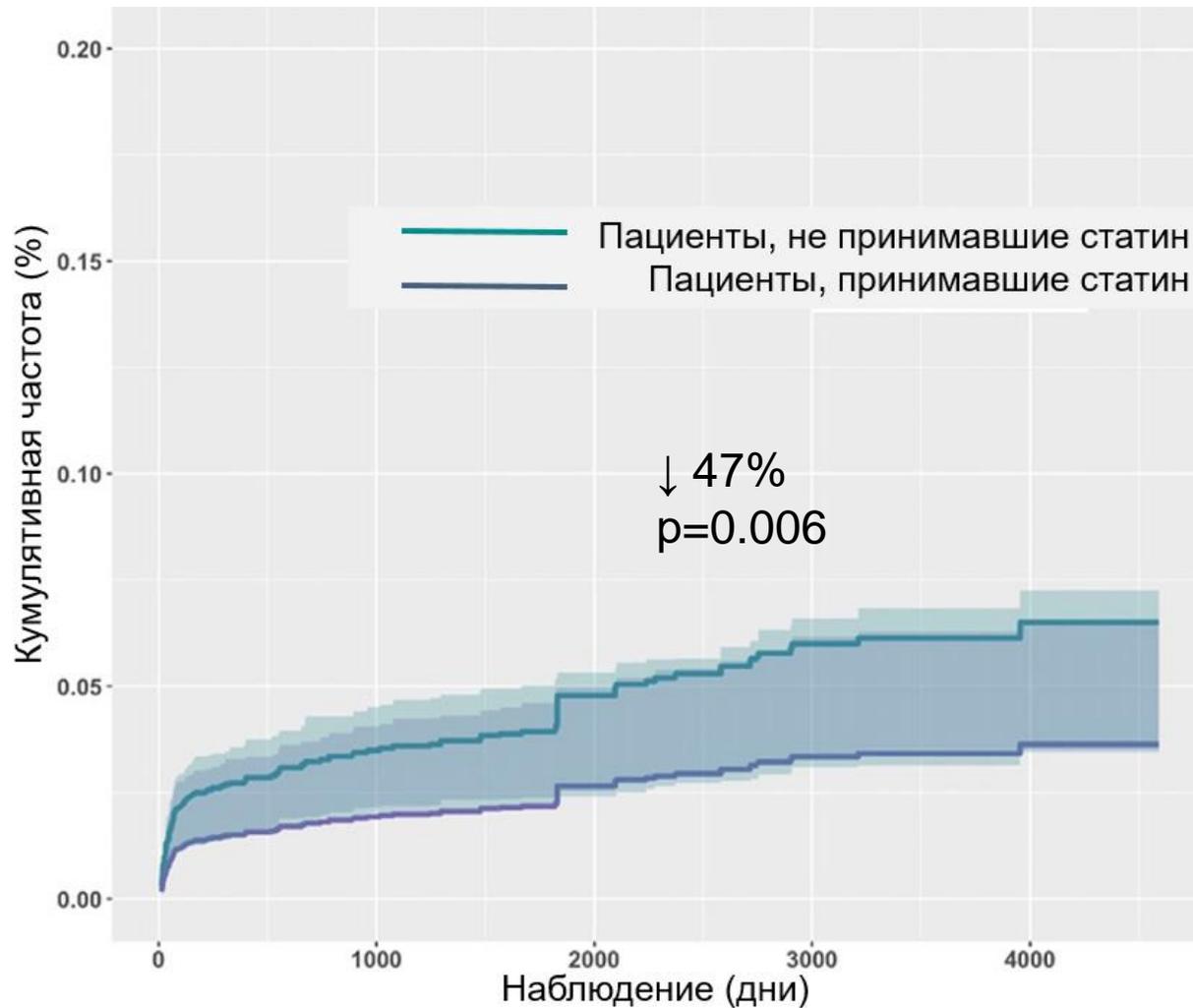
Руководство ESC 2023 года по ведению пациентов с эндокардитом

17. «Что делать» и «чего не делать» согласно Рекомендациям

Рекомендации	Класс ^a	Уровень ^b
Предоперационный скрининг на носительство <i>S. aureus</i> рекомендуется проводить перед селективной хирургией сердца или транскатетерной имплантацией клапана для лечения носителей	I	A
Периоперационная антибиотикопрофилактика рекомендуется перед имплантацией ИСЭУ	I	A
Рекомендуются максимальные меры асептики перед процедурой в месте имплантации для предотвращения инфицирования ИСЭУ	I	A
Перипроцедурная антибиотикопрофилактика рекомендуется пациентам, перенесшим хирургическую или транскатетерную имплантацию протеза клапана, внутрисосудистого протеза или другого инородного материала	I	A
Стандартные хирургические асептические меры рекомендуются во время введения катетеров и манипуляций с ними в лабораторных условиях	I	A



ПРИМЕНЕНИЕ СТАТИНОВ ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ МИТРАЛЬНОГО И АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА АССОЦИИРОВАНО СО СНИЖЕНИЕМ РИСКА ПРОТЕЗНОГО ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА

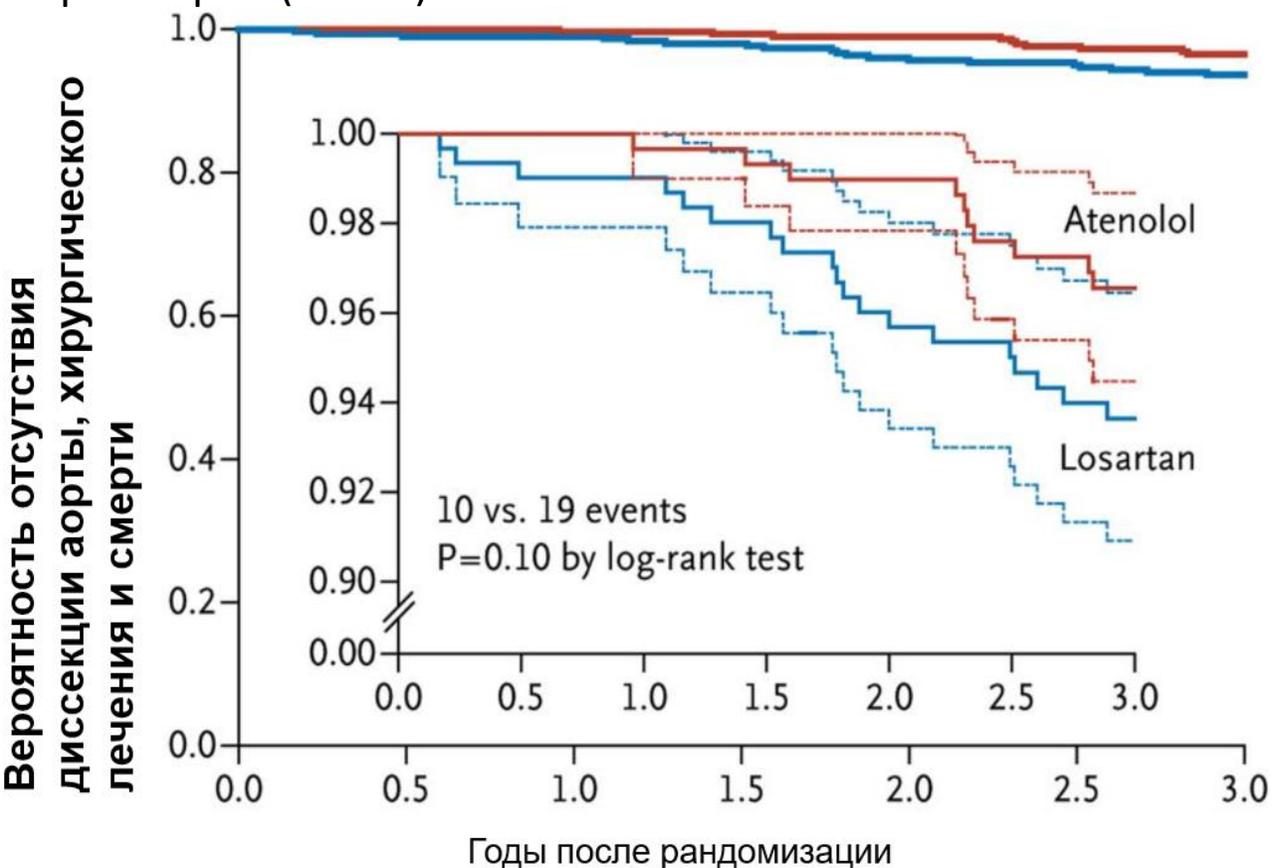


Подгруппы	Multivariable Adjusted SHR	95% CI	P value	SHR (95% CI)
Возраст				
≤60	0.51	0.22-1.22	0.132	0.51 (0.22-1.22)
>60	0.37	0.19-0.71	0.003	0.37 (0.19-0.71)
Пол				
Женщины	0.39	0.17-0.92	0.031	0.39 (0.17-0.92)
Мужчины	0.41	0.22-0.79	0.007	0.41 (0.22-0.79)
Предшествующий ИЭ				
Да	0.44	0.15-1.28	0.129	0.44 (0.15-1.28)
Нет	0.54	0.30-0.96	0.037	0.54 (0.30-0.96)
Количество процедур на клапане				
Одна	0.51	0.28-0.94	0.032	0.51 (0.28-0.94)
Две и более	0.32	0.11-0.92	0.034	0.32 (0.11-0.92)
Тип протеза				
Механический	0.25	0.07-0.84	0.026	0.25 (0.07-0.84)
Биологический	0.43	0.24-0.77	0.004	0.43 (0.24-0.77)

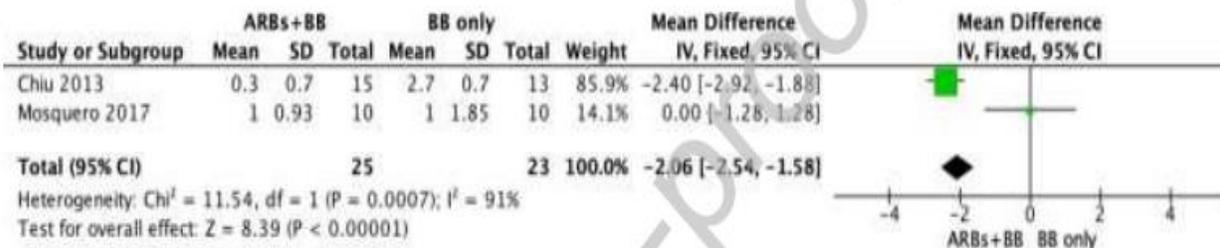
АОРТАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ СИНДРОМЕ МАРФАНА: ФОКУС НА ПРЕПАРАТЫ С ГЕМОДИНАМИЧЕСКИМИ СВОЙСТВАМИ



РКИ: При синдроме Марфана ателолол и лозартан не различались по рискам прогрессирования поражения корня аорты (n=608)

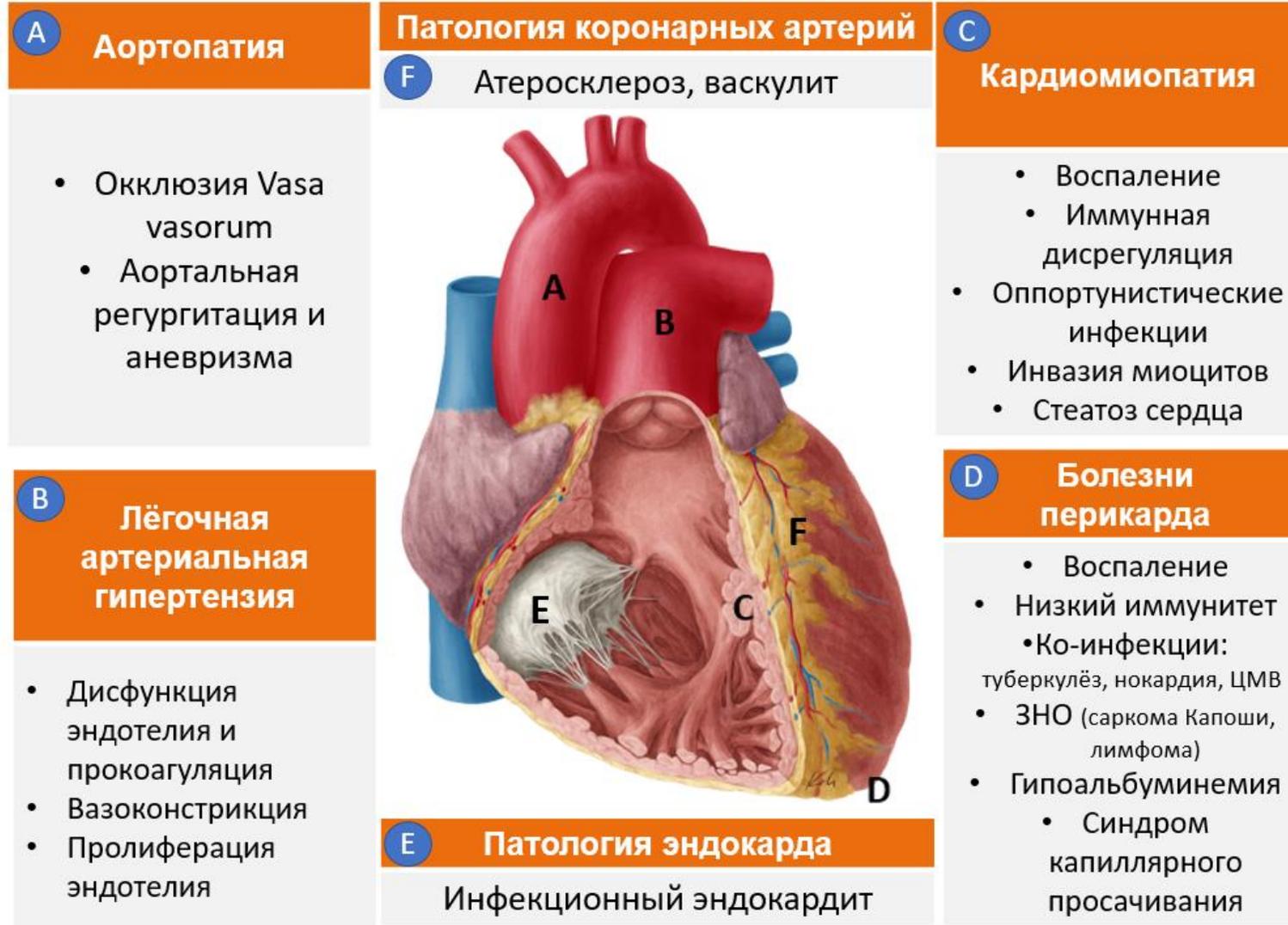


Мета-анализ: Комбинация ББ и БРА лучше, чем монотерапия ББ замедляет расширение корня аорты





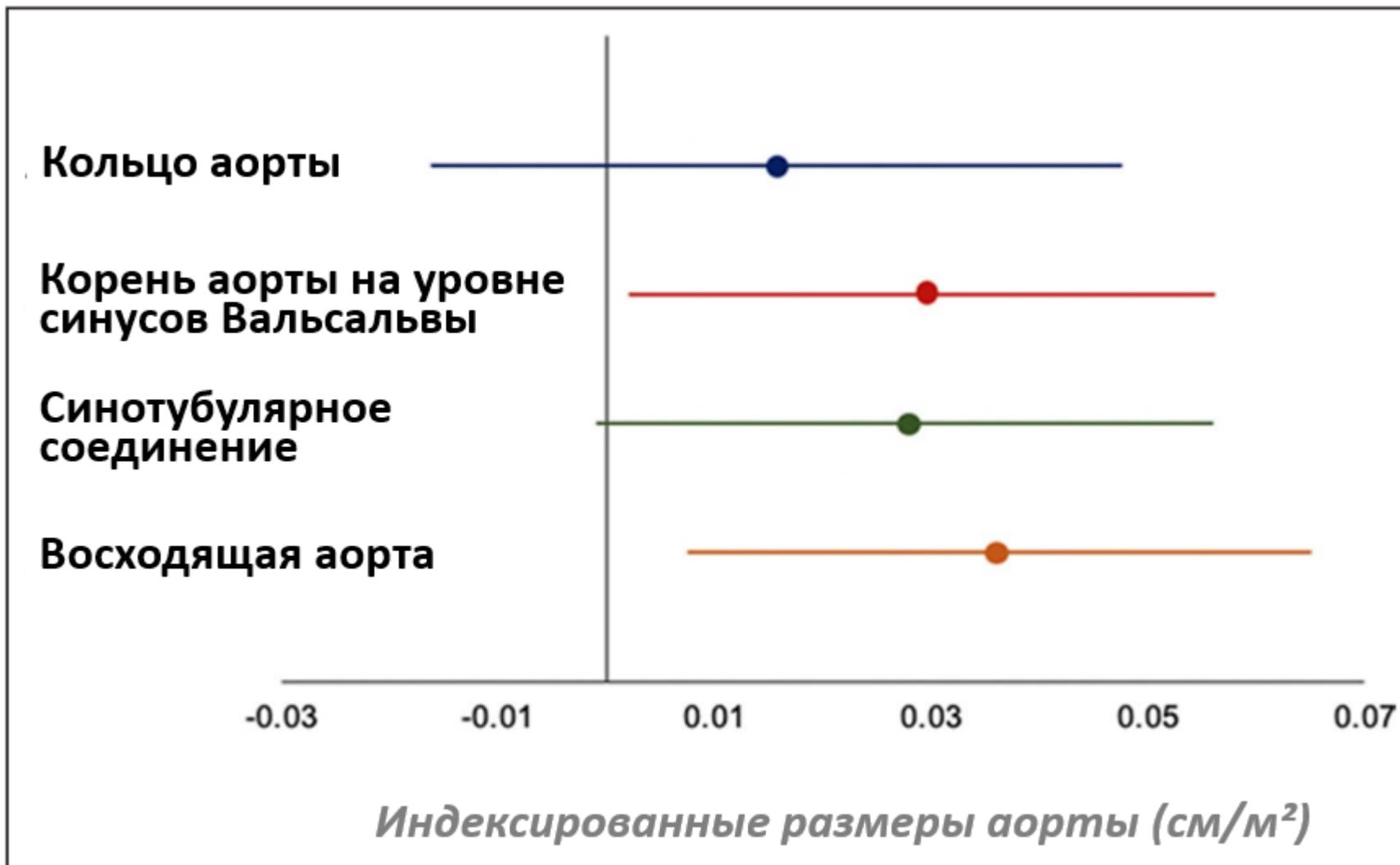
ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ – МИШЕНЬ ДЛЯ СОВРЕМЕННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ОМТ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ





У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ СЕРОСТАТУС И ВОСПАЛЕНИЕ АССОЦИИРОВАНЫ С УВЕЛИЧЕНИЕМ РАЗМЕРОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ

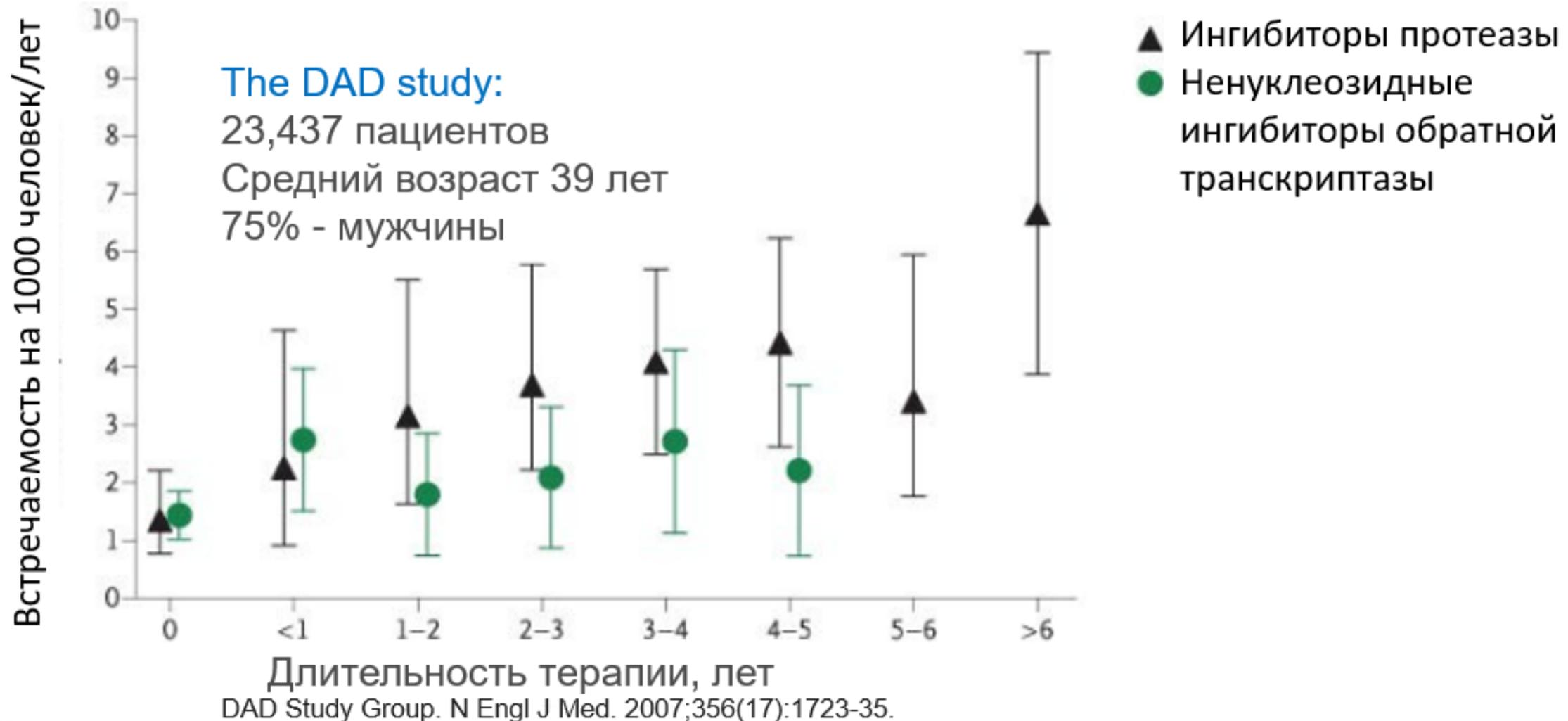
Совокупный показатель (CD-4 Т-клетки, вирусная нагрузка, ФНО- α , С-РБ, ИЛ-6) после поправки на ряд показателей в логистической модели ассоциирован с ремоделированием аорты



ПАЦИЕНТЫ С ВИЧ ИМЕЮТ ПОВЫШЕННЫЙ РИСК СС ЗАБОЛЕВАНИЙ



Антиретровирусная терапия повышает риск ИМ



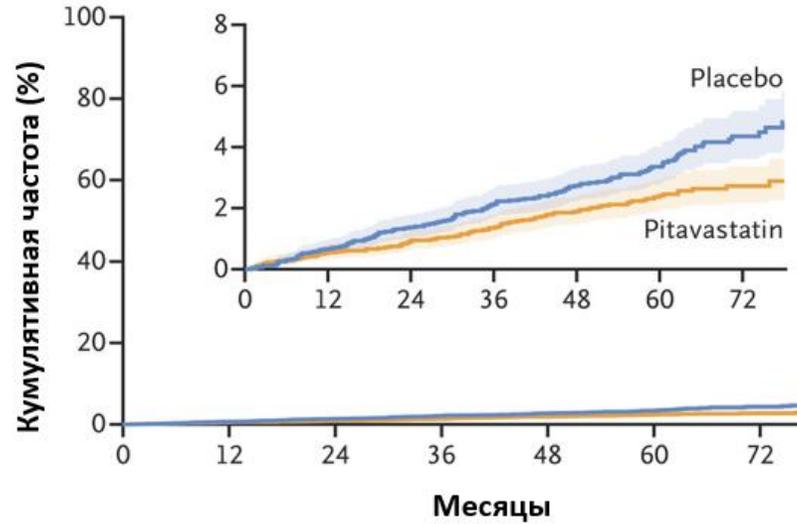


REPRIEVE

ПИТАВАСТАТИН СНИЖАЕТ РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПЕРВОГО БОЛЬШОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО СОБЫТИЯ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ АНТИРЕТРОВИРУСНУЮ ТЕРАПИЮ

- 7769 пациентов с ВИЧ-инфекцией с 10-летним риском АССЗ 4,5% (2.1-7%), получающих АРВТ
- CD4 621 клеток / мм³
- 87,5% пациентов имели вирусную нагрузку ниже нижнего лимита для количественной оценки
- Средний возраст 50 лет
- Медиана наблюдения 5 лет

Первое большое СС событие



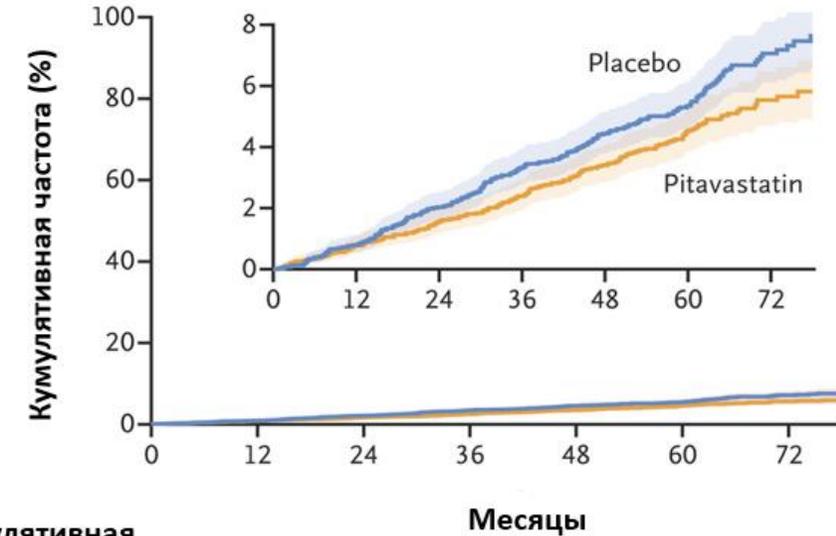
Кумулятивная частота событий (%)

Placebo	0.00	0.66	1.38	2.14	2.74	3.36	4.36
Pitavastatin	0.00	0.56	0.95	1.35	1.89	2.41	2.73

No. at Risk

Placebo	3881	3693	3506	3356	2997	2182	959
Pitavastatin	3888	3647	3475	3364	2997	1947	1052

Первое большое СС событие или смерть



Кумулятивная частота событий (%)

Placebo	0.00	0.80	2.03	3.34	4.44	5.35	7.06
Pitavastatin	0.00	0.77	1.58	2.39	3.40	4.54	5.54

No. at Risk

Placebo	3881	3693	3506	3356	2997	1975	919
Pitavastatin	3888	3647	3475	3364	2998	1948	1027

РЕЗЮМЕ

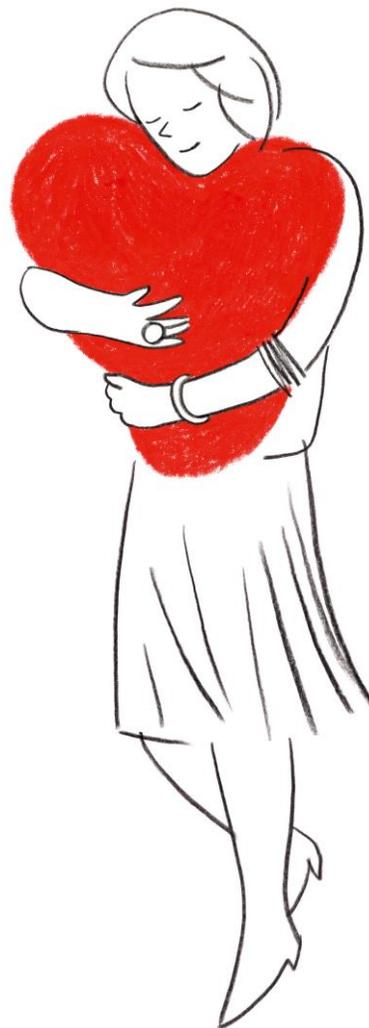


- Дегенеративная патология аортального и митрального клапанов – масштабная проблема практической кардиологии
- Фармакологическая блокада РААС – краеугольный камень лечебной стратегии при АГ у пациентов с аортальным стенозом как до, так и после хирургической и эндоваскулярной коррекции этого порока
- Ингибиторы PCSK9 в большей мере относительно статинов ассоциированы с замедлением кальцификации аортального клапана
- Подходы к терапии СН у пациентов с клапанной болезнью сердца продолжают совершенствоваться. В ключевые РКИ по СН включались пациенты с КБС, критерии которой в большинстве случаев не были уточнены
- Оптимизация гайд-регламентированной медикаментозной терапии СН может привести к значительной редукции вторичной митральной регургитации и отсрочить применение хирургических (интервенционных) методов её коррекции или улучшить прогноз при их применении
- Конвенционная антикоагулянтная терапия включает АВК при механическом протезе клапана и умеренном/тяжёлом МС, польза и безопасность ПОАК при остальных вариантах КБС считается доказанной
- Антибактериальная профилактика ИЭ при дентальных и кардиологических вмешательствах отражена в текущих руководствах
- ВИЧ сопровождается поражением проксимального отдела аорты, миокарда, перикарда, развитием атеросклероз-ассоциированных заболеваний; доказана органопротективная кардиоваскулярная польза отдельных липидснижающих препаратов у этих пациентов



ИЮНЬСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ
В КАРДИОКЛИНИКЕ

**СПАСИБО
ЗА ВНИМАНИЕ!**



Приглашаем присоединиться
к участникам конференций
в Telegram-канале.