










«ЛОЖНЫХ» комиссур						комиссуры)
						
1 подкатегория	Lat	ap	L – R	R – N	N – L	L – R / R – N
Позиция створок и «ложных» комиссур						
2 подкатегория						
Функция клапана	I – недостаточность S – стеноз B (I + S) – сочетание недостаточности и стеноза No – нормальная функция аортального клапана					

Приложение Б. Алгоритмы действий врача


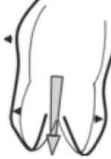
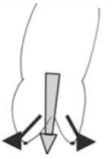



Таблица ПБ-1. Степени хронической аортальной недостаточности [11, 159]

Параметр	Легкая АН	Умеренная АН	Тяжелая АН
Структурные параметры			
Створки АК	Нормальные или изменены	Нормальные или изменены	Изменены/«молотящая» створка или большой дефект коаптации
Размеры ЛЖ	Нормальные	Нормальные или увеличенные	Обычно увеличенные
Качественные параметры			
Ширина потока в ВОЛЖ, цветовой поток	Небольшая в центральных потоках	Средняя	Большая в центральных потоках, вариабельная в эксцентричных потоках

Конвергенция потока, цветовой поток	Нет либо крайне малая	Промежуточная	Выраженная
Плотность потока, CW	Неполная или слабая	Плотная	Плотная
Характер убывания потока, CW (PHT, мс)	Плавный, >500	Промежуточный, 500-200	Резкий, <200
Реверсия диастолического потока в нисходящей аорте, PW	Короткая, ранняя диастолическая реверсия	Промежуточная	Выраженная диастолическая реверсия
Полуколичественные параметры			
Ширина струи регургитации (vena contracta), мм	<3	3-6	>6
Отношение «ширина струи» / «ширина ВОЛЖ», центральный поток, %	<25	25-64	≥65
Отношение «площадь поперечного сечения струи» / «площадь поперечного сечения ВОЛЖ», центральные потоки, %	<5	5-59	≥60
Объем регургитации, мл/сердечное сокращение	<30	30-59	≥60
Фракция регургитации, %	<30	30-49	≥50
Эффективная площадь устья регургитации, см ²	<0.10	0.10-0.29	≥0.30

Примечания. АК – аортальный клапан; АН – аортальная недостаточность; ВОЛЖ – выходной отдел левого желудочка; CW – постоянно-волновое доплеровское исследование; PHT – время полуспада; PW – импульсный доплер.

Таблица ПБ-2. Функциональная классификация аортальной недостаточности El Khoury и de Kerchove (адаптировано из de Kerchove L., El Khoury G., 2013) [16]

Класс АН	Тип I Нормальная подвижность створок, расширение ФК АК либо перфорации створок				Тип II Пролапс створок	Тип III Рестрикция створок
	Ia	Ib	Ic	Id		
Механизм						
Метод коррекции (первично)	Пластика СТС <i>НП аорты</i>	Сохранение АК: <i>Реимплан- тация либо ремодели- рование с СКА</i>	СКА	Пластика заплатой <i>Ауто- либо ксено- перикард</i>	Устране- ние пролапса <i>Пликация Резекция Пластика свободно- го края Ресуспен- зия Пластика заплатой</i>	Пластика створки <i>Декальци- нация Пластика заплатой</i>
Метод коррекции (вторично)	СКА		Пластика СТС	СКА	СКА	СКА

Примечания: АК – аортальный клапан; АН – аортальная недостаточность; НП – надкоронарное протезирование; СКА – субкомиссуральная аннулопластика; СТС – синотубулярное соединение; ФК – фиброзное кольцо.

Таблица ПБ-3. Целевые значения МНО после протезирования АК механическим протезом невысокой тромбогенности, требующим пожизненной антикоагулянтной терапии

Отсутствие факторов риска (синусовый ритм, нормальный градиент на протезе АК, сохранная ФВ ЛЖ, отсутствие эффекта спонтанного контрастирования)	Наличие факторов риска (фибрилляция предсердий, ФВ <35%, наличие эффекта спонтанного контрастирования, вмешательство на других клапанах сердца)
2,0 – 3,0	2,5 – 3,5

Примечание. АК – аортальный клапан; ЛЖ – левый желудочек; ФВ – фракция выброса.

Оптимизация диагностического процесса

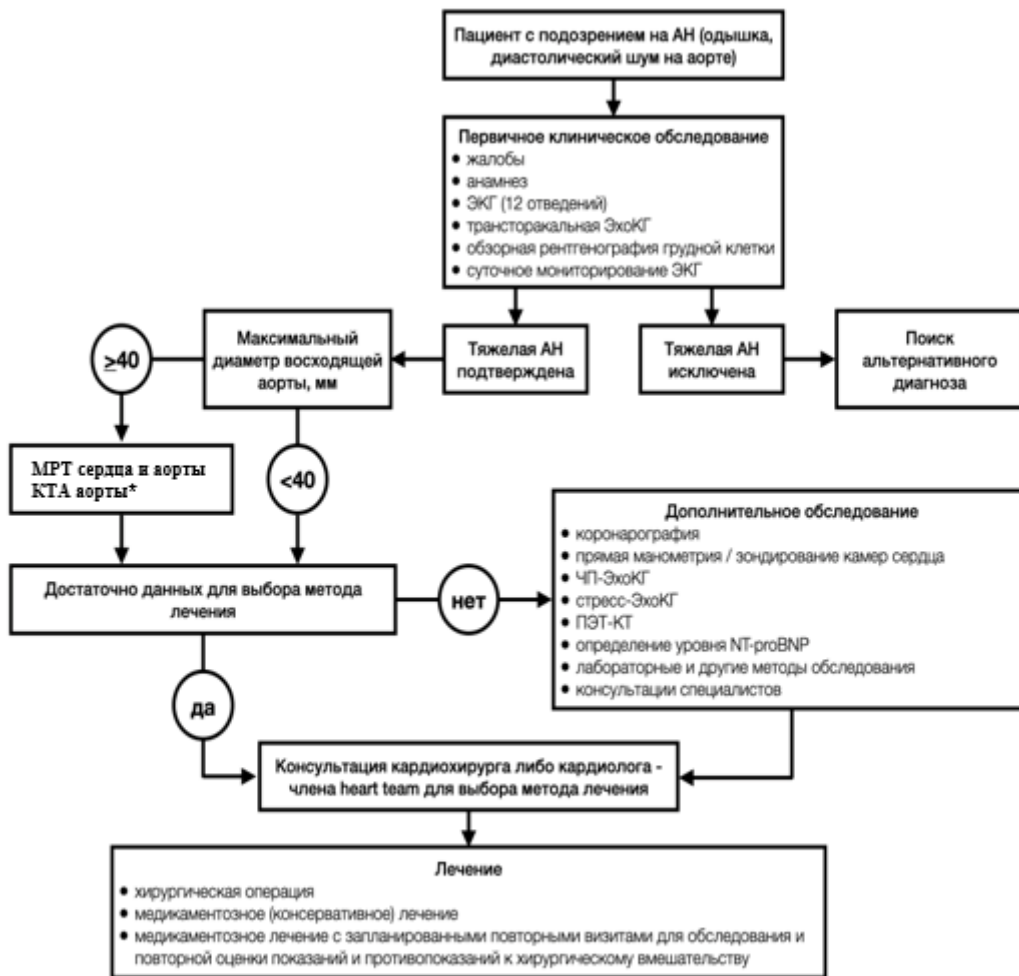
Этап скрининга и верификации клапанных пороков обычно проводится на амбулаторном этапе диагностики. Пациенты с тяжелым клапанным пороком, либо пациенты с другой степенью тяжести и стадией, но с тяжелой сопутствующей патологией направляются в многопрофильный центр с кардиохирургическим отделением для консультации кардиолога. В случае необходимости определения показаний к оперативному

лечению порока пациент кардиологом многопрофильного центра направляется на консультацию к кардиохирургу (Таблица 5).

Таблица ПБ-4. Этапы диагностической помощи для больных с клапанным пороком

Этапы	Объем обследования
Первичная медико-санитарная помощь	<p><u>Скрининг:</u> Сбор жалоб, анамнеза, осмотр, аускультация, ЭКГ, рентгенография грудной клетки, общий анализ крови</p>
Первичная специализированная помощь	<p><u>Определение наличия клапанного порока:</u> ЭхоКГ</p> <p><u>Исключение наиболее частых причин клапанных пороков:</u> ЧП ЭхоКГ, спирография, биохимический анализ крови, антистрептолизин-О, ревматоидный фактор, посев крови трехкратно на высоте лихорадки, тест на прокальцитонин, антинуклеарный фактор</p>
Многопрофильный центр с кардиохирургией	<p><u>Определение показаний к оперативному вмешательству:</u> ЭхоКГ, нагрузочный тест, КТ, катетеризация левых камер сердца, КАГ, МРТ</p> <p><u>Оценка риска осложнений без оперативного вмешательства:</u> Тест 6-минутной ходьбы, кардиопульмональный нагрузочный тест, биомаркеры (мозговой натриуретический пептид), генетический анализ</p>

Рисунок ПБ-1. Алгоритм первичной диагностики и хирургического лечения тяжелой аортальной недостаточности



*предпочтение следует отдавать МРТ

Рисунок ПБ-2. Алгоритм ведения пациента после коррекции аортальной недостаточности

