ПОРОКИ СЕРДЦА
МИТРАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ

Сужение левого АВ-отверстия, создающее препятствие поступлению крови во время диастолы из левого предсердия в левый желудочек.

В норме площадь левого АВ-отверстия составляет 4-6 см^2

Этиопатогенетические факторы.

1.Острая ревматическая лихорадка

2.Врожденный МС, в сочетании с ДМПП (синдромом Лютембаше).

3.Дегенеративные изменения (фиброкальциноз)

4.Системные заболевания соединительной ткани (СКВ, ревматоидный артрит)

5.Инфекционный эндокардит

Классификация (табл. 13)

Таблица 13

Классификация МС по степени тяжести:

Степени	Площадь митрального отверстия, см^2	Трансмитральный градиент, мм рт.ст.	Систолическое давление в легочной артерии, мм рт.ст.
Легкая	более 1,5	менее 5	менее 30
Умеренная	1,0-1,5	5-10	30-50
Тяжелая	менее 1	более 10	более 50

По стадии МС в зависимости от расстройств легочной и системной гемодинамики (Бакулев А.Н., Дамир Е.А., 1955):

Стадия I. Имеются прямые признаки порока, но больные полностью компенсированы. Одышки не наблюдается ни в покое, ни при физической нагрузке.

Стадия II. Признаки нарушения кровообращения в малом круге, проявляющиеся одышкой при физической нагрузке.

Стадия III. Выраженные признаки нарушения кровообращения в малом круге, начальные признаки застоя в большом круге.

Стадия IV. Выраженные признаки застоя в малом и большом круге. Симптомы выраженного “изнашивания” миокарда (мерцательная аритмия).

Стадия V. “Дистрофическая” стадия с симптомокомплексом, соответствующим III стадии недостаточности кровообращения по классификации Н.Д.Стражеско и В.Х. Василенко.

По выраженности нарушений гемодинамики:

Первый период – компенсация клапанного дефекта левым предсердием. Имеются прямые признаки порока, жалоб нет, легочной гипертензии нет.

Второй период – легочная гипертензия и гиперфункция правого желудочка. Симптоматика порока представлена прямыми и косвенными (легочными) признаками.

Третий период – правожелудочковая недостаточность с генерализацией гемодинамических нарушений.

Осложнения:

I. Осложнения, связанные с нарушением кровообращения в малом круге:

-отек легкого;
-кровохарканье и легочное кровотечение;
-аневризма легочной артерии;
-инфекционные осложнения (бронхит).

II. Расстройства сердечного ритма и проводимости:
-мерцательная аритмия;
-другие нарушения ритма и проводимости.

III.Нарушения кровообращения в большом круге:
-хроническая застойная недостаточность кровообращения.

IV.Тромбоэмболические осложнения.

V.Прочие осложнения:
-парез гортани;
-сдавление левого основного бронха.

Клинические синдромы

1.Легочная гипертензия и застой крови в малом круге кровообращения (одышка, сухой кашель, кровохарканье, приступы удушья по ночам и после физической нагрузки (сердечная астма).

2.При выраженной атриомегалии - дисфония (осиплость голоса) и дисфагия.

3.Мерцательная аритмия

4.Тромбоэмболические осложнения

5.Правожелудочковая недостаточность (застой крови по большому кругу кровообращения: отеки, гепатомегалия, асцит, гидроторакс)

Объективные признаки

- Если порок сформировался в детском или юношеском возрасте, то характерен внешний вид больных – “митральный нанизм”, наличие “сердечного горба”.
- Цианоз лица – facies mitralis, акрацианоз.
- Пульс при выраженном митральном стенозе малого наполнения, иногда ассиметричный (pulsus differens), с уменьшенным наполнением на левой руке в результате сдавления левой подключичной артерии увеличенным левым предсердием. Часто - мерцательная аритмия. Артериальное давление либо нормальное, либо несколько понижено.
- Визуально и пальпаторно выявляется сердечный толчок и эпигастральная пульсация (признаки гипертрофии правого желудочка).
- Диастолическое дрожание (“кошачье мурлыкание”) в области верхушки
- Зона относительной сердечной тупости расширена вправо и вверх.
- *При аускультации* в области верхушки сердца – трехчленный “ритм перепела”: хлопающий 1 тон (признак малого наполнения левого желудочка) и звук открытия митрального клапана, появляющийся через 0,06-0,12 с после II тона. Диастолический шум на верхушке. Акцент II тона над легочной артерией.

При развитии относительной недостаточности клапанов легочной артерии – диастолический шум Грэхема – Стилла во втором межреберье слева от грудины. При развитии относительной недостаточности трикуспидального

клапана – систолический шум Риверо-Корвалло на основании мечевидного отростка.
-Признаки застоя крови по малому и большому кругам кровообращения.

Методы лабораторной диагностики

О с н о в н ы е:

1.Клинический анализ крови (лейкоциты, СОЭ)
2.Биохимический анализ крови (диспротеинемия: ↑общего белка, гамма-глобулинов, альфа-2-глобулинов, тимоловой пробы, фибриногена, сиаловых кислот (проба Гесса), СРБ).
3.Коагулограмма
4.Серологический анализ крови:
-Титр антистрептолизина-О (АСЛ-О)

Д о п о л н и т е л ь н ы е:

1.Определение иммунологических маркеров РФ, СКВ (РФ, АНФ и др.)
2.Посев крови на стерильность.

Методы инструментальной диагностики:

О с н о в н ы е:

1.ЭКГ (гипертрофия левого предсердия и правого желудочка)
2.ЭХО-КГ в двухмерном и доплеровском режиме
3.Рентген грудной клетки.

Д о п о л н и т е л ь н ы е:

Суточное мониторирование ЭКГ
Стресс-Эхо-КГ (дополнительная информация о трансмитральном кровотоке)
Чреспищеводная Эхо-КГ (выявление тромбов в левом предсердии)
Катетеризация сердца

Консультация кардиохирурга

Примеры формулировки диагноза

1.Хроническая ревматическая болезнь сердца. Митральный порок сердца: митральный стеноз тяжелой степени.
Осложнения: Мерцательная аритмия тахисистолическая форма. СН III ф.к. по NYHA.

Дифференциально-диагностический ряд

1.Миксома левого предсердия
2.Стеноз трикуспидального клапана
3.ДМПП
4.Тяжелая аортальная недостаточность, приводящая к развитию относительного митрального стеноза (шум Флинта)

Принципы терапии

1.Этиотропная терапия - лечение ОРЛ (см. раздел: острая ревматическая лихорадка)
2.Коррекция гемодинамических нарушений, нарушений ритма сердца и проявлений сердечной недостаточности (диуретики, верошпирон, препараты калия, магния, бета-адреноблокаторы, сердечные гликозиды – только при мерцательной аритмии)

3.Профилактика тромбоэмболических осложнений (при наличии мерцательной аритмии, дилятации левого предсердия более 55 мм, наличии тромба в левом предсердии, тромбоэмболических осложнений в анамнезе) – антикоагулянты (варфарин) под контролем МНО.
4.*Хирургическое лечение:*
- *Баллонная катетерная митральная вальвулопластика*
Показания: умеренный и тяжелый митральный стеноз, отсутствие тромба в левом предсердии, отсутствие тяжелой митральной регургитации, легочная гипертензия более 50 мм рт.ст., подходящая морфология клапана
- *Закрытая и открытая комиссуротомия*
Показания: критический митральный стеноз (менее 1 $см^2$), оперативное лечение проводится по жизненным показаниям и невозможности проведения выльвулопластики и протезирования клапана.
- *Протезирование митрального клапана*
Показания:
II – IV стадии митрального стеноза по классификации. Бакулева А.Н. и Дамир Е.А. (умеренный митральный стеноз с наличием клинических проявлений, критический митральный стеноз)
Митральный стеноз с повторными тромбоэмболиями (независимо от выраженности застоя крови)

Виды протезов митрального клапана: биологические (тканевые алло-ксенобопротезы), механические (шариковые, дисковые, тканные)

Профилактика

Первичная профилактика – профилактика возникновения острой ревматической лихорадки. Адекватная терапия ОРЛ.
Вторичная профилактика:
-Проведение вторичной профилактики ревматической лихорадки.
-Профилактика гемодинамического прогрессирования митрального стеноза: ограничение физических нагрузок, профилактика простудных заболеваний, исключение стрессов.
-Профилактика вторичных инфекционных эндокардитов.
После кардиохирургического лечения (протезирования митрального клапана) - антикоагулянтная пожизненная терапия.

НЕДОСТАТОЧНОСТЬ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Поражение аппарата митрального клапана (створки, сухожильные хорды, папиллярные мышцы), при котором возникает обратный ток крови (регургитация) из левого желудочка в левое предсердие в фазу систолы**.**

Этиопатогенетические факторы
1.Острая ревматическая лихорадка.
2.Инфекционный эндокардит

3.Системные заболевания соединительной ткани (бородавчатый эндокардит Либмана-Сакса) при системной красной волчанке, склеродермии, ревматоидном артрите.
4.Дегенеративные изменения клапана: миксоматозная дегенерация, фиброкальциноз, синдром Марфана
5.Врожденная митральная недостаточность
6.Структурные повреждения клапанного аппарата
-разрыв сухожильных хорд,
-дисфункция, или некроз папиллярных мышц (так называемый "папиллярный синдром“),
-дилятация клапанного кольца при кардиомегалии и расширении полости левого желудочка при аортальных пороках (так называемая “митрализация” аортальных пороков), при тяжелых поражениях миокарда (ИБС, миокардиты, кардиомиопатии), аневризме левого желудочка, АГ,
-пролабирование створок митрального клапана в полость левого предсердия; (это патологическое состояние рассматривается отдельно)

Классификация

По этиологии: неишемическая, ишемическая
По морфологическому признаку:
- органическая митральная недостаточность (выраженная деформация и уменьшение створок)
- относительная митральная недостаточность (дисфункция папиллярных мышц, хорд, фиброзного кольца при неизменных створках).
По степени тяжести: легкая (фракция регургитации 20-40%), умеренная (40-60%), тяжелая (более 60%).
По течению: острая и хроническая
По выраженности нарушений гемодинамики:
Первый период – компенсация клапанного дефекта усиленной работой левого желудочка и левого предсердия;
Второй период – развитие пассивной венозной легочной гипертензии с умеренно выраженными симптомами застоя крови в малом круге кровообращения (одышка, кашель, кровохарканье, приступы сердечной астмы).
Третий период – развитие правожелудочковой недостаточности с генерализацией нарушений кровообращения.
Осложнения: редко (в отличие от митрального стеноза): кровохарканье, сердечная астма, мерцательная аритмия, тромбоэмболические осложнения, СН.

Клинические синдромы

1.Застой крови в малом круге кровообращении: одышка, кашель, эпизоды кровохарканья, приступы сердечной астмы
2.Застой крови в большом круге кровообращения: отеки, тяжесть и боли в правом подреберье в связи с гепатомегалией.

Объективные признаки

- При выраженном застое в малом круге - акроцианоз, цианотический румянец на лице (facies mitralis).
- Усиленный смещенный влево верхушечный толчок
- При гипертрофии правого желудочка - сердечный толчок и эпигастральная пульсация.
- Зона относительной сердечной тупости увеличена влево и вверх, на поздних стадиях порока – и вправо.
- *При аускультации сердца* - ослабление или исчезновение I тона на верхушке. Сразу за I тоном, или замещая его, звучит систолический шум митральной регургитации. Шум может быть мягким, дующим, "музыкальным" или грубым, убывающим или занимающим всю систолу., проводится в левую подмышечную область, усиливается в положении на левом боку, в фазу выдоха.
-Признаки застоя по малому и большому кругам кровообращения.

Методы лабораторной диагностики

О с н о в н ы е:

1.Клинический анализ крови (лейкоциты, СОЭ)
2.Биохимический анализ крови (диспротеинемия: ↑общего белка, гамма-глобулинов, альфа-2-глобулинов, тимоловой пробы, фибриногена, сиаловых кислот (проба Гесса), СРБ).
3.Коагулограмма
4.Серологический анализ крови:
-Титр антистрептолизина-О (АСЛ-О)

Д о п о л н и т е л ь н ы е:

1.Определение иммунологических маркеров РФ, СКВ (РФ, АНФ и др.)
2.Посев крови на стерильность

Методы инструментальной диагностики:

О с н о в н ы е:

1.ЭКГ (гипертрофия левого предсердия и левого желудочка, а на поздних стадиях порока – и правого желудочка)
2.ЭХО-КГ в двухмерном и доплеровском режиме
3.Рентген грудной клетки (увеличение левого предсердия и левого желудочка, сглаженность левого контура сердца).

Д о п о л н и т е л ь н ы е:

Суточное мониторирование ЭКГ
Стресс-Эхо-КГ (дополнительная информация о трансмитральном кровотоке)
Чреспищеводная Эхо-КГ (выявление тромбов в левом предсердии)
Катетеризация сердца

Консультация кардиохирурга.

Примеры формулировки диагноза

1.Хроническая ревматическая болезнь сердца. Митральный порок сердца: митральная недостаточность умеренной степени тяжести.
Осложнения: СН II ф.к. по NYHA.

Дифференциально-диагностический ряд

1.Недостаточность трикуспидального клапана
2.Стеноз аортального клапана клапана
3.ДМЖП
4.Гипертрофическая кардиомиопатия

Принципы терапии

1.Этиотропная терапия - лечение активного ревматизма (см. раздел: острая ревматическая лихорадка)
2.Коррекция гемодинамических нарушений, нарушений ритма сердца и проявлений сердечной недостаточности (ингибиторы АПФ, диуретики, вазодилтаторы, препараты калия, магния, бета-адреноблокаторы, нитраты, сердечные гликозиды)
3.Профилактика тромбоэмболических осложнений (при наличии мерцательной аритмии, дилятации левого предсердия более 55 мм, наличии тромба в левом предсердии, тромбоэмболических осложнений в анамнезе) – антикоагулянты (варфарин) под контролем МНО.
4.*Хирургическое лечение:* пластика или протезирование митрального клапана.
Показания:

Тяжелая митральная регургитация с клиническими проявлениями (СН II-IV ф.к.) и отсутствии при этом выраженной дисфункции левого желудочка (ФВ менее 30%).

Умеренная тяжелая митральная недостаточность с признаками систолической дисфункции левого желудочка (ФВ менее 60%, КДО более 100-120 мл/м^2), даже при отсутствии клинических проявлений.

Профилактика

Первичная профилактика – профилактика возникновения острой ревматической лихорадки, ИЭ. Адекватная терапия ОРЛ, ИЭ.
Вторичная профилактика: проведение вторичной профилактики ревматической лихорадки, ИЭ. После кардиохирургического лечения (протезирования митрального клапана) – профилактика инфекционного эндокардита, антикоагулянтная пожизненная терапия.

АОРТАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ

Сужение устья аорты, препятствующее току крови из левого желудочка в аорту в фазу систолы.

Этиопатогенетические факторы

1.Ревматизм
2.Атеросклероз
3.Дегенеративный (идиопатический) внутрисердечный кальциноз
4.Инфекционный эндокардит
5.Врожденный аортальный стеноз
6.Карциноидный синдром

Классификация (табл. 14)

Таблица 14

Классификация АС по степени тяжести:

Степень	Скорость потока через аортальный клапан, м/с	Средний градиент давления между левым желудочком и аортой, мм рт.ст.	Площадь аортального клапана, $см^2$
Легкая	менее 3	менее 25	более 1,5
Умеренная	3-4	25-40	1-1,5
Тяжелая	более 4	более 40	менее 1

По стадии:
0 – больные не предъявляют жалоб, хорошо переносят физическую нагрузку;
I – начальные клинические проявления в виде головокружения, стенокардии напряжения, рефлекторных нарушений дыхания;
II – выраженная клиническая картина, в которой выделяется ишемический тип (стенокардия) и застойный тип (одышка, сердечная астма);
III – тотальная СН с застоем в малом и большом кругах кровообращения.
Осложнения: СН, нарушения коронарного и мозгового кровотока, сердечные аритмии.

Клинические синдромы

1.Недостаточное кровоснабжение головного мозга: головокружение, обмороки.
2.Недостаточное кровоснабжение миокарда: сжимающие приступообразные боли за грудиной.
*3.Левожелудочковая недостаточность и застой крови в малом кроуге кровообращения: о*дышка, приступы сердечной астмы.

Объективные признаки

-Бледность кожи в результате спазма ее сосудов при уменьшении сердечного выброса.
-Пульс малый и медленный (parvus et tardus).
-Систолическое и пульсовое артериальное давление снижено.
-Усиленный, поднимающийся верхушечный толчок смещен влево, иногда вниз.
-Систолическое дрожание грудной клетки («кошачье мурлыканье») над аортой.
-Относительная сердечная тупость имеет “аортальную конфигурацию”, со смещением ее границ влево, иногда вниз.
-Расширены границы сосудистого пучка.
-*При аускультации сердца* - I тон на верхушке ослаблен, II тон над аортой ослаблен. Систолический шум во II межреберье справа от грудины и на грудине, проводящийся на сонную и подключичную артерии, в яремную ямку, громкий, грубый, постепенно усиливающийся к середине систолы и ослабевающий к ее концу. Это так называемый “шум изгнания”.
-Симптом Сиротинина-Куковерова (при небольшой степени стеноза устья аорты и ее атеросклерозе) – усиление систолического шума при поднятии рук, заведении их за голову и отклонении тела кзади.
-Признаки застоя по малому и большому кругам кровообращения.

Методы лабораторной диагностики

О с н о в н ы е:

1.Клинический анализ крови (лейкоциты, СОЭ)

2.Биохимический анализ крови (диспротеинемия: ↑общего белка, гамма-глобулинов, альфа-2-глобулинов, тимоловой пробы, фибриногена, сиаловых кислот (проба Гесса), СРБ).

3.Коагулограмма

4.Серологический анализ крови:

-Титр антистрептолизина-О (АСЛ-О)

Д о п о л н и т е л ь н ы е:

1.Определение иммунологических маркеров РФ, СКВ (РФ, АНФ и др.)

2.Посев крови на стерильность

Методы инструментальной диагностики:

О с н о в н ы е:

1.ЭКГ (гипертрофия левого желудочка)

2.ЭХО-КГ в двухмерном и доплеровском режиме

3.Рентген грудной клетки (аортальная конфигурация сердца).

Д о п о л н и т е л ь н ы е:

1.Суточное мониторирование ЭКГ

2.Сфигмография сонной артерии – замедленный подъем пульсовой волны с зазубренностью на восходящей части и вершине (“петушиный гребешок”), сглаженность или исчезновение дикротической волны.

3.Коронарография

Консультация кардиохирурга.

Примеры формулировки диагноза

1.Кальцинированный стеноз устья аорты III степени. Синкопальные состояния.

Осложнения: СН III ф.к. по NYHA

2.Хроническая ревматическая болезнь сердца. Аортальный порок сердца: Аортальный стеноз умеренной степени тяжести.

Осложнения: СН II ф.к. по NYHA.

Дифференциально-диагностический ряд

1.Субаортальный стеноз при гипертрофической кардиомиопатии

2.Стеноз клапана легочной артерии

3.ДМЖП

4.Митральная недостаточность

Принципы терапии

1.Этиотропная терапия - лечение активного ревматизма (см. раздел: острая ревматическая лихорадка), атеросклеротического процесса (см. раздел: атеросклероз)

2.Коррекция гемодинамических нарушений, нарушений ритма сердца и проявлений сердечной недостаточности (ингибиторы АПФ, диуретики, вазодилтаторы, препараты калия, магния, бета-адреноблокаторы, нитраты)

3.*Хирургическое лечение*: протезирование аортального клапана

Показания:

Тяжелый аортальный стеноз (менее 0,6 $см^2/м^2$, градиент давления более 50 мм рт.ст.), сопровождаемый клиническими синдромами (стенокардия, синкопальные состояния, одышка)

Тяжелый аортальный стеноз и систолическая дисфункция левого желудочка (ФВ менее 50%), даже при отсутствии клинических проявлений.

Планирование аорто-коронарного шунтирования у больного с аортальным стенозом.

Профилактика

Первичная профилактика – профилактика возникновения острой ревматической лихорадки и ИЭ. Адекватная терапия ОРЛ и ИЭ.

Вторичная профилактика: проведение вторичной профилактики ревматической лихорадки. После кардиохирургического лечения (протезирования аортального клапана) – профилактика инфекционного эндокардита, антикоагулянтная пожизненная терапия.

НЕДОСТАТОЧНОСТЬ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА

Ретроградный ток крови из аорты в левый желудочек в фазу диастолы через патологически измененный аортальный клапан.

Этиопатогенетические факторы.

1. Ревматизм
2. Инфекционный эндокардит
3. Заболевания корня аорты с его расширением (сифилитический аортит, атеросклероз аорты, расслаивающая аневризма аорты, аневризма синусов Вальсальвы, синдром Марфана)
4. Диффузные заболевания соединительной ткани
5. Частичный отрыв аортальных створок при тупой травме грудной клетки.
6. Значительное увеличение полости желудочка (артериальная гипертензия, ИБС, дилятационная кардиомиопатия)

Классификация

По течению: острая и хроническая

По морфологическому признаку: органическая (сморщивание и разрушение полулунных створок) и относительная (расширение устья аорты при неизмененных створках клапана).

По степени тяжести: легкая (фракция регургитации менее 30%), умеренная (30-50), тяжелая (более 50)

Клинические синдромы

1.Усиленная пульсация сосудов: сердцебиения, ощущение пульсации в голове, шее.

2.Нарушение кровоснабжения головного мозга: головокружения, наклонность к обморокам,

3.Нарушение кровоснабжения миокарда: боли в области сердца стенокардического характера.

4.Левожелудочковая, затем правожелудочковая недостаточность..

Объективные признаки

- Бледность кожи в результате быстрого оттока крови из артериолярного русла

-Пульсация сонных артерий (“пляска каротид”), подключичных, височных, плечевых артерий, дуги аорты (пульсация в яремной ямке).

-Симптом Мюссе - синхронное с пульсом сонных артерий качание головы

-Симптом Квинке - “псевдокапиллярный”пульс (оценивается по пульсирующему изменению окраски ногтевого ложа при надавливании на конец ногтевой пластинки или по пульсации пятна гиперемии после растирания кожи лба).

-Симптом Ландольфи - пульсация зрачков.

-Симптом Мюллера – пульсация мягкого неба.

-Пульс высокий и скорый (pulsus altus et celer).

-Систолическое артериальное давление повышается до 160-170 мм. рт.ст., диастолическое снижается до 50-40 мм. рт.ст., а иногда до 0.

-Верхушечный толчок, усиленный и разлитой, смещается влево и вниз.

-Зона относительной сердечной тупости расширена влево и внизэ

-Расширен сосудистый пучок.

-*При аускультации сердца* - ослабление I тона на верхушке, II тона на аорте. Диастолический шум в точке Боткина, мягкий, дующий.

При значительной дилатации левого желудочка - систолический шум на верхушке. При выраженной аортальной недостаточности - диастолический шум Флинта на верхушке, связанный с относительным митральным стенозом.

-Двойной шум Дюрозье над крупными сосудами (бедренная, локтевая артерии).

Методы лабораторной диагностики

О с н о в н ы е:

1.Клинический анализ крови (лейкоциты, СОЭ)

2.Биохимический анализ крови (диспротеинемия: ↑общего белка, гамма-глобулинов, альфа-2-глобулинов, тимоловой пробы, фибриногена, сиаловых кислот (проба Гесса), СРБ).

3.Коагулограмма

4.Серологический анализ крови:

-Титр антистрептолизина-О (АСЛ-О)

5.Посев крови на стерильность

6.Кровь на RW

Д о п о л н и т е л ь н ы е:

1.Определение иммунологических маркеров РФ, СКВ (РФ, АНФ и др.)

Методы инструментальной диагностики:

О с н о в н ы е:

1.ЭКГ (гипертрофия левого желудочка)

2.ЭХО-КГ в двухмерном и доплеровском режиме

3.Рентген грудной клетки (аортальная конфигурация сердца).

Д о п о л н и т е л ь н ы е:

1.Суточное мониторирование ЭКГ
2.Радионуклидная ангиография
3.Катетеризация сердца

Консультация кардиохирурга.

Примеры формулировки диагноза

1.Острый инфекционный эндокардит аортального клапана. Таяжелая аортальная недостаточность.
Осложнения: СН III ф.к. по NYHA

Принципы терапии

1.Этиотропная терапия - лечение активного ревматизма, инфекционного эндокардита, сифилиса и т.д
2.Коррекция гемодинамических нарушений, нарушений ритма сердца и проявлений сердечной недостаточности (ингибиторы АПФ, диуретики, вазодилтаторы: гидралазин, коринфар; препараты калия, магния, бета-адреноблокаторы, нитраты, осторожно- сердечные гликозиды)
3.*Хирургическое лечение*: протезирование аортального клапана.
Показания:

Тяжелая аортальная недостаточность с (регургитация более 50%) у клиническими проявлениями порока.

Тяжелая аортальная недостаточность с наличием систолической дисфункции левого желудочка (ФВ менее 50%), или дилятации левого желудочка (КДО более 75, КСО более 55), даже при отсутствии клинических проявлений.

Запланированное аортокоронарное шунтирование при наличии тяжелой аортальной недостаточности.

Профилактика

Первичная профилактика – профилактика возникновения острой ревматической лихорадки и ИЭ. Адекватная терапия ОРЛ и ИЭ.
Вторичная профилактика: проведение вторичной профилактики ревматической лихорадки и ИЭ. После кардиохирургического лечения (протезирования аортального клапана) – профилактика инфекционного эндокардита, антикоагулянтная пожизненная терапия.