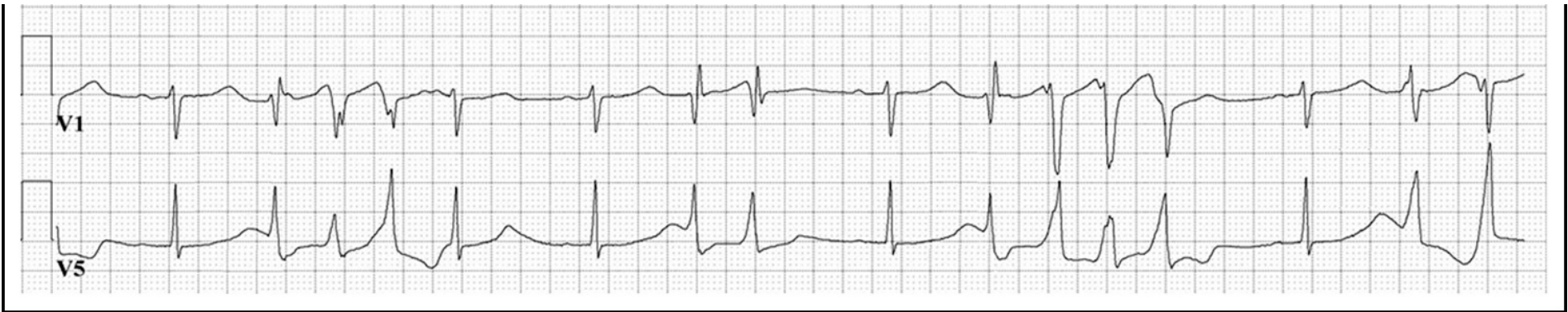


Белялов Фарид Исмагильевич

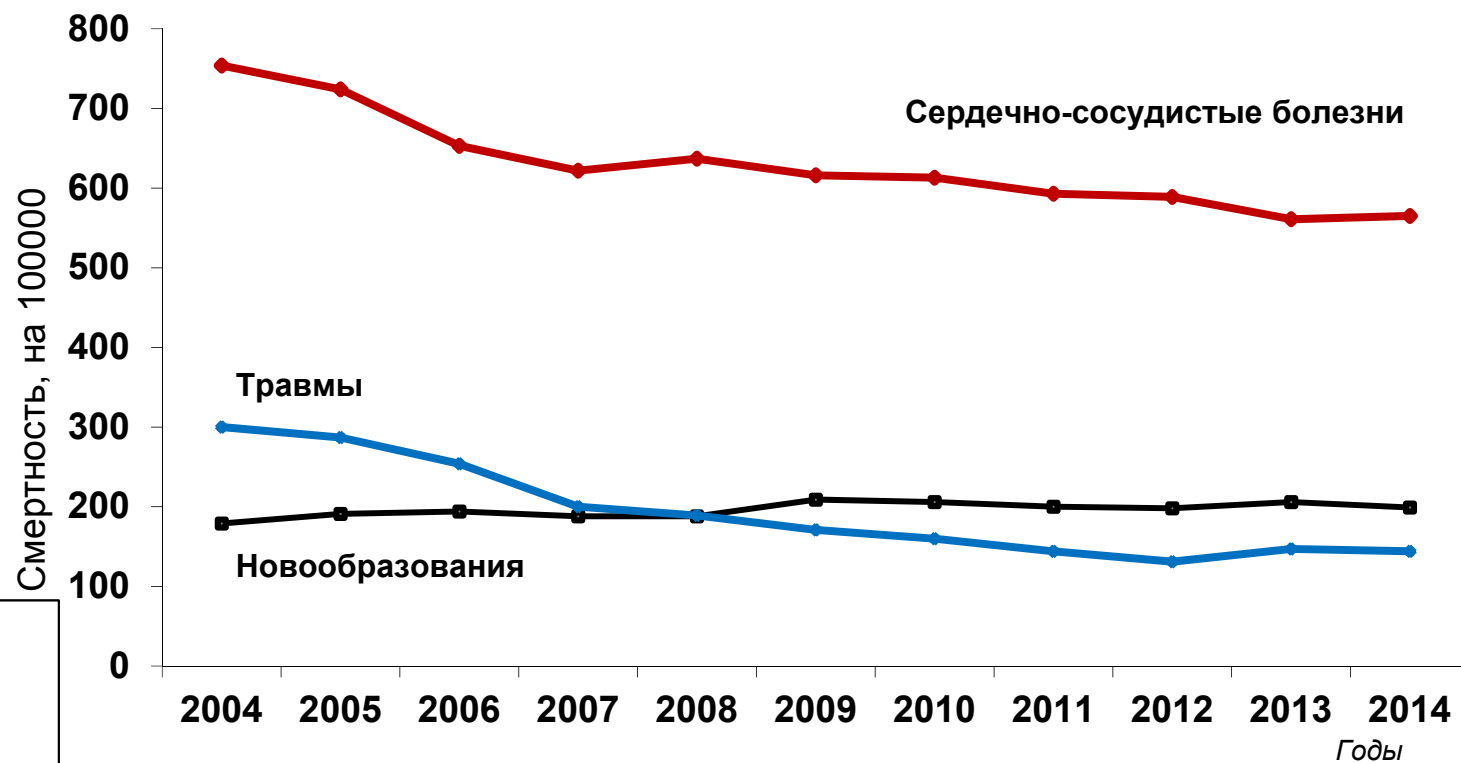
# Кардиология Итоги 2015 года



Иркутск 08.12.2015



# Динамика смертности в Иркутске



Иркутская государственная медицинская академия  
последипломного образования  
Министерство здравоохранения Иркутской области

Белялов Ф.И., Погодаева С.В., Зайцев А.П.,  
Свиштунов В.В., Семенов А.В.



**Медицинская демография  
и причины смертности  
населения Иркутска**

2015

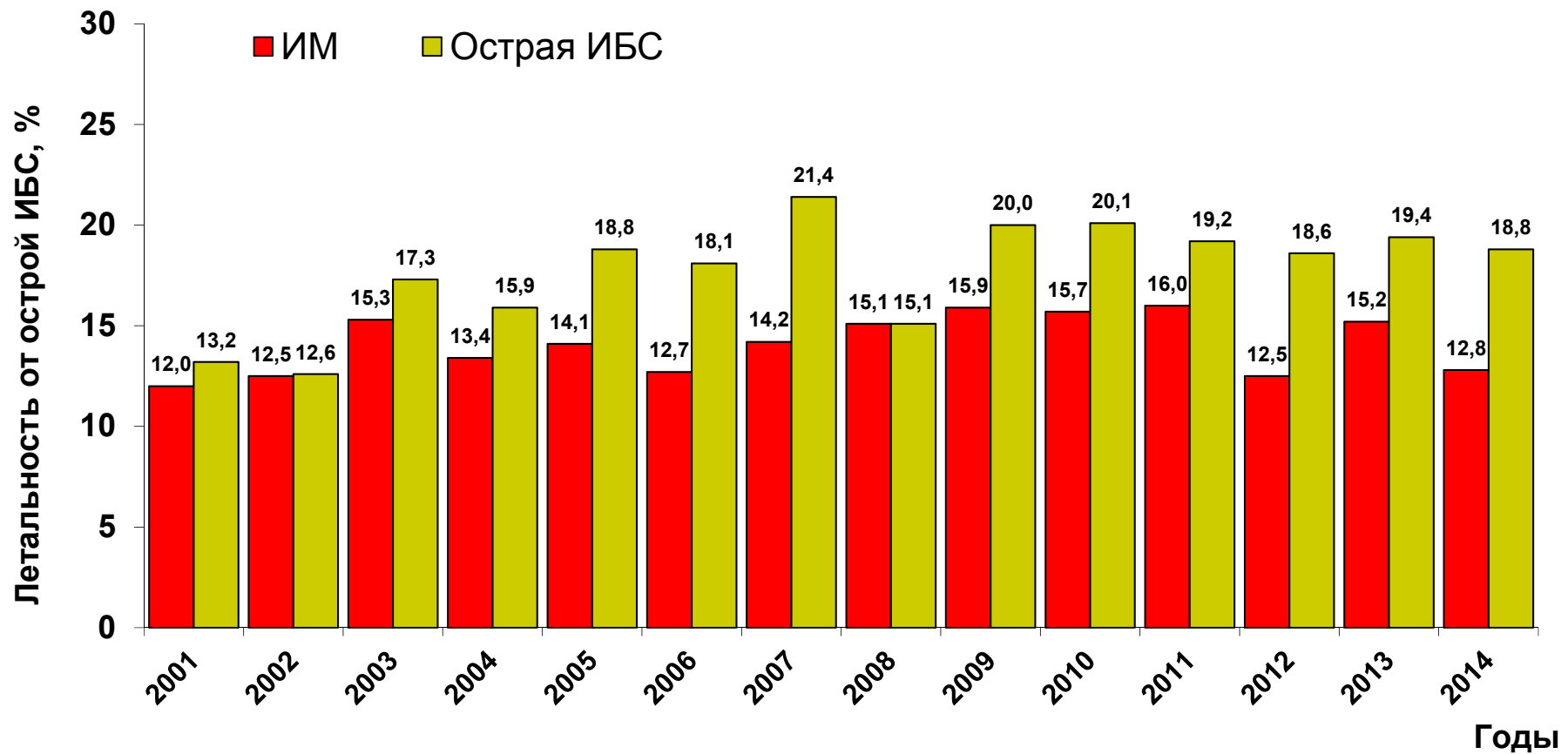
Белялов Ф.И., Погодаева С.В., Зайцев А.П., Свиштунов В.В., Семенов А.В.  
Медицинская демография и причины смертности населения Иркутска. Иркутск, 2015. 39 с.



# Инфаркт миокарда

 <p>МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (Минздрав России)</p> <p><b>ПРИКАЗ</b></p> <p><i>1 июля 2015г.</i></p> <p>Москва</p>	<p>ЗАРЕГИСТРИРОВАН Регистрационный номер от 2015</p> <p>№ <i>404 ан</i></p>	<p> <b>2015 ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation</b></p> <p><b>Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC)</b></p>	<p><b>МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ</b></p> <p><b>ПРИКАЗ</b> от 1 июля 2015 г. N 405ан</p> <p><b>ОБ УТВЕРЖДЕНИИ СТАНДАРТА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ, ОСТРОМ И ПОВТОРНОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА (БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ)</b></p>
---	---	---	--

# Динамика госпитальной летальности в Иркутске от инфаркта миокарда и острых форм ИБС



# Острые боли в груди

в отделениях неотложной помощи

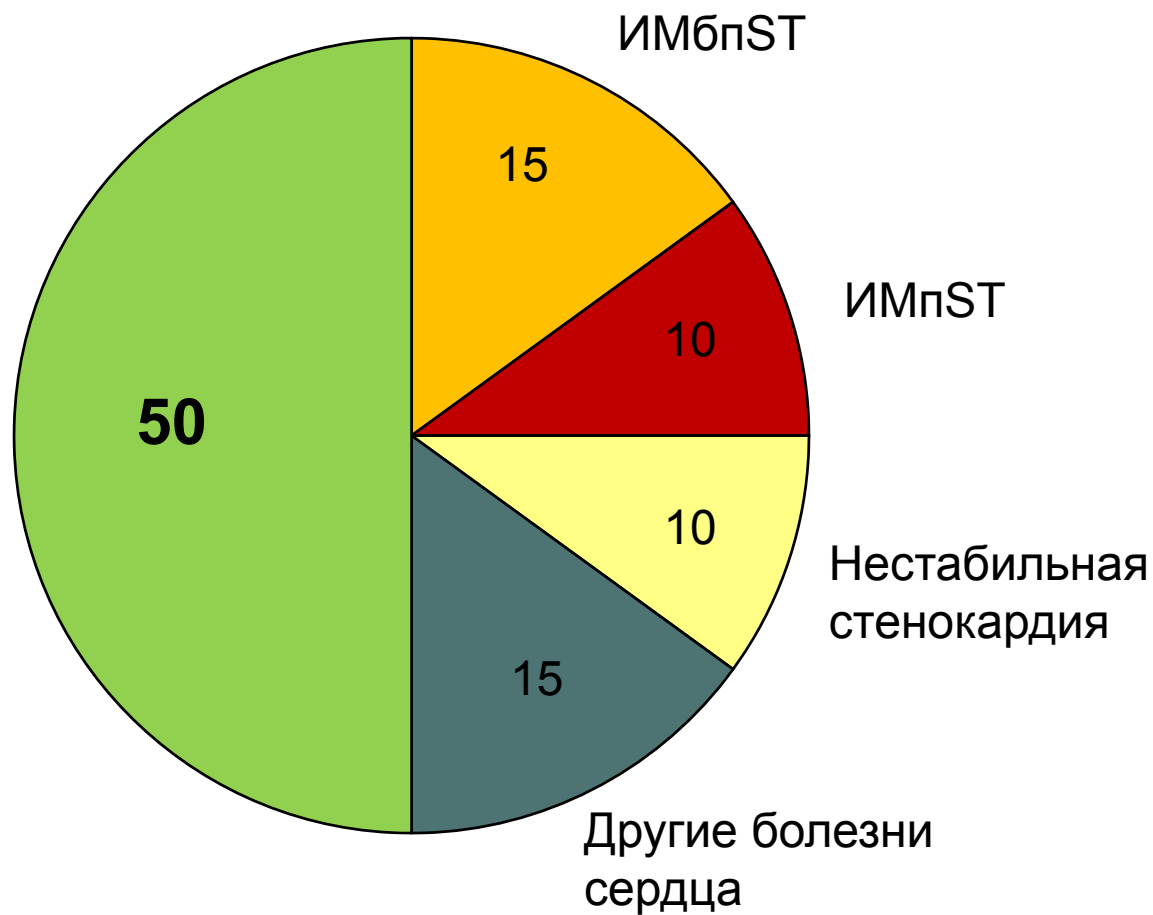
Протоколы,  
шкалы



Несердечные  
причины

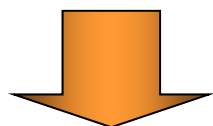


Приемные  
отделения с  
длительным  
наблюдением

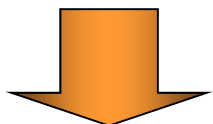


# Ускоренный диагностический протокол

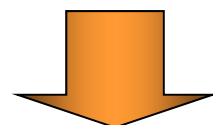
**Острые боли в груди**



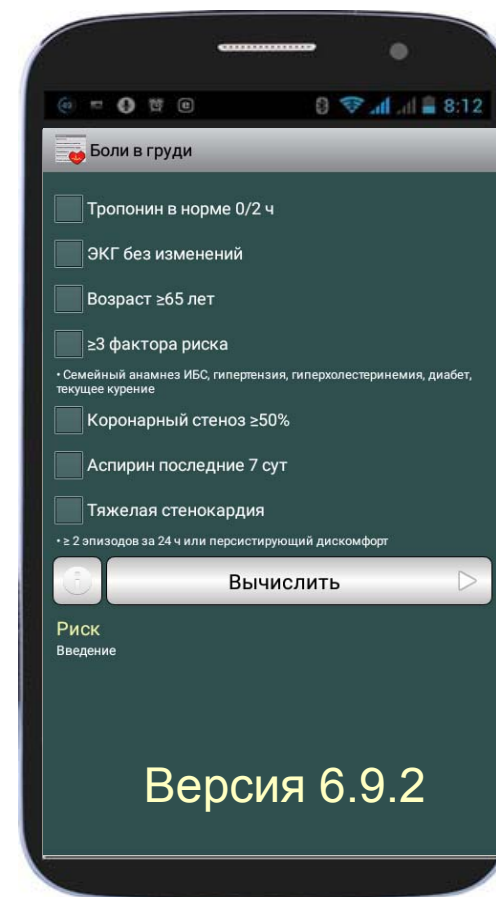
Нормальная ЭКГ  
Нормальный тропонин через 0/2 ч



Нет факторов риска  
по шкале TIMI



**Можно выписать**  
Стресс-тест (ЭКГ, визуализация)  
КТ ангиография



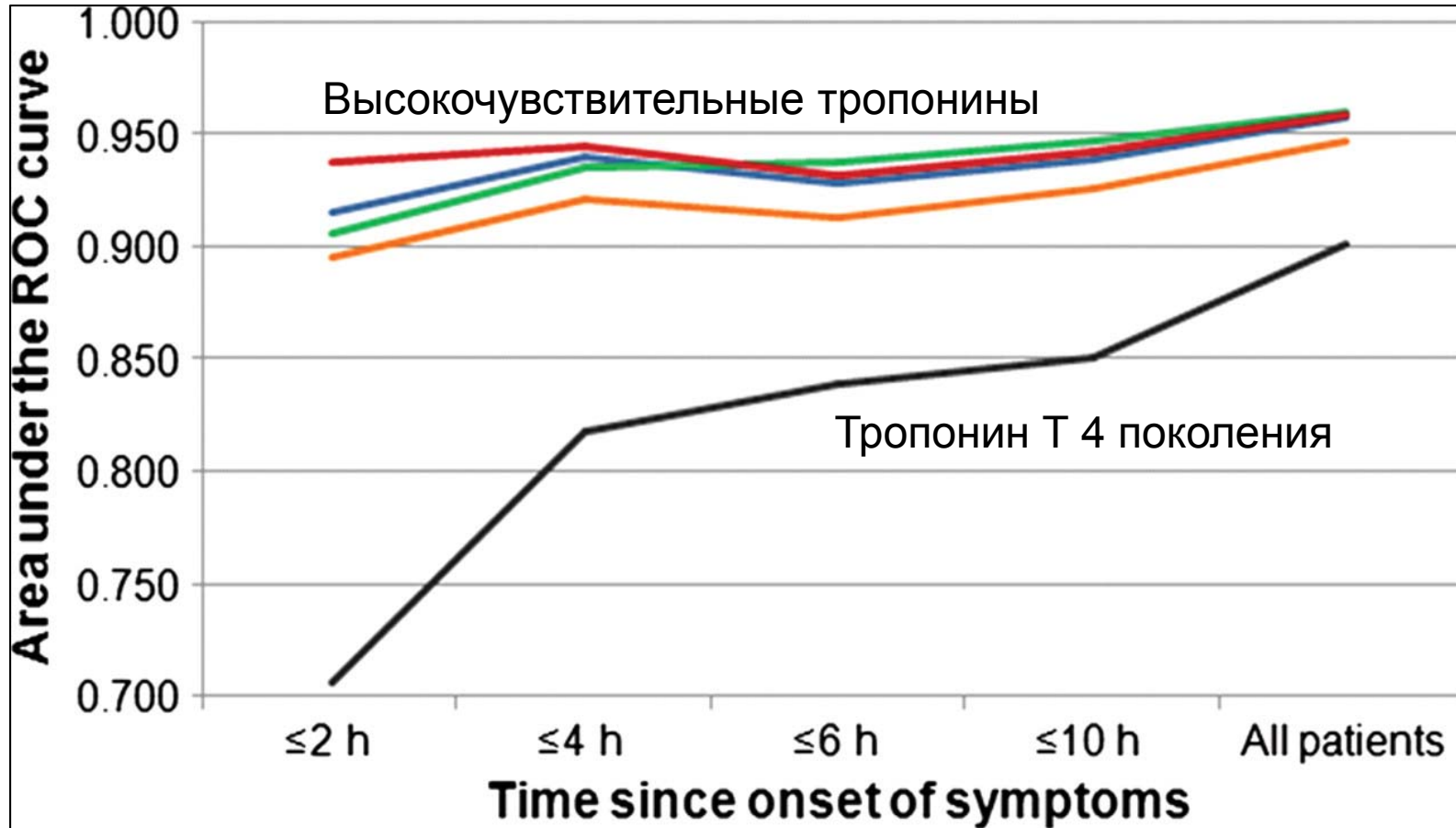


## Шкалы, рекомендации, стандарты

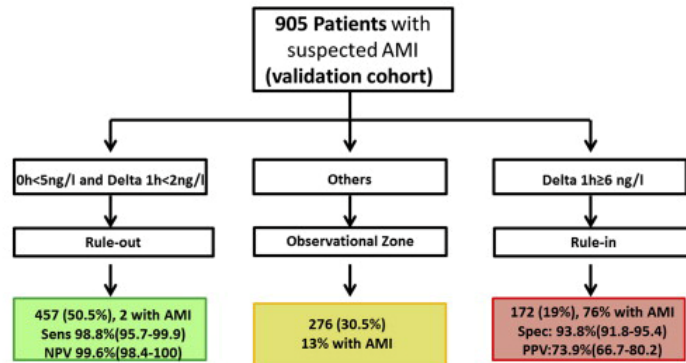


*Среднее – это задохнувшаяся индивидуальность.*

# Ранняя диагностика

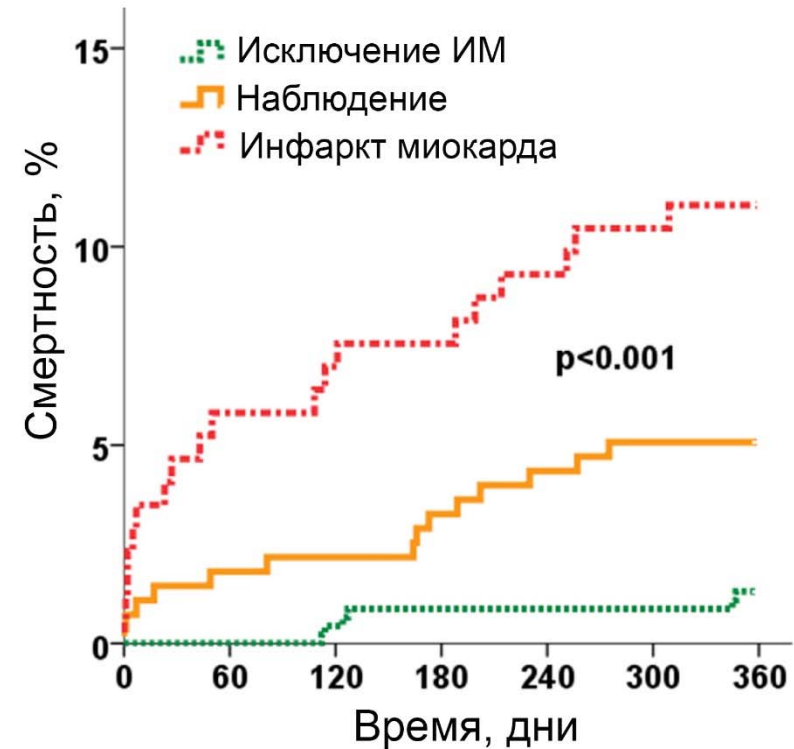
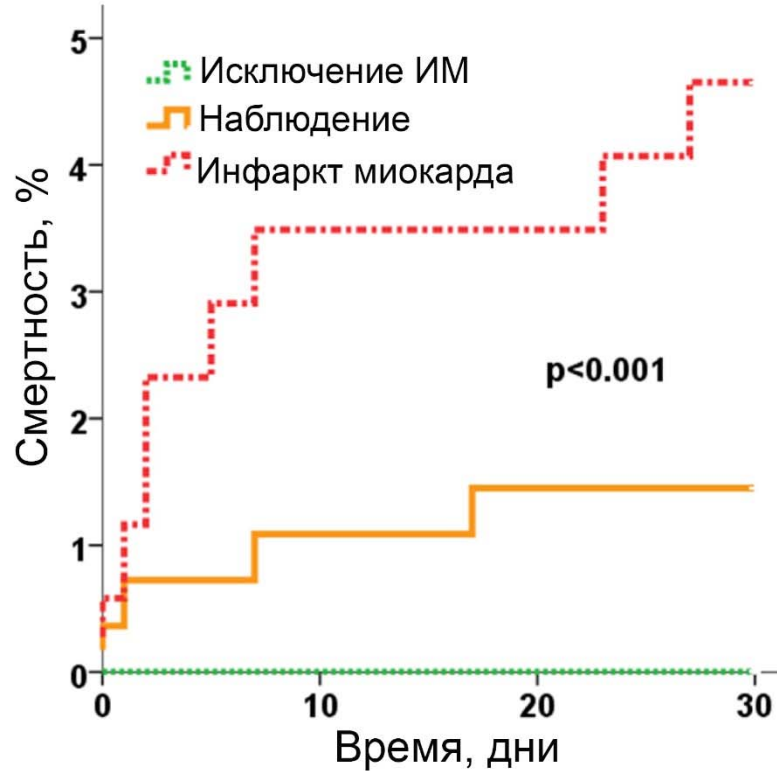


# Диагноз за 1 час: динамика тропонина



<5 нг/л  
Δ1 ч <2 нг/л

Δ1 ч >6 нг/л

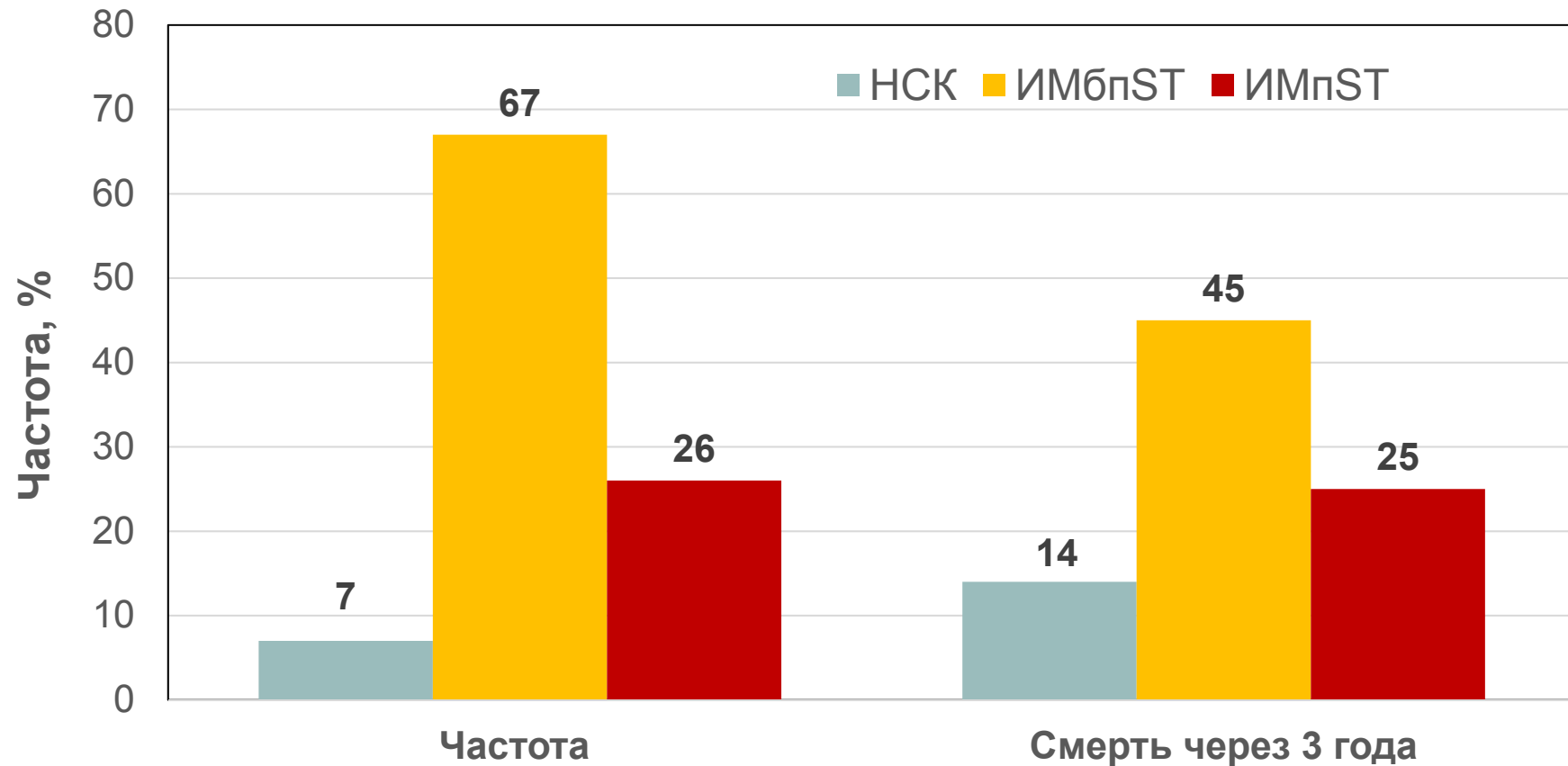


## Плюсы и минусы высокочувствительного тропонина

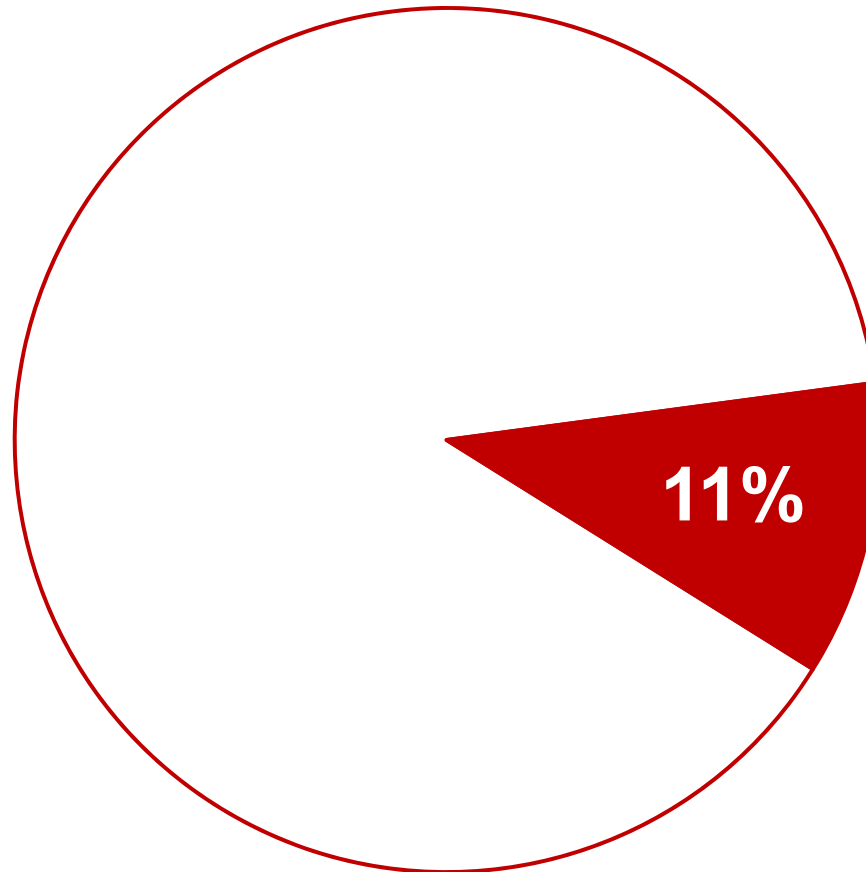
- ❑ Диагностика ИМ намного раньше
- ❑ Можно исключить ИМ в течение 1-3 ч
- ❑ ИМ станет больше, нестабильной стенокардии меньше, улучшится лечение и прогноз
- ❑ Сложнее отличить ИМ от других болезней
- ❑ Дорого

Диагноз основан на анализе всей клинической картины с учетом ее индивидуальности, значения для пациента, реалий здравоохранения, планируемого лечения ...

# Частота и прогноз ОКС после вчТропонина



# Инфаркт миокарда при внебольничной пневмонии



Из 278 последовательных пациентов у 52% повышен вчТропонин Т,  
из них у 22% инфаркт миокарда.

# Кардиоэмболический ИМ

- ❑ 3% всех ИМ.
- ❑ В 73% кардиоэмболический ИМ случаев вызван ФП.
- ❑ Варфарин принимали 40% пациентов с МНО ~1.4.

# ИМ без обструкции коронарных артерий

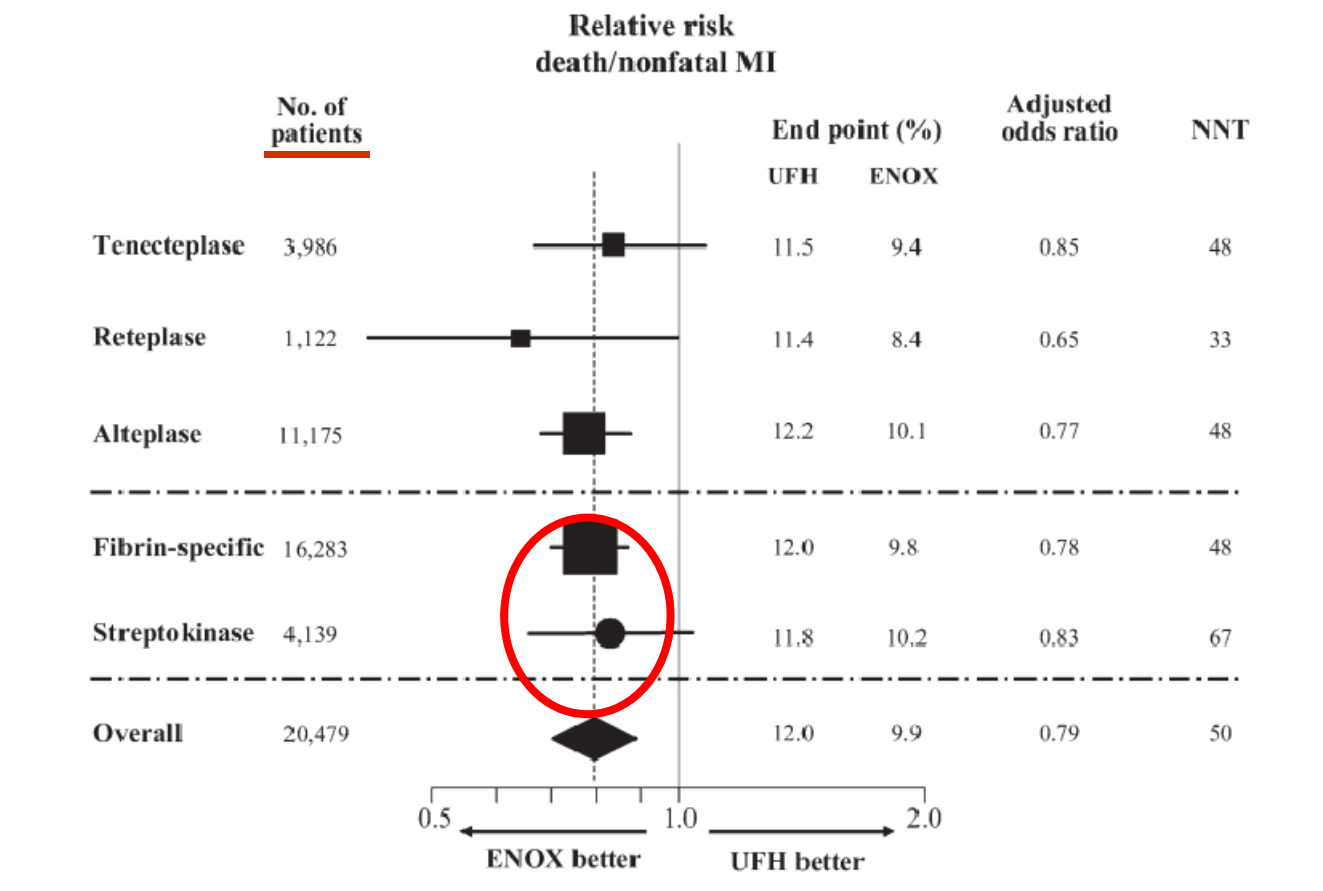
- ❑ Около 6% всех ИМ
- ❑ Моложе ( 51–59 лет)
- ❑ Реже дислипидемия
- ❑ 2/3 ИМбпST
- ❑ Ниже госпитальная (1%) и годовая (5%) смертность
- ❑ Индуцируемый вазоспазм 28% (кокаин, амфетамин, героин, суматриптан ...)
- ❑ Тромбофилия 14%
- ❑ Миокардит 33%



## Транспортировка между госпиталями пациентов с ИМпСТ в США

- ❑ Время транспортировки 57 мин (36-88).
- ❑ Если транспортировка >30 мин, только 43% укладываются в 120 мин (1 дверь-баллон).
- ❑ При времени транспортировки 30-120 мин 34% получают фибринолиз перед поездкой.
- ❑ Смертность пациентов после фибринолиза и ЧКВ не отличалась (3.7% vs 3.9%).

# ExTRACT-TIMI 25: сравнение тромболитиков



The primary trial endpoint of 30-day death/myocardial infarction occurred in fewer patients in the streptokinase-enoxaparin cohort (n = 2083) compared with FSL-UFH (n = 8141) [10.2% vs 12.0%, adjusted odds ratio 0.76; p = 0.008].

# Исследование фортелизина

Таблица 1

Клиническая характеристика больных в группах Фортелизина® и Актилизе®

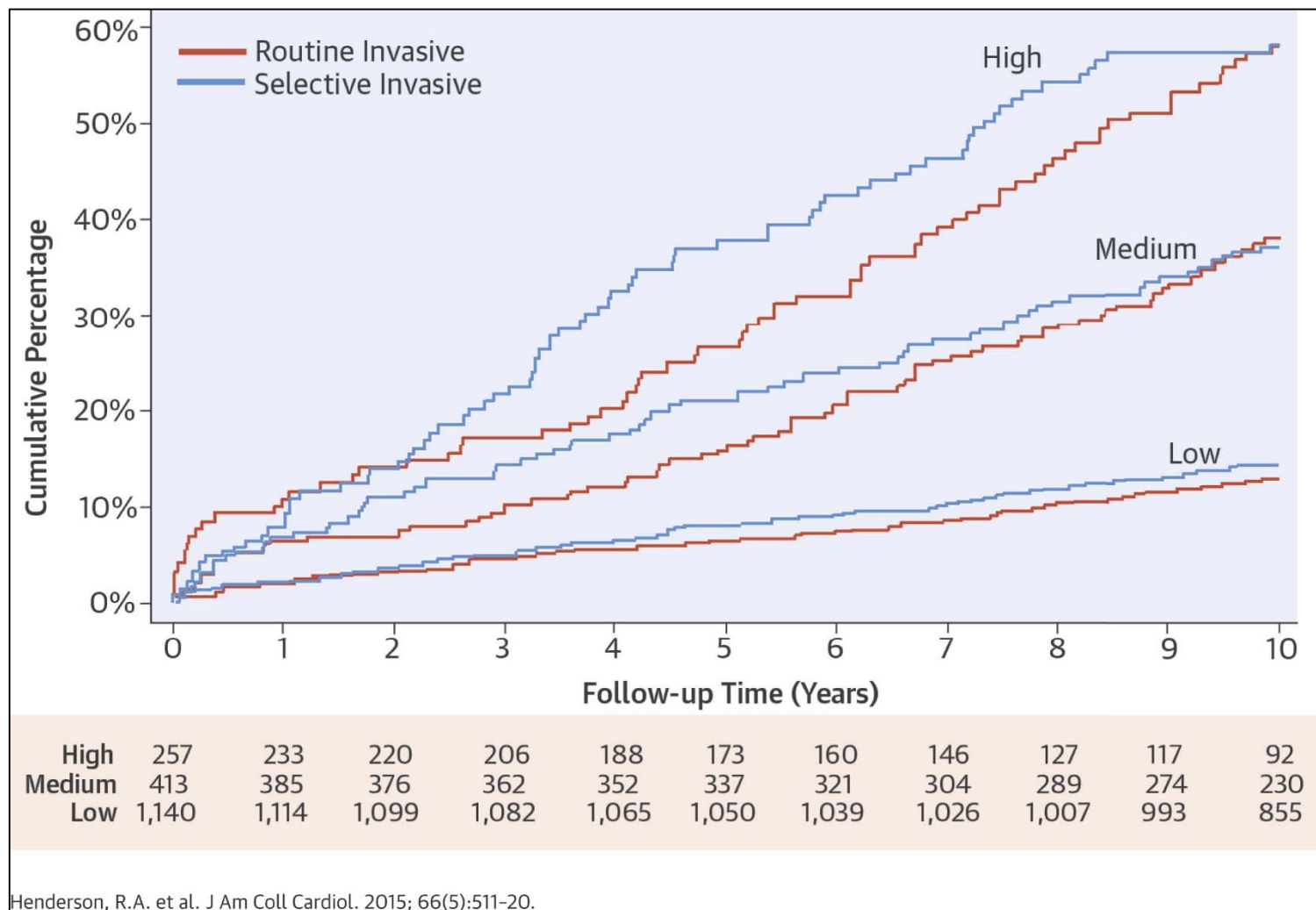
Показатель	Фортелизин® (n=41)	Актилизе® (n=13)	p
Пол, муж./жен.	35/6	9/4	Нд
Возраст, годы	54,1±10,1	57,4±9,3	0,24
Масса, кг	80,0±11,7	80±12,2	0,92
Рост, см	172±8,8	172±7,2	0,89
Индекс массы тела (ИМТ), отн. ед.	27,7±3,6	28,0±3,1	0,36
Локализация инфаркта миокарда:			
передний ИМ	21 (51%)	7 (54%)	Нд
задний ИМ	20 (49%)	6 (46%)	Нд

Применение препарата Фортелизин® в дозе 15 мг, вводимых болюсно и болюсно + инфузионно, в сравнении с применением Актилизе® у больных с ИМпСТ показали эффективность исследуемого препарата, сравнимую с эффективностью Актилизе®:

— восстановление кровотока определялось у 34 больных (83%) из 41 в группе Фортелизина® (из них ТИМІ 3 — у 22 больных — 54%) и у 10 (77%) из 13 больных в группе Актилизе® (из них ТИМІ 3 — у 4 больных — 31%);

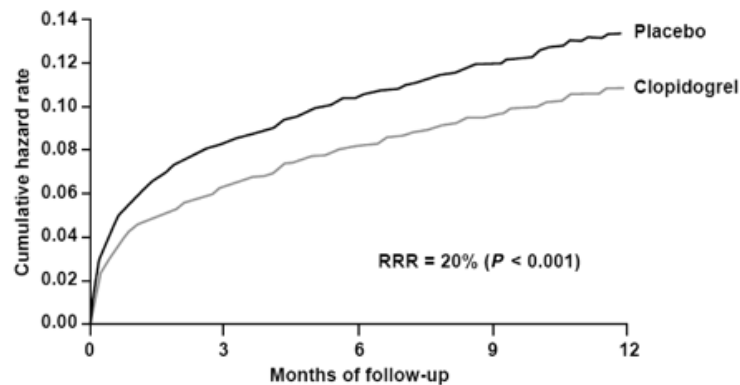
— кровотоки не восстановились у 7 больных (17%) из 41 в группе Фортелизина® и у 3 больных (23%) из 13 в группе Актилизе® [5, 6].

# ЧКВ всем пациентам с ИМбпСТ

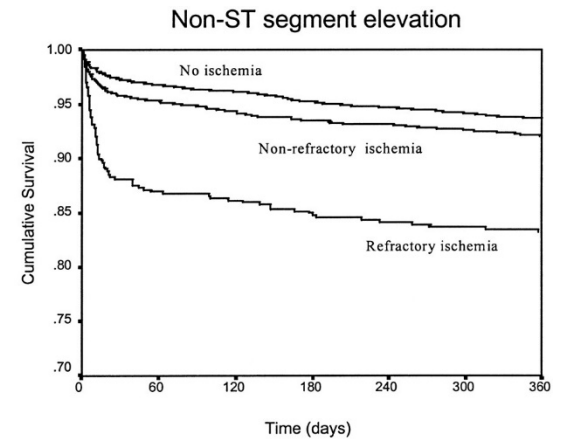
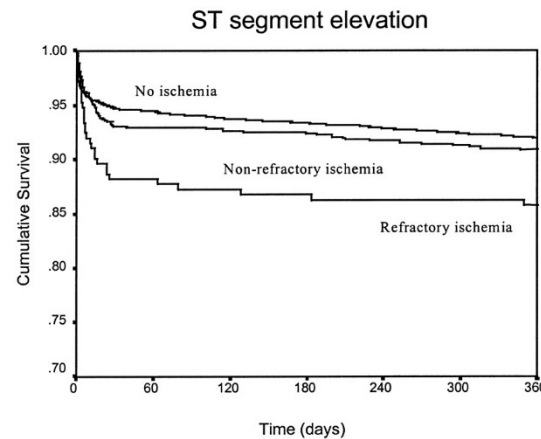


# Длительность повышенного риска у пациентов с ИМ и стентированием

- ❑ Риск СС событий повышен в 1.5 раза по сравнению со стабильной ИБС
- ❑ Период повышенного риска <3 мес



CURE



GUSTO-IIb

# Противопоказания для бета-блокаторов в первые сутки при ОКСбпST и ОКСпST

## Любой из признаков:

- ЧСС >110
- АДс <120
- Возраст >70 лет
- Неизвестная функция ЛЖ

**Повышен риск шока или смерти**

# Бета-блокаторы после ИМ и ЧКВ

- ❑ Смертность ниже на 42%
- ❑ Снижена ФВЛЖ
- ❑ ИМбпST
- ❑ До 1 года

# Стабильная ИБС



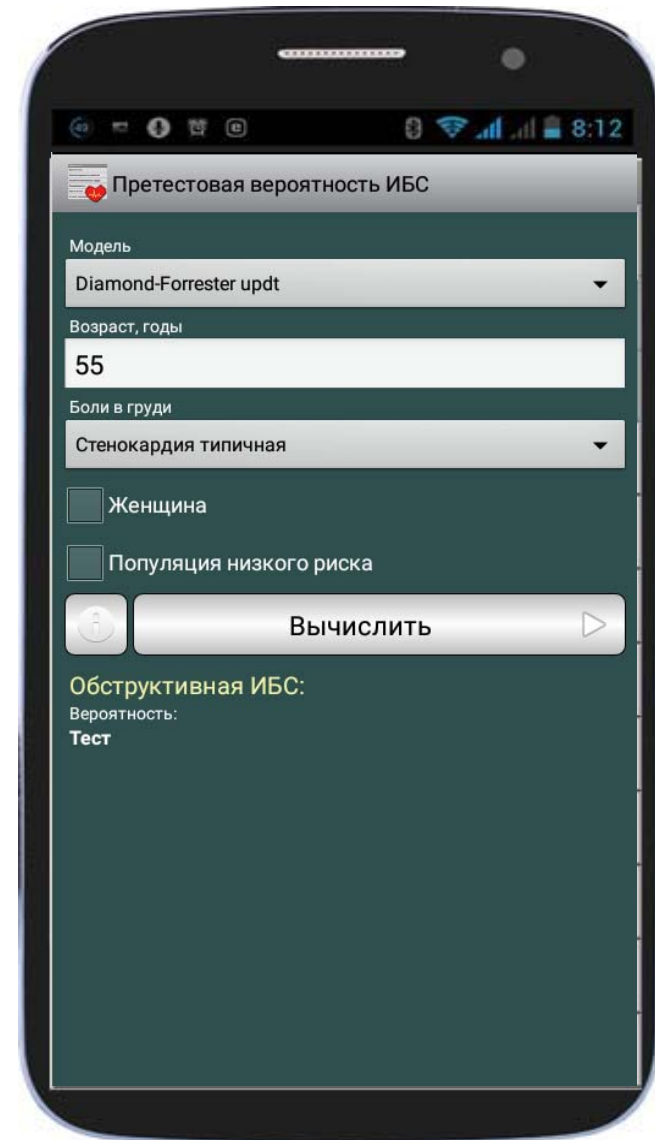
# Расчет претестовой вероятности ИБС

- ❑ Модель **Diamond-Forrester updt**
- ❑ Модель **Duke**
- ❑ Model **CAD Consorcium**



**Tessa Genders**

PhD, medical student  
at the Erasmus University Medical Center



Претестовая вероятность ИБС

Модель  
Diamond-Forrester updt

Возраст, годы  
55

Боли в груди  
Стенокардия типичная

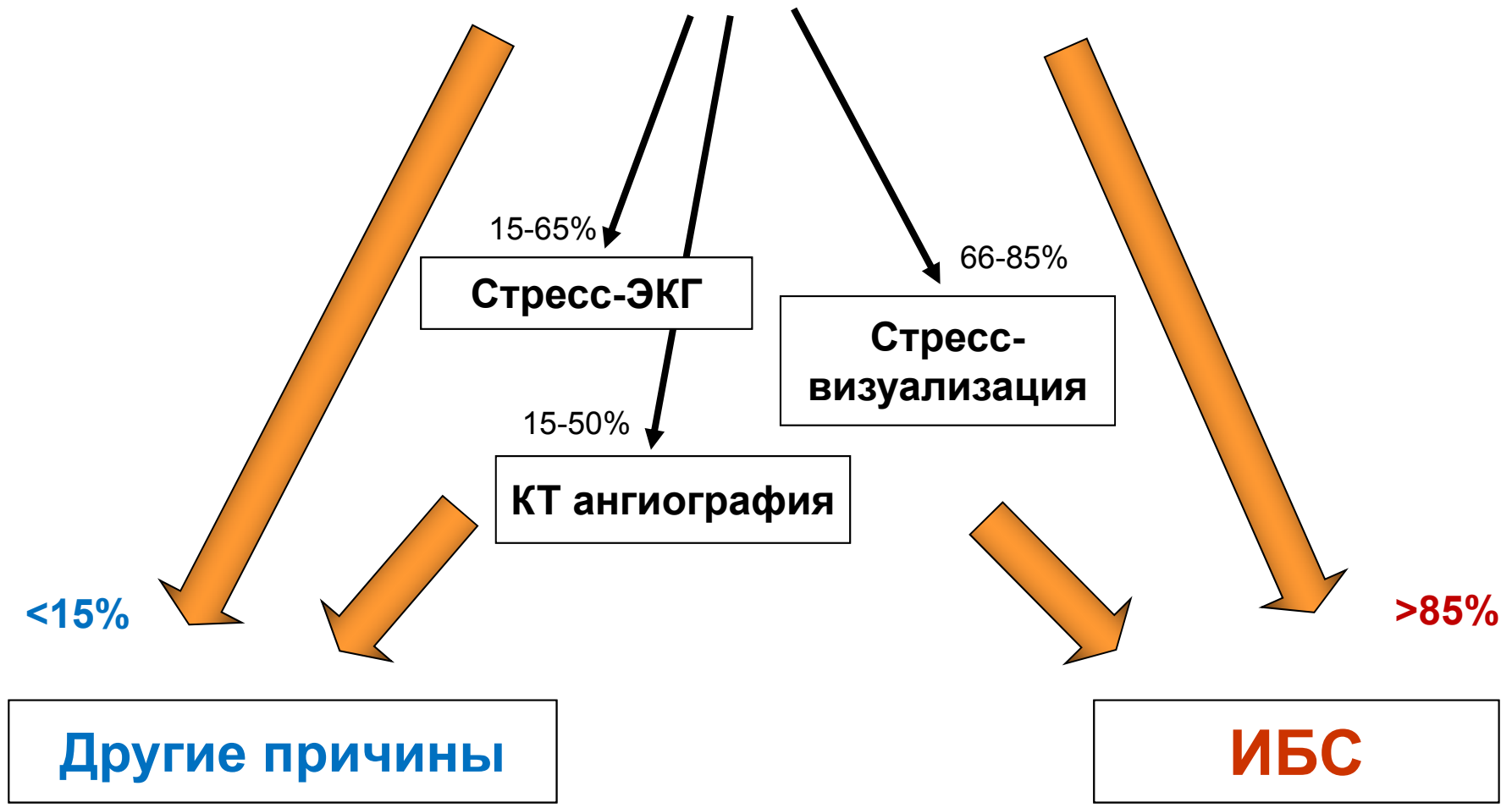
Женщина

Популяция низкого риска

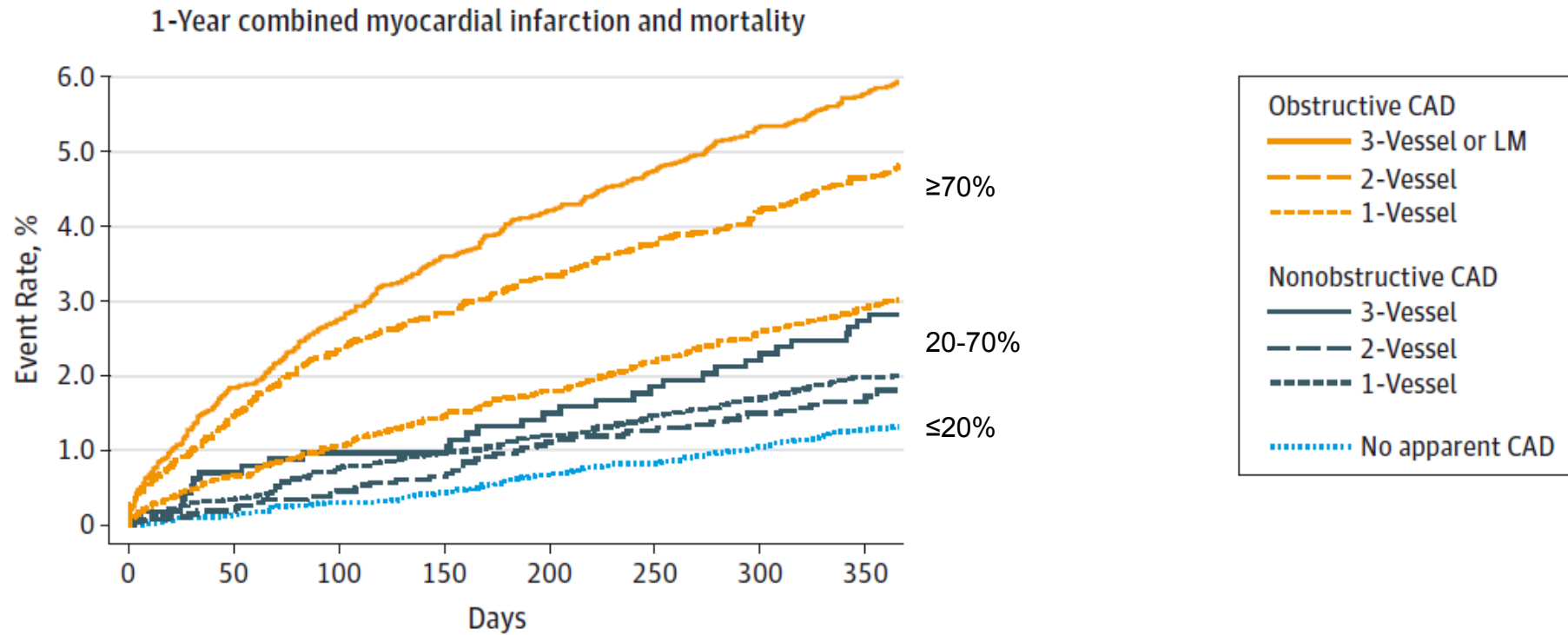
Вычислить

Обструктивная ИБС:  
Вероятность:  
Тест

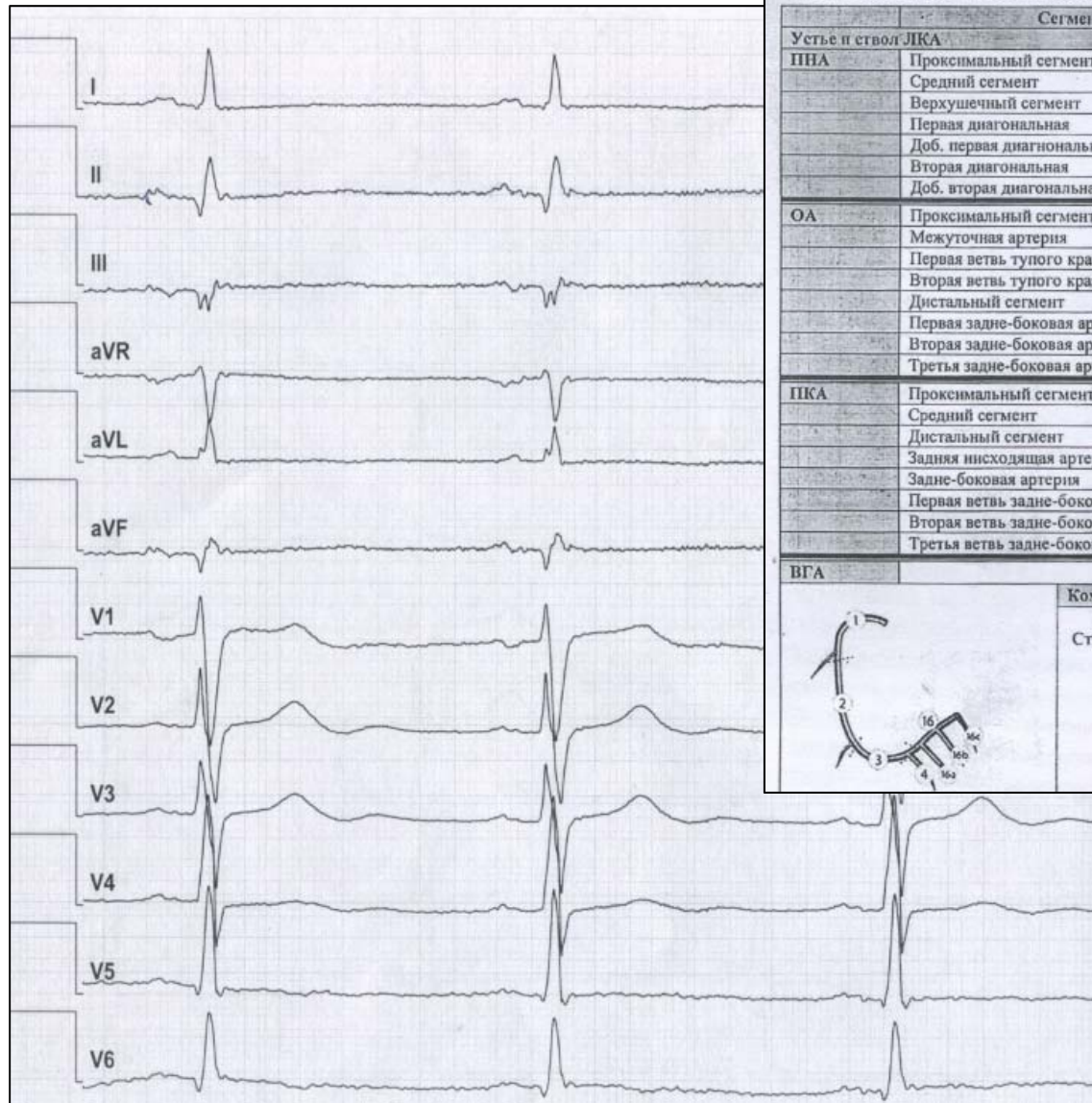
# Оценка претестовой вероятности ИБС



# Необструктивная ИБС



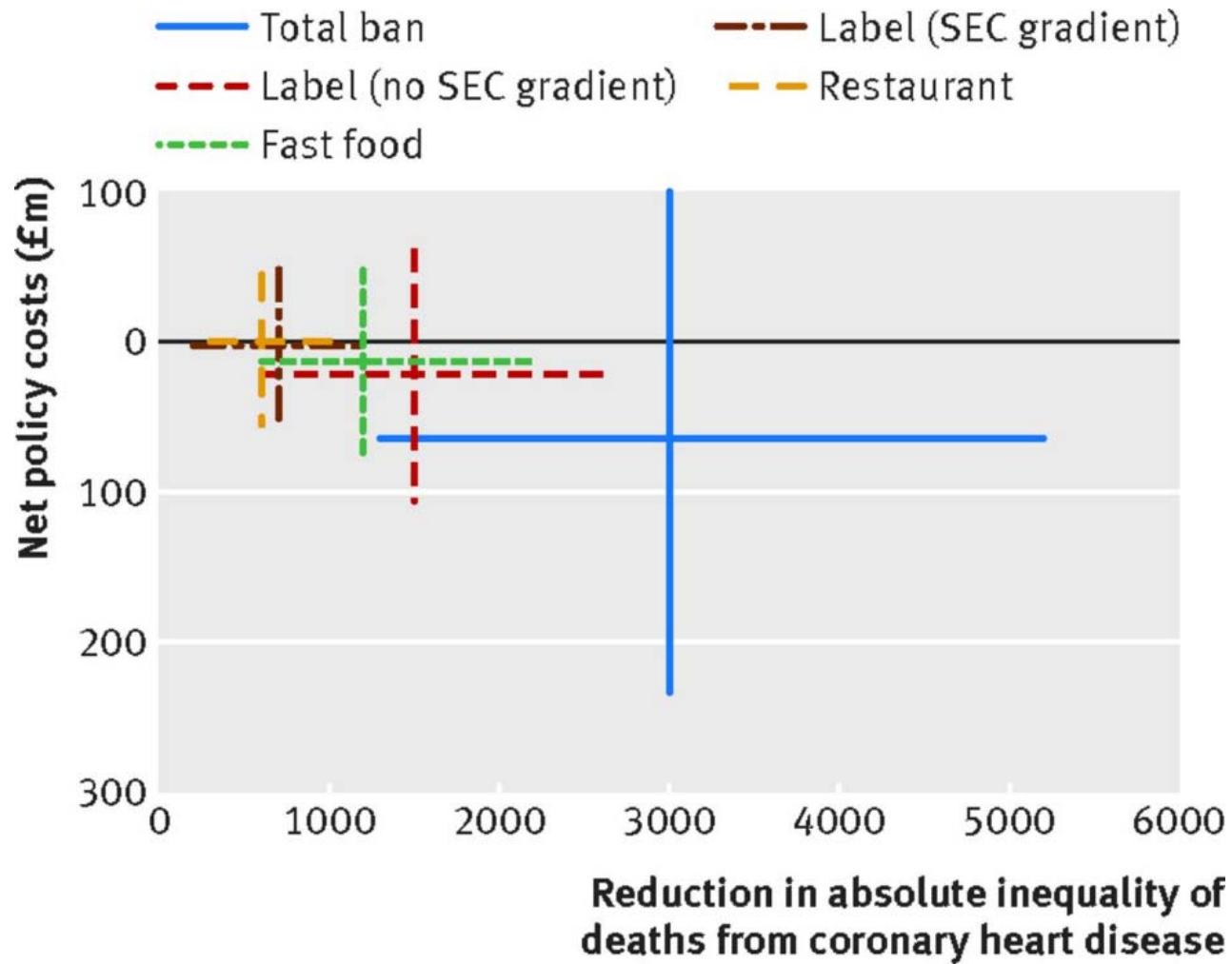
# Пациент Я., 44 года



Под М/А пунктирована правая лучевая артерия. ККГ. Гемостаз, повязка.

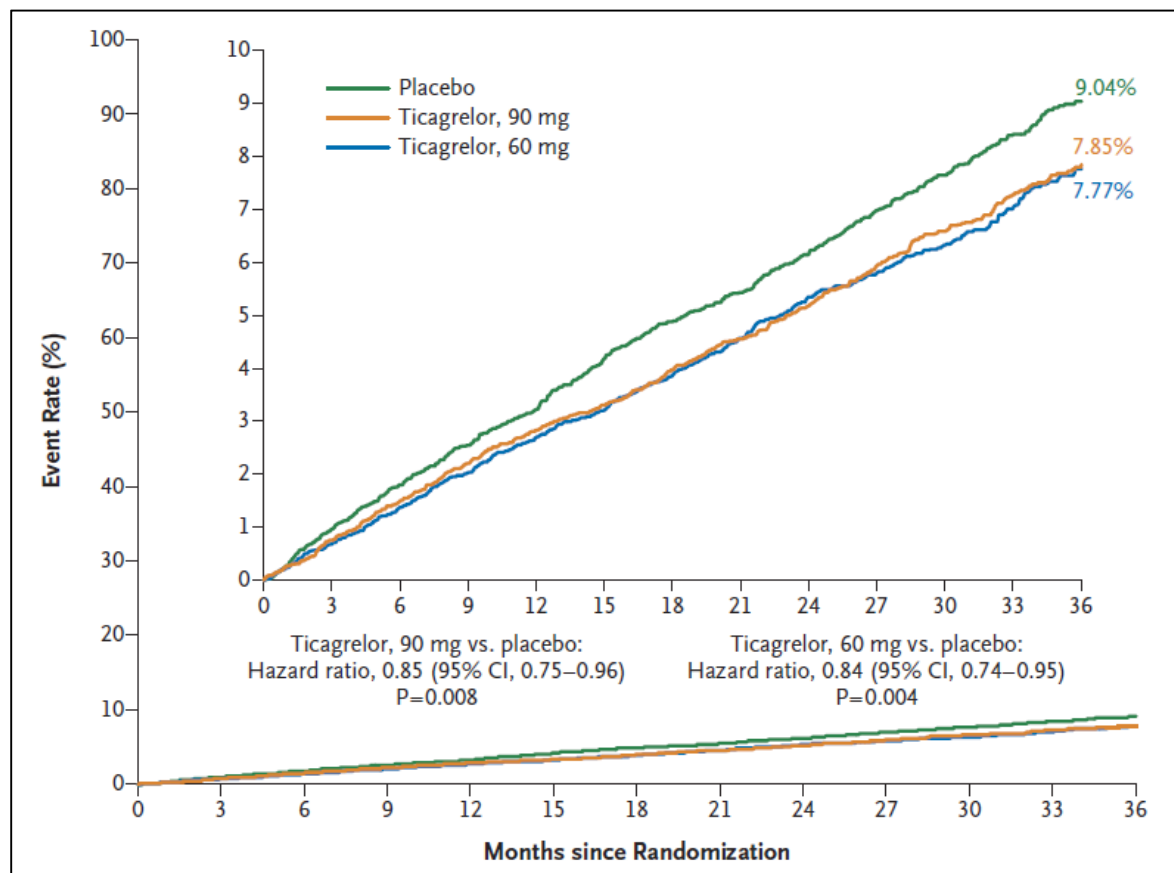
Сегменты		% стеноза	Дополнительно
<b>Устье и ствол ЛКА</b>			
ПНА	Проксимальный сегмент	5	
	Средний сегмент	6	
	Верхушечный сегмент	7	
	Первая диагональная	8	
	Доб. первая диагональная	9a	
	Вторая диагональная	9b	
	Доб. вторая диагональная	10a	
<b>ОА</b>			
	Проксимальный сегмент	11	
	Межоточная артерия	12	
	Первая ветвь тупого края	12a	
	Вторая ветвь тупого края	12b	
	Дистальный сегмент	13	
	Первая задне-боковая артерия	14	
	Вторая задне-боковая артерия	14a	
	Третья задне-боковая артерия	14b	
<b>ПКА</b>			
	Проксимальный сегмент	1	
	Средний сегмент	2	
	Дистальный сегмент	3	
	Задняя нисходящая артерия	4	
	Задне-боковая артерия	16	
	Первая ветвь задне-боковой	16a	
	Вторая ветвь задне-боковой	16b	
	Третья ветвь задне-боковой	16c	
<b>ВГА</b>			
		<b>Комментарии</b> Стенотической патологии ЛКА и ПКА не выявлено.	

# Тотальный отказ от транс-жиров



Allen K, Pearson-Stuttard J, Hooton W, et al. Potential of trans fats policies to reduce socioeconomic inequalities in mortality from coronary heart disease in England: cost effectiveness modelling study. *BMJ* 2015;351.

# Длительная терапия тикагрелором и аспирином после ИМпST (PEGASUS-TIMI 54)



## Брилинта

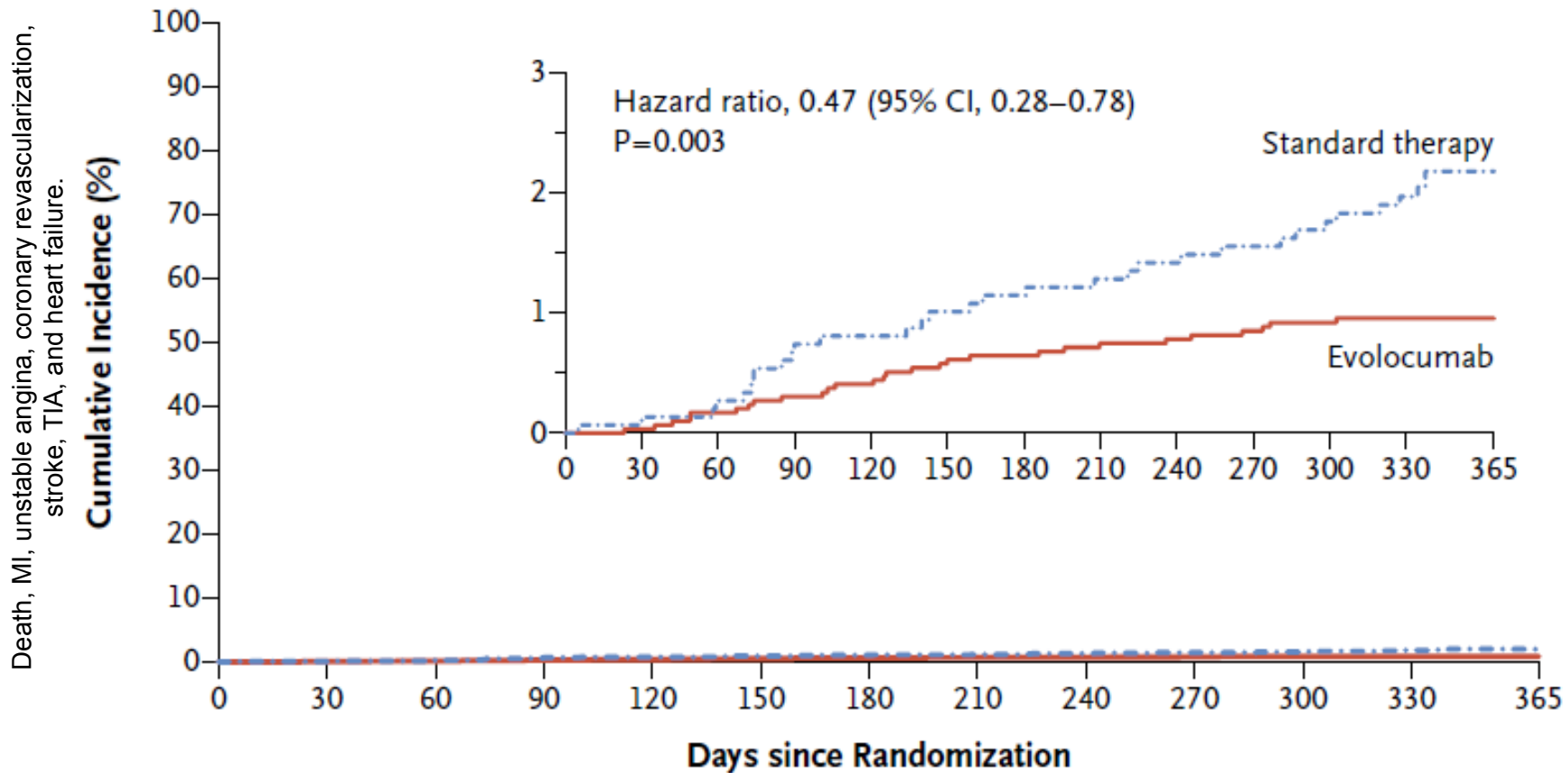
табл. п/о пленочной 90 мг №168 Тикагрелор  
табл. п/о пленочной 90 мг №56 Тикагрелор

## Цена

~14 770.14 руб.

~5 016.85 руб.

# Первичная профилактика СС событий эволокумабом - ингибитором PCSK9

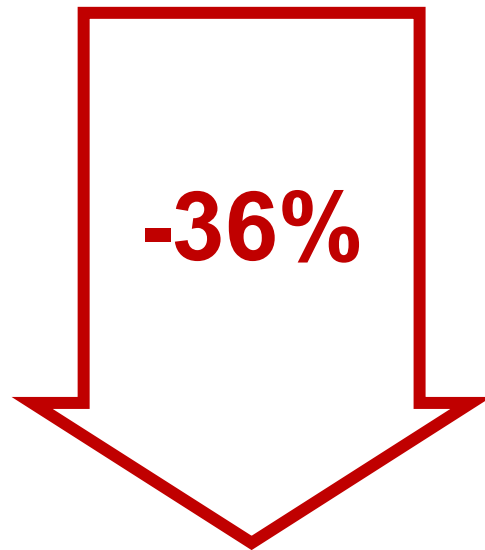


Дженерик эзетимиба - Липобон

OSLER

# Оптимальная медикаментозная терапия сложной ИБС и смертность

Оптимальная  
медикаментозная  
терапия

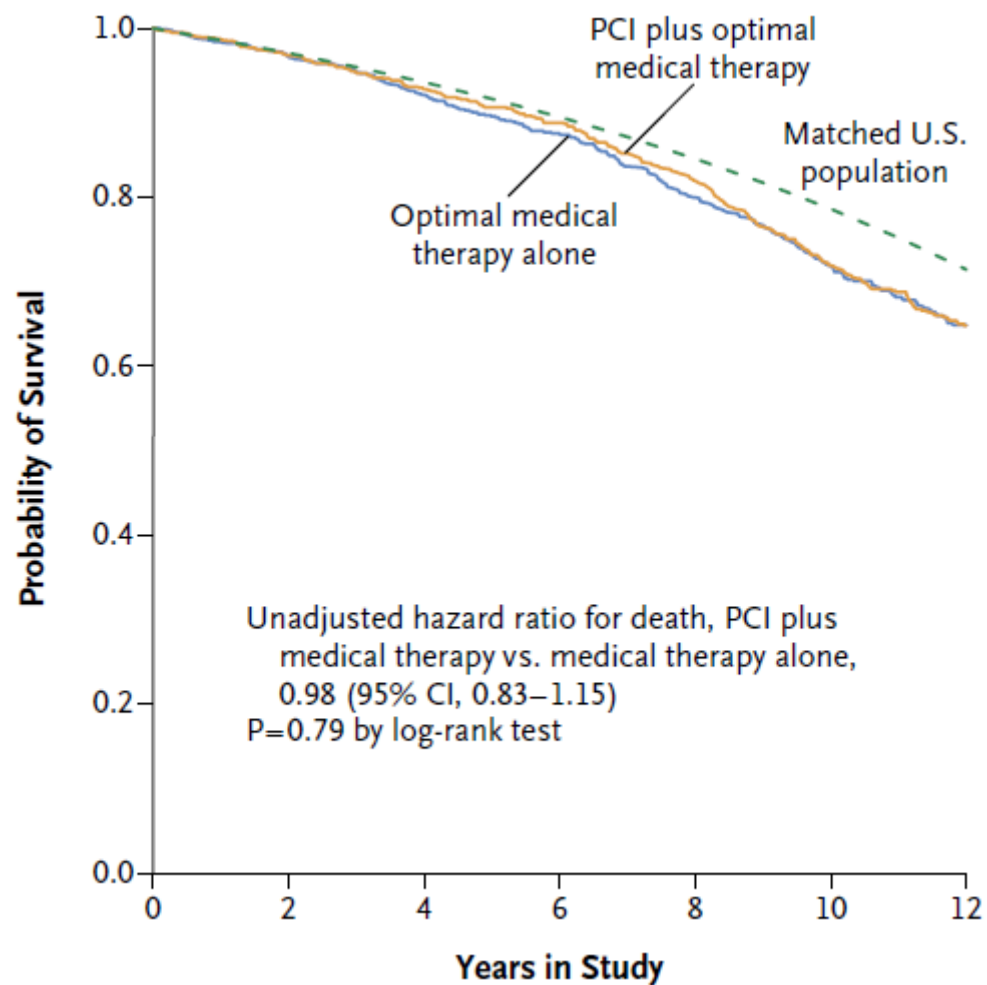


Реваскуляризация



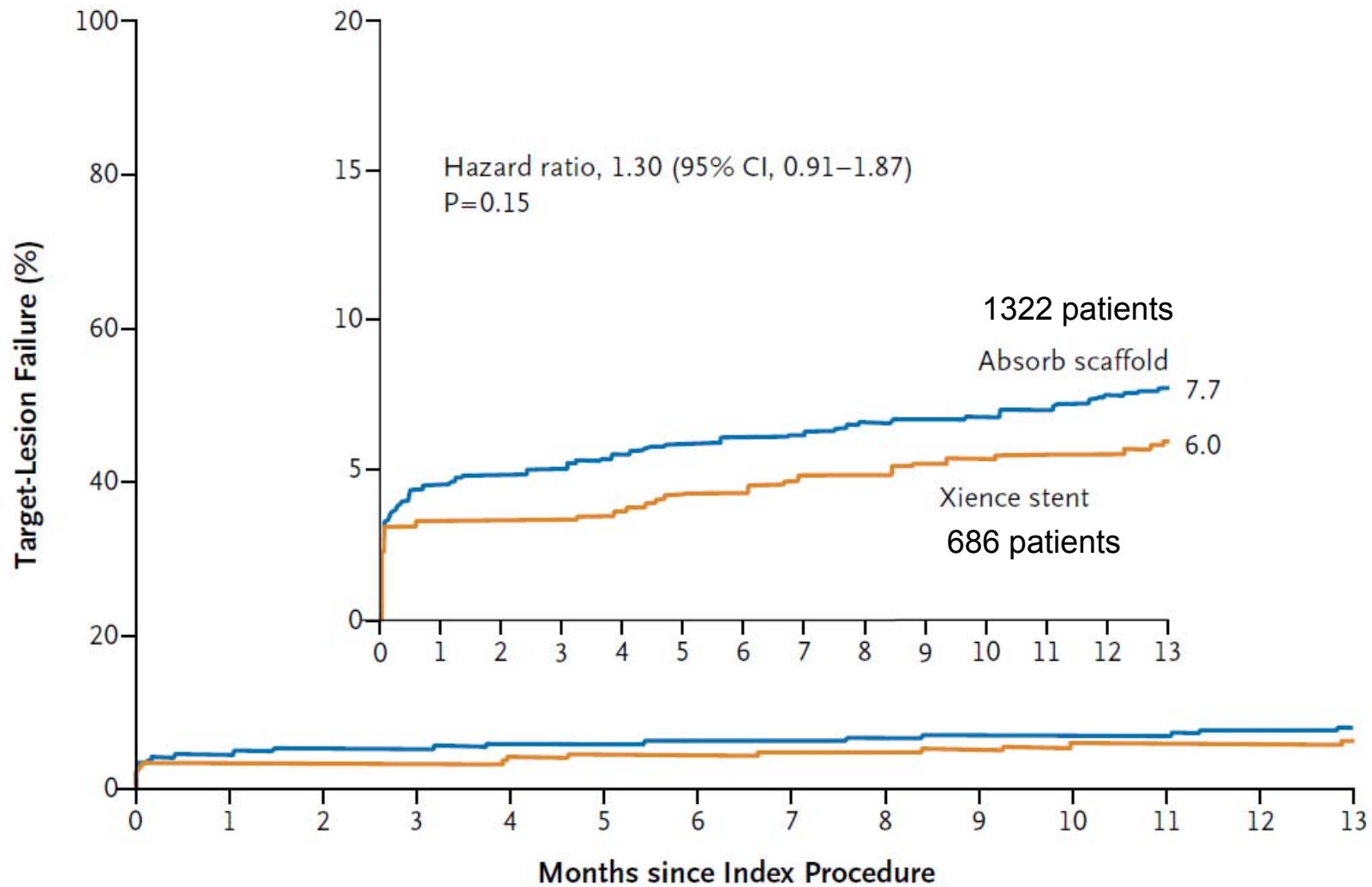


# Медикаменты или стенты: 15 лет спустя



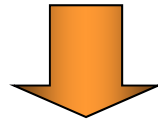
COURAGE

# Биоабсорбируемые стенты



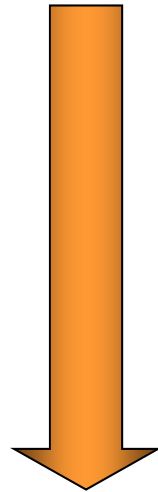
# Первичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний

# Оценка сердечно-сосудистого риска

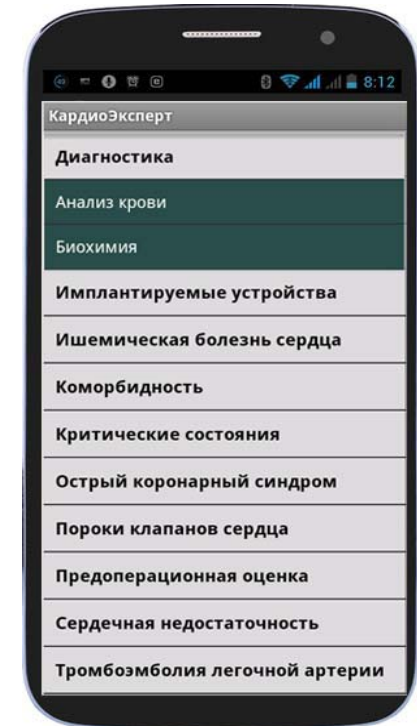


**Шкала риска**  
Pooled Cohort Equation,  
HeartScore, Framingham

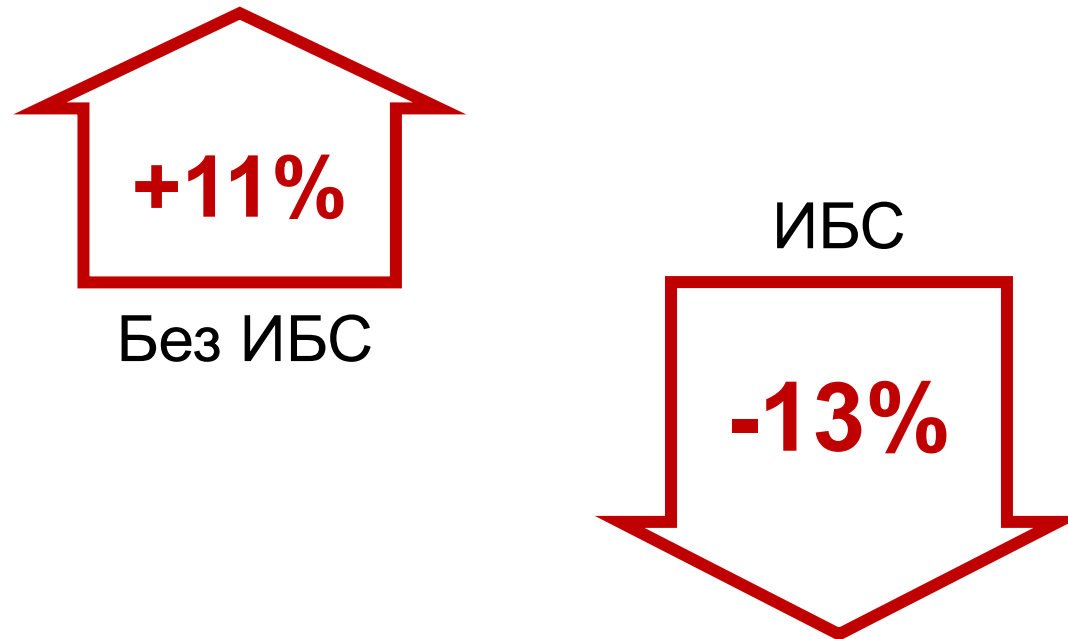
ХС ЛНП  $\geq 4.9$  ммоль/л  
Асимптомные бляшки  
ХБП 3б-4 стадия  
Предиабет, диабет  
Семейный анамнез  
Тревога  
Риск рака  
Коморбидность



**Статины  
Аспирин?**

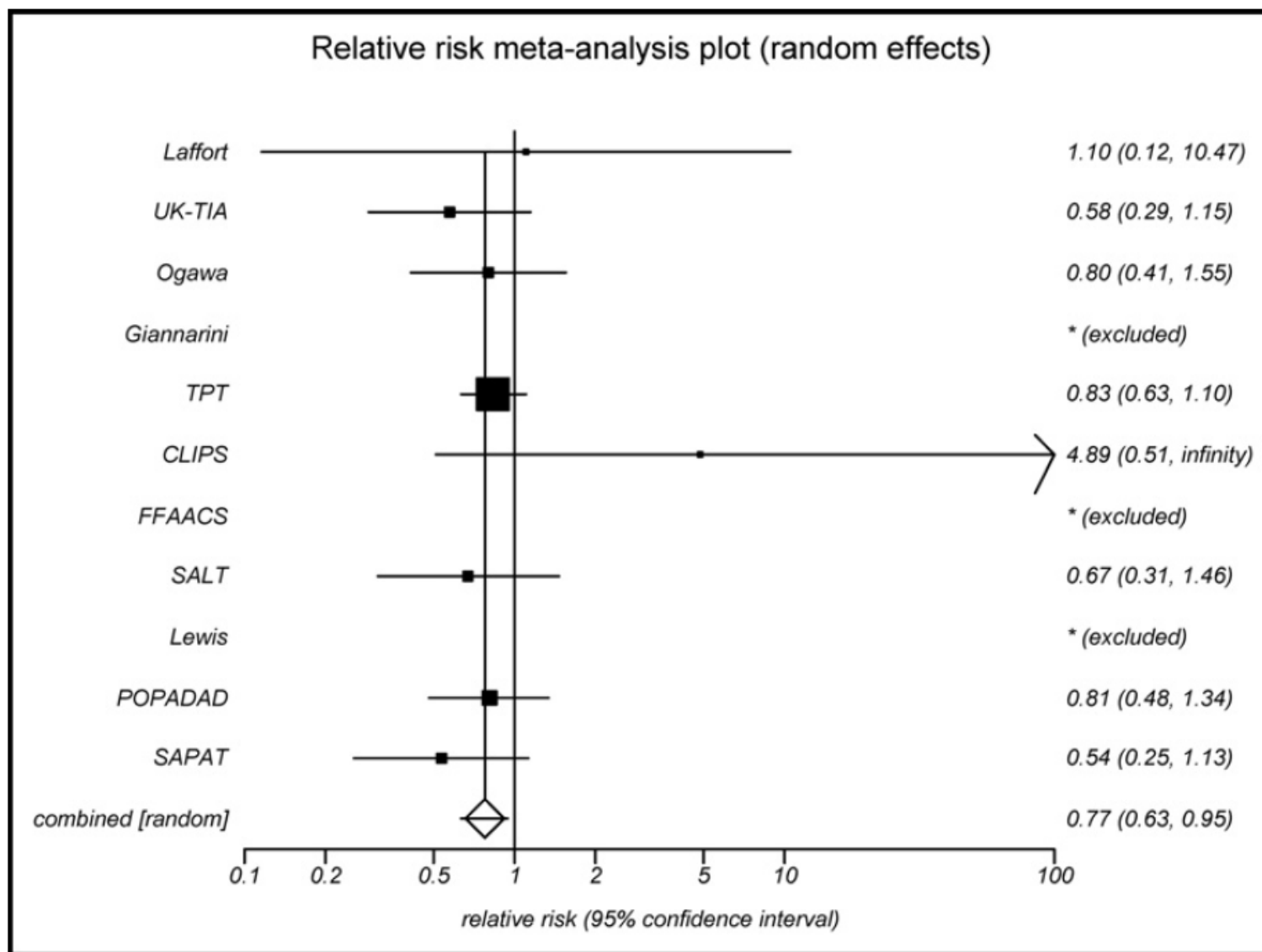


## Аспирин для профилактики



**Смерть или ИМ или инсульт**

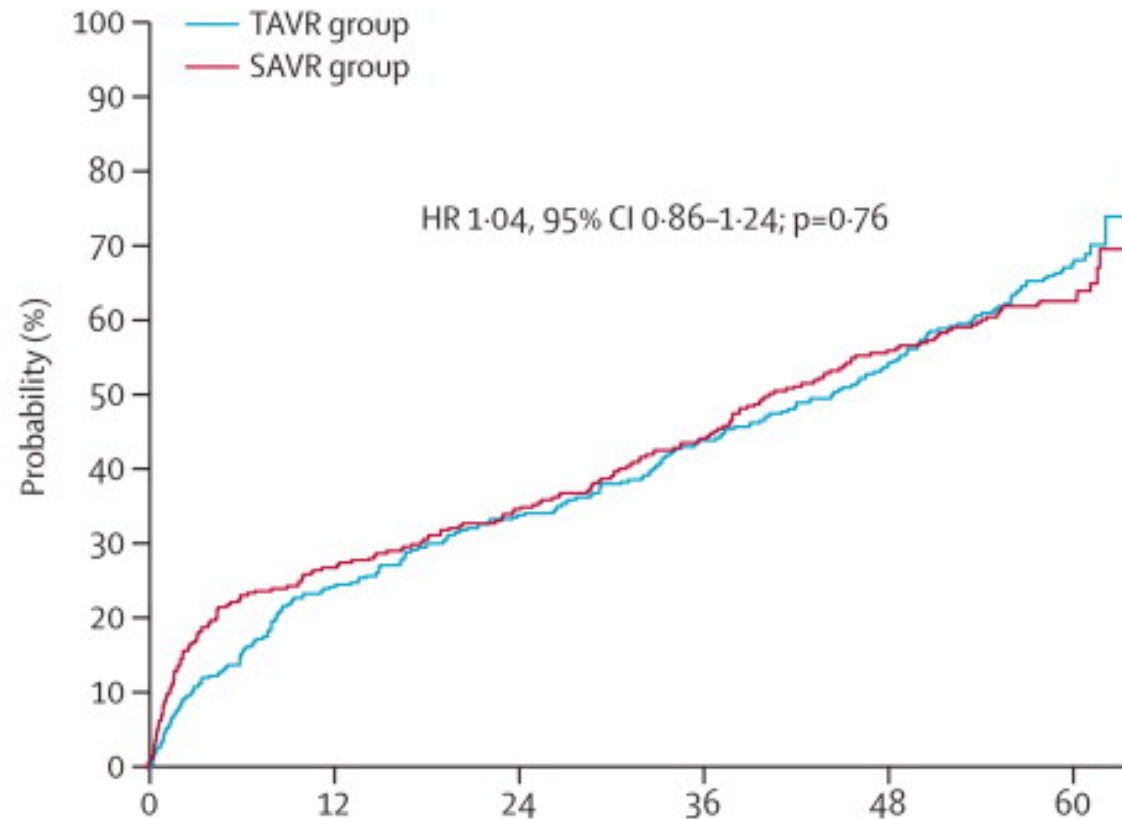
# Аспирин и риск смерти от рака



Mills EJ, Wu P, Alberton M, et al. Low-dose Aspirin and Cancer Mortality: A Meta-analysis of Randomized Trials. The American Journal of Medicine. 2012;125[6]:560-567.

# Пороки клапанов

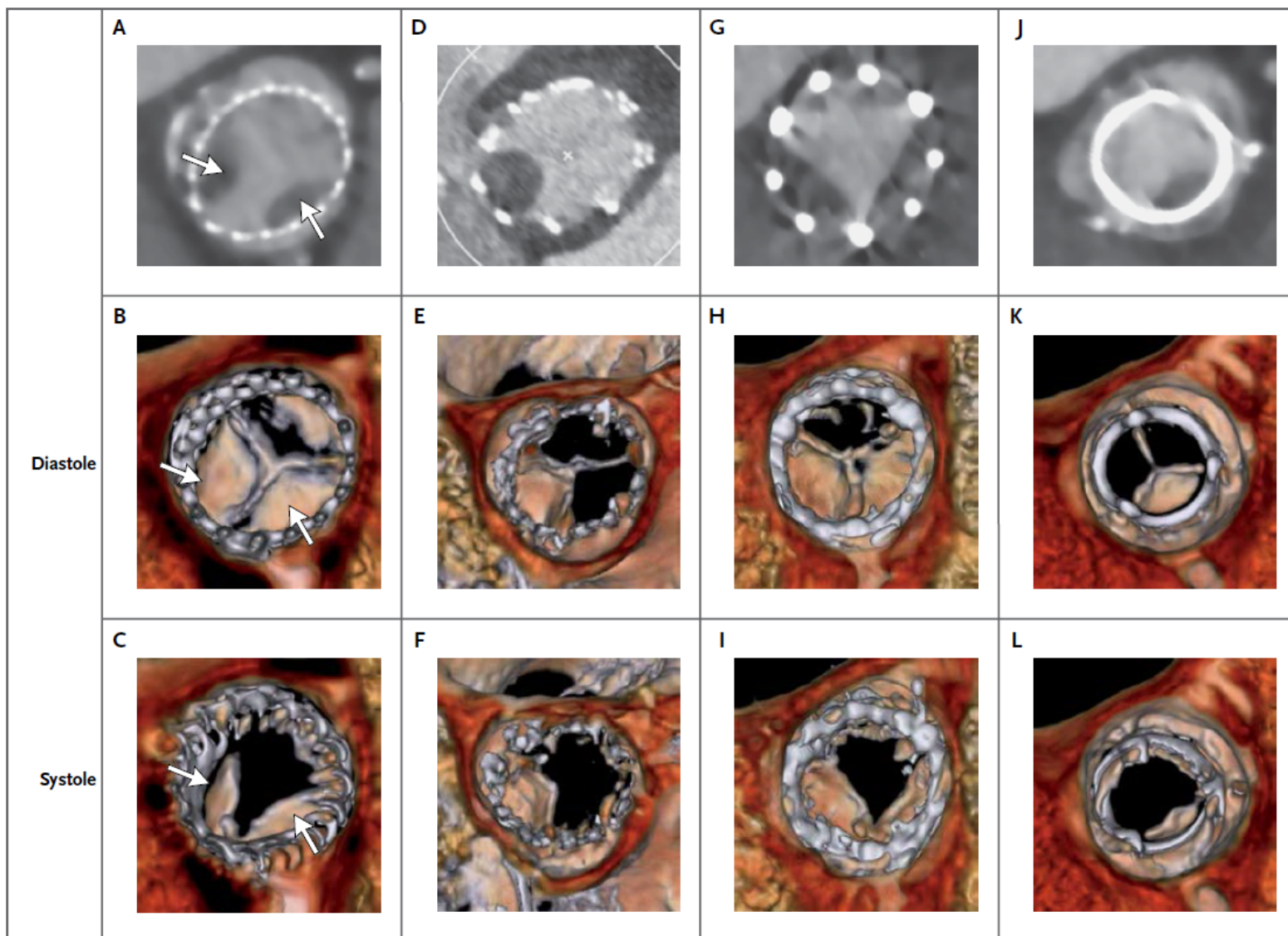
# Сравнение транскатетерной и хирургической имплантации аортального клапана



Mack MJ, Leon MB, Smith CR et al. 5-year outcomes of transcatheter aortic valve replacement or surgical aortic valve replacement for high surgical risk patients with aortic stenosis (PARTNER 1). The Lancet. 2015;385:2477-84.

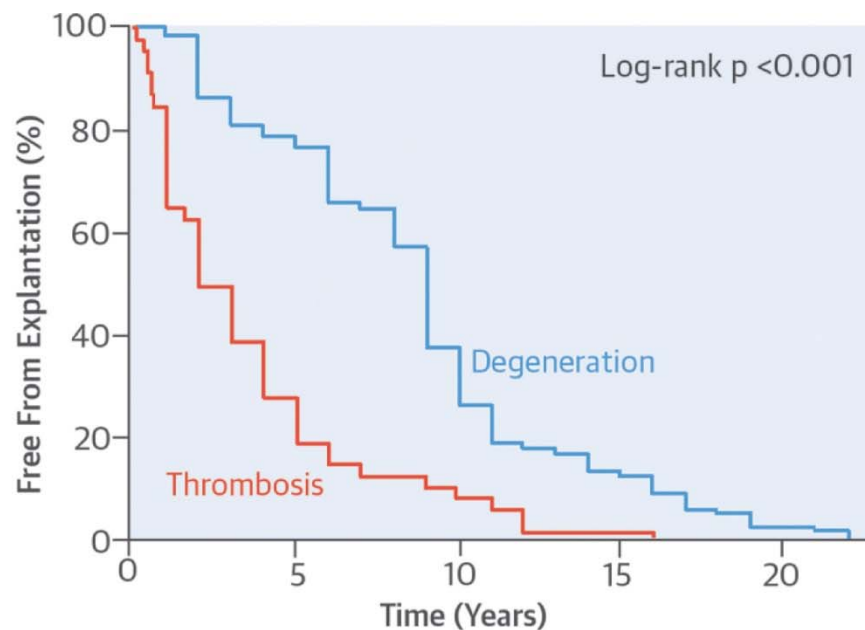


# Субклинический тромбоз биологического клапана



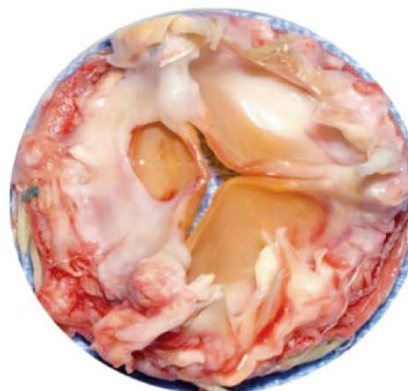
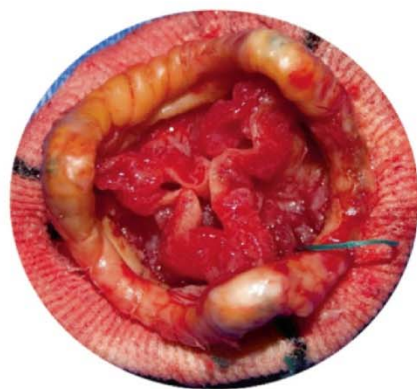
Компьютерная томография клапанов CoreValve. Чаще транзиторные ишемические атаки.

# Время появления тромбоза биологического клапана



Bioprosthetic Thrombosis

Bioprosthetic Degeneration



# Инфекционный эндокардит



## **2015 ESC Guidelines for the management of infective endocarditis**

**The Task Force for the Management of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC)**

**Endorsed by: European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS), the European Association of Nuclear Medicine (EANM)**

## Схемы лечения

### Стрептококк

Цефтриаксон ± гентамицин

Ванкомицин ± гентамицин

### Стафилококк

*Не показаны аминогликозиды  
при естественных клапанах*

Оксациллин

Котримоксазол + клиндамицин

Ванкомицин

Даптомицин

### Неизвестный микроб

Ампициллин + оксациллин + гентамицин

Ванкомицин + гентамицин

# Перикардит



## **2015 ESC Guidelines for the diagnosis and management of pericardial diseases**

**The Task Force for the Diagnosis and Management of Pericardial Diseases of the European Society of Cardiology (ESC)**

**Endorsed by: The European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)**

# Классификация

- ❑ Острый: <4 нед.
- ❑ Непрерывный (*Incessant*): 4 нед – 3 мес.
- ❑ Рецидивирующий: после острого с интервалом  $\geq 4$  нед без симптомов.
- ❑ Хронический: >3 мес (выпотной, адгезивный, констриктивный).

# Лечение

- ❑ Ограничение активности: малоподвижный образ жизни ( $\geq 3$  мес для спортсменов).
- ❑ Госпитализация: лихорадка  $>38^{\circ}\text{C}$ , подострое начало (туберкулез, рак, ДБСТ, уремия), антикоагуляция, иммунодепрессия, гипотензия, набухание шейных вен, большой выпот.
- ❑ НПВП: ибупрофен 600 мг 3 раза, аспирин 750–1000 мг 3 раза 1–2 нед.
- ❑ Преднизолон 0.2–0.5 мг/кг/сут: при противопоказаниях/неэффективности НПВП.
- ❑ Колхицин 0.5 г 2 раза (1 раз для массы тела  $<70$  кг) в течение 3 мес для профилактики рецидивов (ICAP, 2013).
- ❑ *Прекращать лечение медленно при отсутствии симптомов и воспаления.*
- ❑ Противопоказаны антикоагулянты.
- ❑ Перикардиоцентез: тампонада, гнойный перикардит.

# Сердечная недостаточность



# Оценка размеров сердца

## GUIDELINES AND STANDARDS

### Recommendations for Cardiac Chamber Quantification by Echocardiography in Adults: An Update from the American Society of Echocardiography and the European Association of Cardiovascular Imaging

Roberto M. Lang, MD, FASE, FESC, Luigi P. Badano, MD, PhD, FESC, Victor Mor-Avi, PhD, FASE,  
Jonathan Afilalo, MD, MSc, Anderson Armstrong, MD, MSc, Laura Ernande, MD, PhD,  
Frank A. Flachskampf, MD, FESC, Elyse Foster, MD, FASE, Steven A. Goldstein, MD,  
Tatiana Kuznetsova, MD, PhD, Patrizio Lancellotti, MD, PhD, FESC, Denisa Muraru, MD, PhD,  
Michael H. Picard, MD, FASE, Ernst R. Rietzschel, MD, PhD, Lawrence Rudski, MD, FASE, Kirk T. Spencer, MD,  
FASE, Wendy Tsang, MD, and Jens-Uwe Voigt, MD, PhD, FESC, *Chicago, Illinois; Padua, Italy; Montreal, Quebec  
and Toronto, Ontario, Canada; Baltimore, Maryland; Créteil, France; Uppsala, Sweden; San Francisco, California;  
Washington, District of Columbia; Leuven, Liège, and Ghent, Belgium; Boston, Massachusetts*

## Оценка размеров сердца

- Использовать индексы (/ ППТ, мм/м<sup>2</sup>).
- Использовать объемы.
- Использовать формулу Симпсона.

The screenshot shows a mobile application interface for heart size evaluation. The title is "Эхокалькулятор" (Echocardiogram Calculator). The user has selected "Размер ЛЖ" (Left Atrial Size) as the indicator. The calculation method is set to "Диаметр" (Diameter). The input field for "КДРЛЖ, мм" (Left Atrial Diameter, mm) contains the value "74". The user's body mass is "120" kg and height is "178" cm. The gender is set to "Мужчина" (Male). A "Вычислить" (Calculate) button is visible. The result is displayed as "ЛЖ: нет дилатации" (LA: no dilatation), with an index of "30 мм/м<sup>2</sup>" and a norm of "≤30 мм/м<sup>2</sup>".

Эхокалькулятор

Выбор показателя  
Размер ЛЖ

Диаметр  Объем

КДРЛЖ, мм  
74

Масса тела, кг: 120      Рост, см: 178

Мужчина  Женщина

Вычислить

**ЛЖ: нет дилатации**  
Индекс ЛЖ: 30 мм/м<sup>2</sup>  
Норма: ≤30 мм/м<sup>2</sup>

## Пациент Я., 44 года

### Эхокардиография

акустическое окно хорошее

Аорта на уровне синусов 3,4 см, стенки не изменены, нормоэхогенные, не утолщены. Нормокинез.  
Аортальный клапан 3х створчатый, створки тонкие, не изменены, подвижность сохранена. На створках патологических образований нет. PG на аортальном клапане 5 мм.рт.ст., регургитация не определяется.

Левое предсердие 3,7 x 5,2 см, в его просвете дополнительных эхосигналов не выявлено. Устья легочных вен не расширены.

Митральный клапан створки тонкие, не изменены, дискордантные. На створках патологических образований нет. Регургитация 1 степени

Правое предсердие 3,8 x 4,3 см, в его просвете дополнительных эхосигналов не выявлено.

Трикуспидальный клапан створки тонкие. На створках патологических образований нет, регургитация подклапанная

Межпредсердная перегородка непрерывна.

Правый желудочек 2,9 см в приточном отделе из апикального доступа, в B-mode.

Расчетное давление в правом желудочке (по трикуспидальной регургитации) 20 мм.рт.ст.

Левый желудочек: КДР 6,3 см, КСР 4,7 см, УО 91 мл, ФВ(Teichholz) 46 %, ФВ(Simpson) 35 %, ФУ 24 %, МЖП(д) 1,1 см, ЗСЛЖ(д) 1,1 см.

Межжелудочковая перегородка непрерывна.

Зоны диссинергии: гипокинез задней, нижней, боковой стенок в среднем и базальном сегментах, верхушечного сегмента нижней стенки.

Листки перикарда не утолщены, в перикарде жидкость не выявлена.

Тип наполнения левого желудочка: нормальный

Тип выброса из левого желудочка: нормокинетический

**Заключение:** Гипокинез (см.) Умеренная дилатация левых отделов.

## Пациент Я., 44 года

**Основное заболевание:** Дилатационная кардиомиопатия. Нарушение функции возбудимости по типу желудочковой экстрасистолии.

**Осложнения основного заболевания:** ХСН I ФК I

Включение: *доп. што-анимации задней стенки 4  
задней перегородки сегментов  
дисплазия левого желудочка, сохранен  
функция левого желудочка  
метр. нагрузка - тв ИА*

**Зоны диссинергии:** гипокинез задней, нижней, боковой стенок в среднем и базальном сегментах, верхушечного сегмента нижней стенки.

**Листки перикарда** не утолщены, в перикарде жидкость не выявлена.

**Тип наполнения** левого желудочка: нормальный

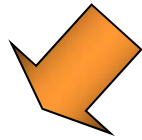
**Тип выброса** из левого желудочка: нормокинетический

**Заключение:** Гипокинез (см.) Умеренная дилатация левых отделов.

Индекс ЛП – 17 мм/м<sup>2</sup> (норма ≤ 23)

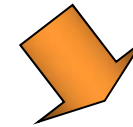
Индекс КДР – 29 мм/м<sup>2</sup> (норма ≤ 30)

**Хроническая  
сердечная недостаточность**



**ХСН + сФВЛЖ**

**Снижение ЧСС  
Диуретики**

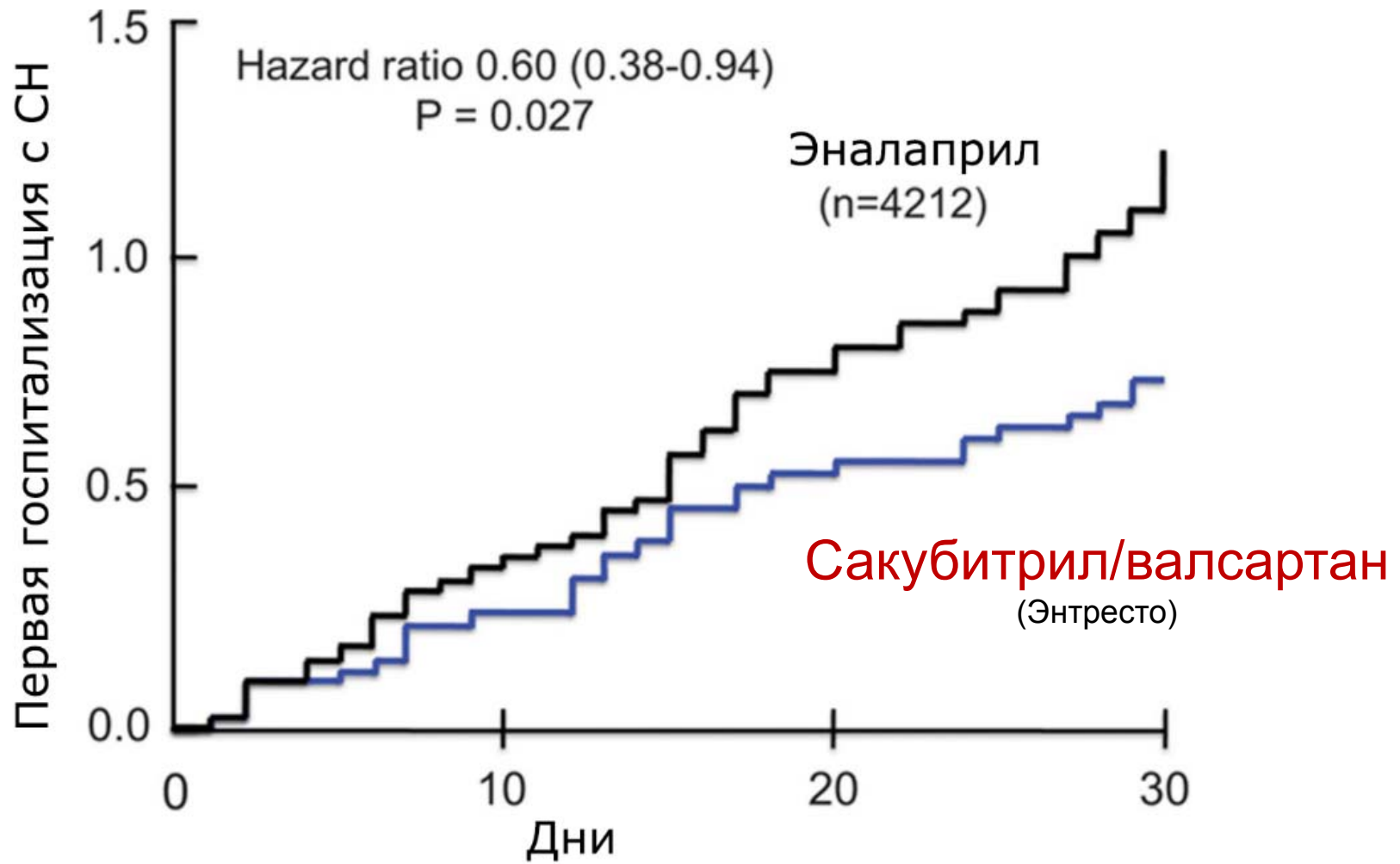


**ХСН + нФВЛЖ**

**ИАПФ/БРА**  
**Ингибитор ангиотензина-неприлизина**  
**Бета-блокаторы некоторые**  
**Диуретики**  
**Антагонисты рецепторов МК**  
**(дженерик эплеренона)**

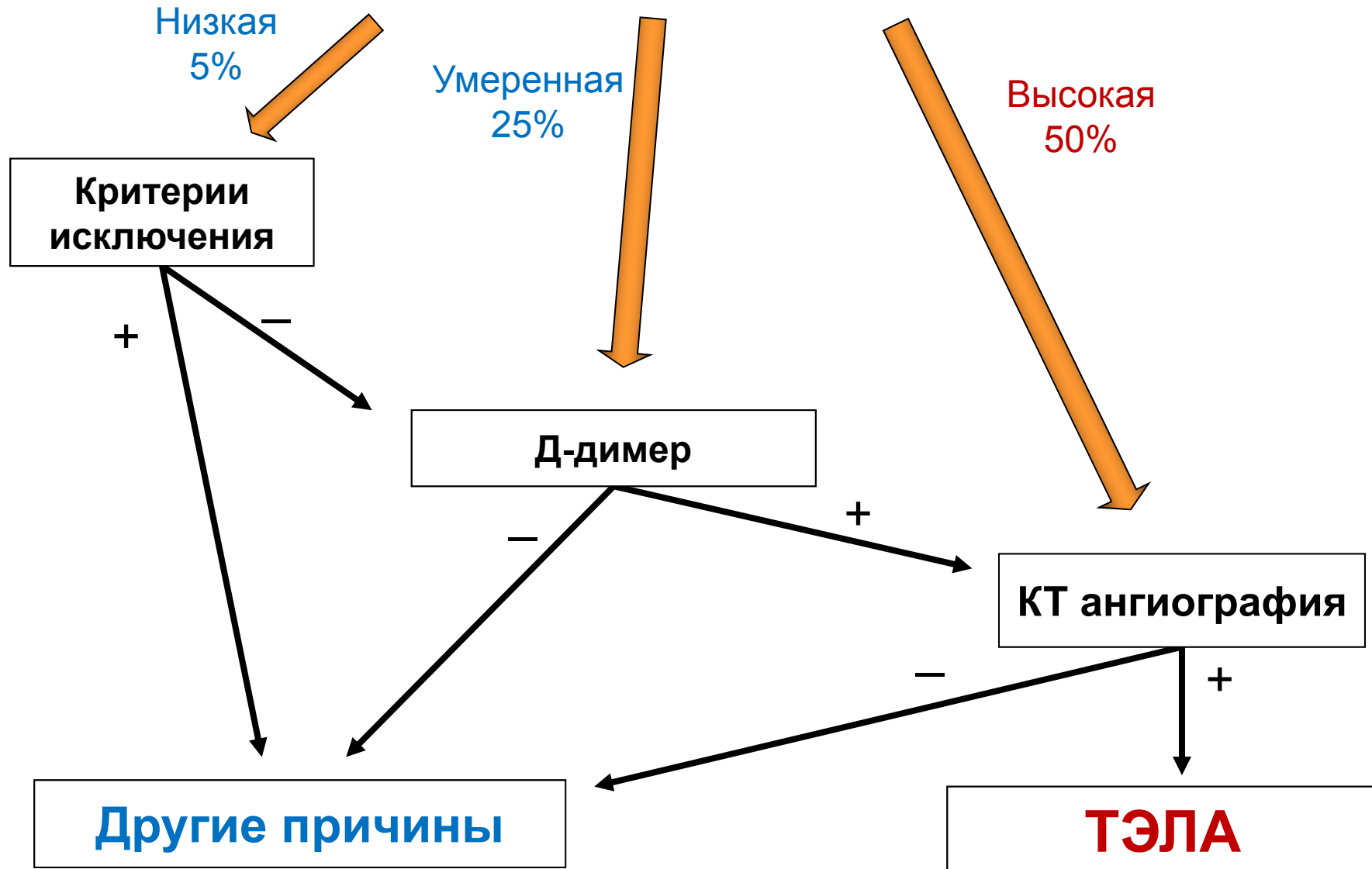
**Мониторинг массы тела,  
подбором доз диуретиков**

# Ингибитор неприлизина-ангиотензина



# Тромбоэмболия легочной артерии

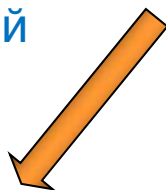
# Оценка претестовой вероятности ТЭЛА Шкала Wells



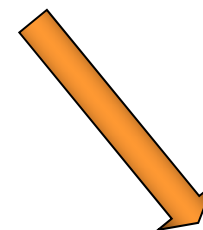


**Оценка прогноза**  
Шкала PESI

Низкий  
<3%

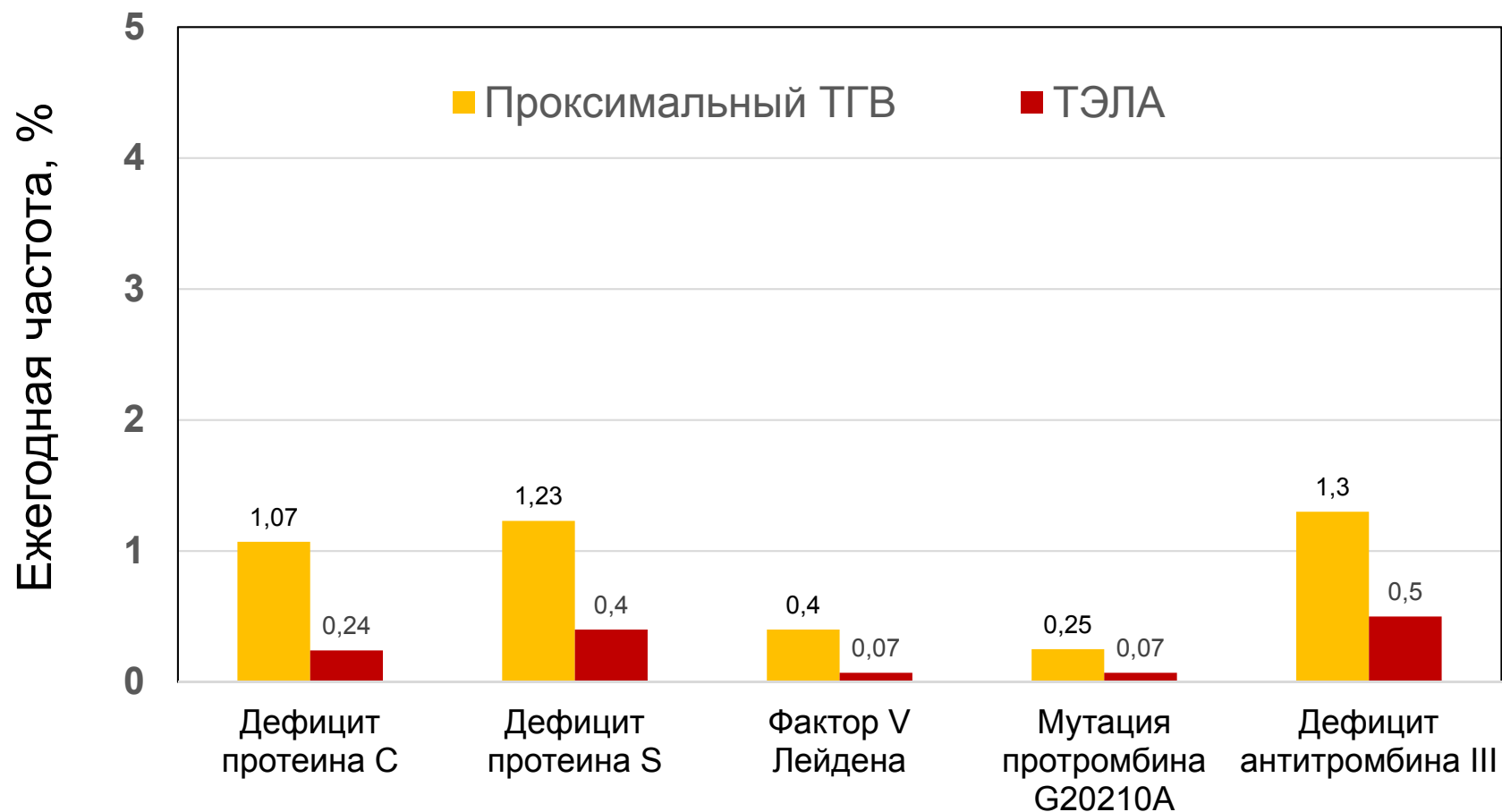


**Амбулаторно**

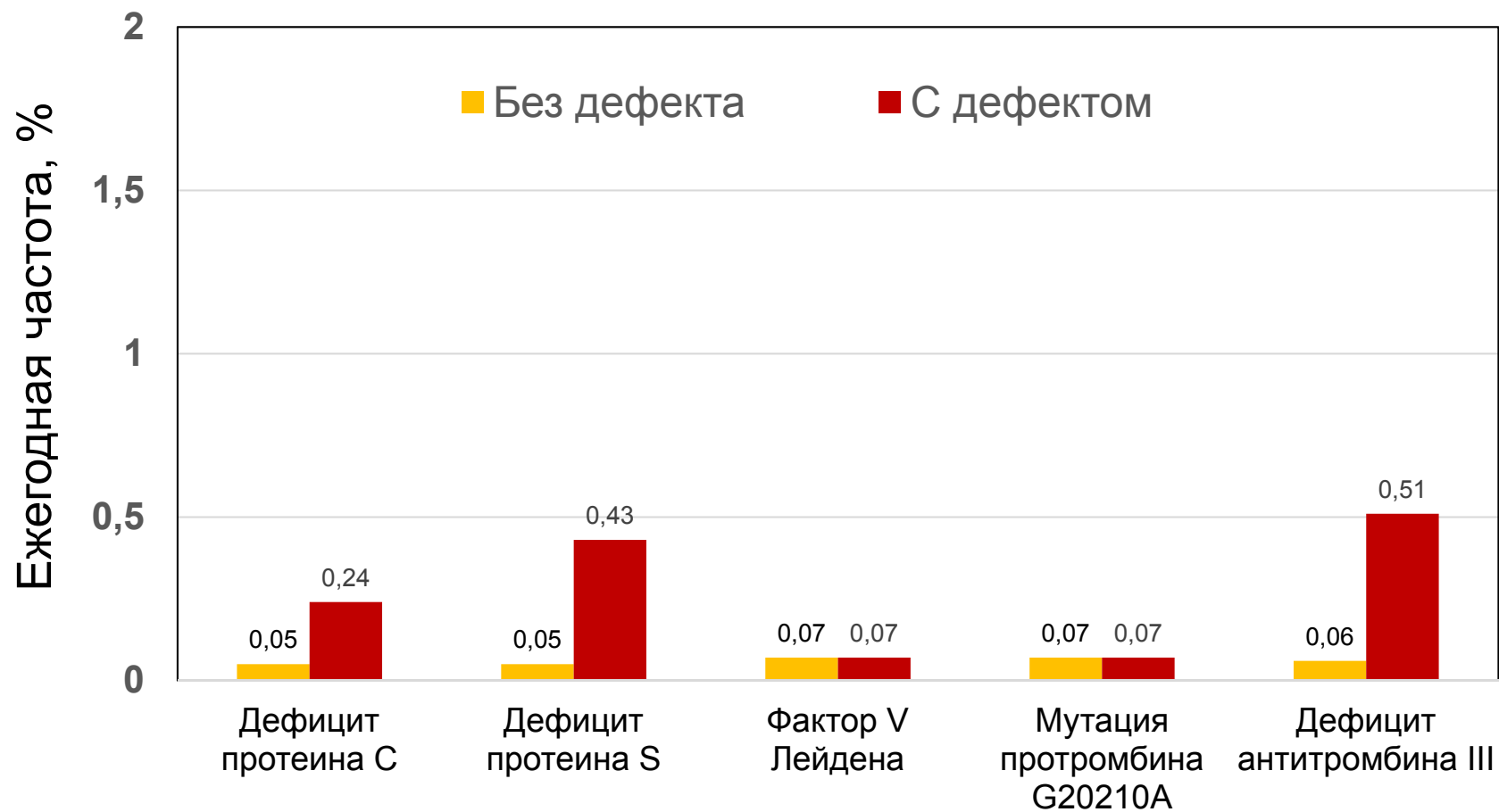


**Стационар**

## Частота венозных тромбозов у родственников пациентов с венозными тромбоэмболиями



## Частота ТЭЛА у родственников пациентов с венозными тромбозами



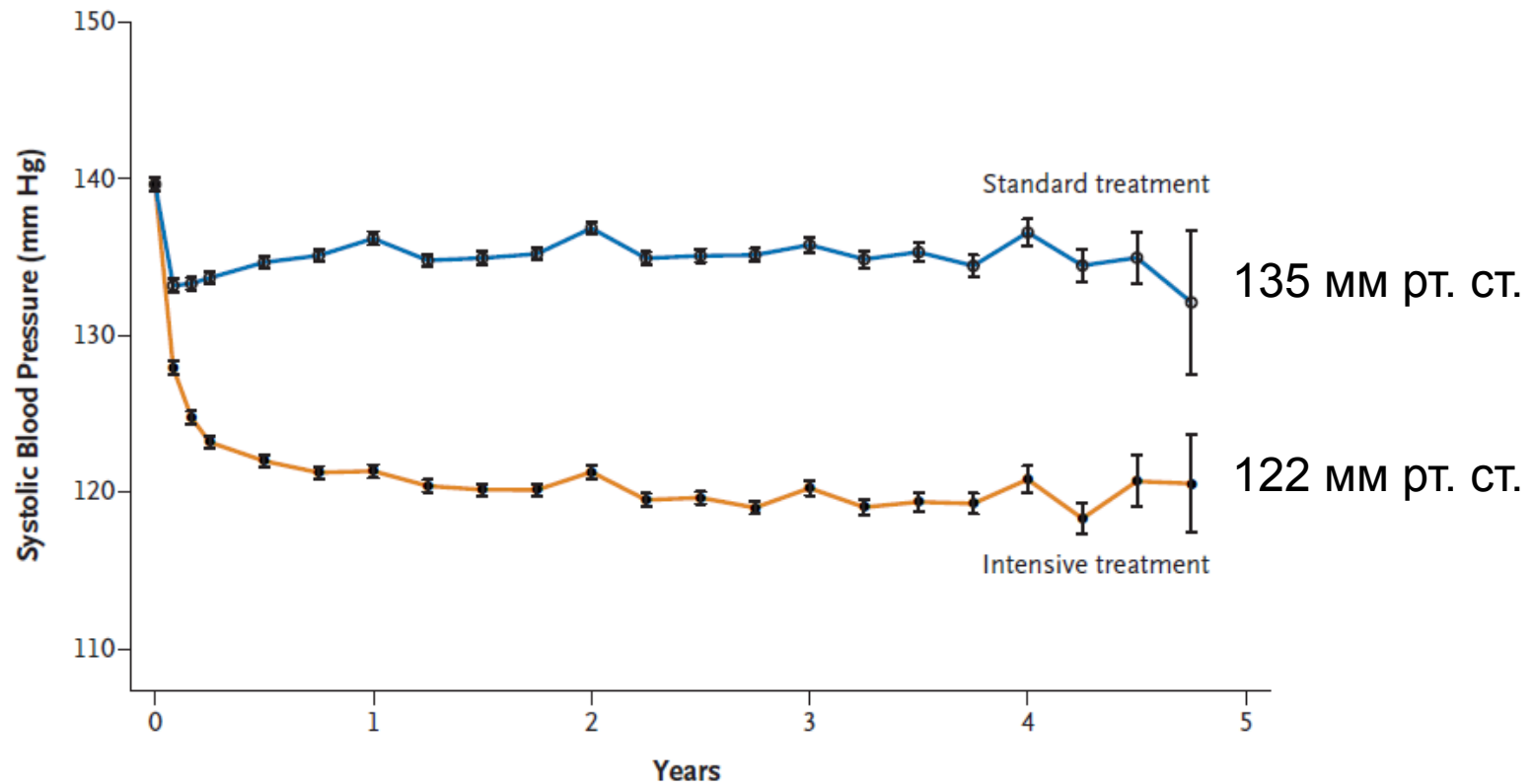
### Парадокс тромбофилий

# Показания к длительному приему варфарина

- Повторные спонтанные венозные ТЭ
- Первая спонтанная жизнеугрожающая ТЭ
- Первая спонтанная ТЭ +
  - Гомозиготы по фактору V Лейдена
  - >1 генетического дефекта (гетерозиготы по фактору V Лейдена + мутация протромбина G20210A ...)
  - Антифосфолипидный синдром
  - Дефицит антитромбина III, протеина S
- Резидуальный тромбоз в проксимальных венах

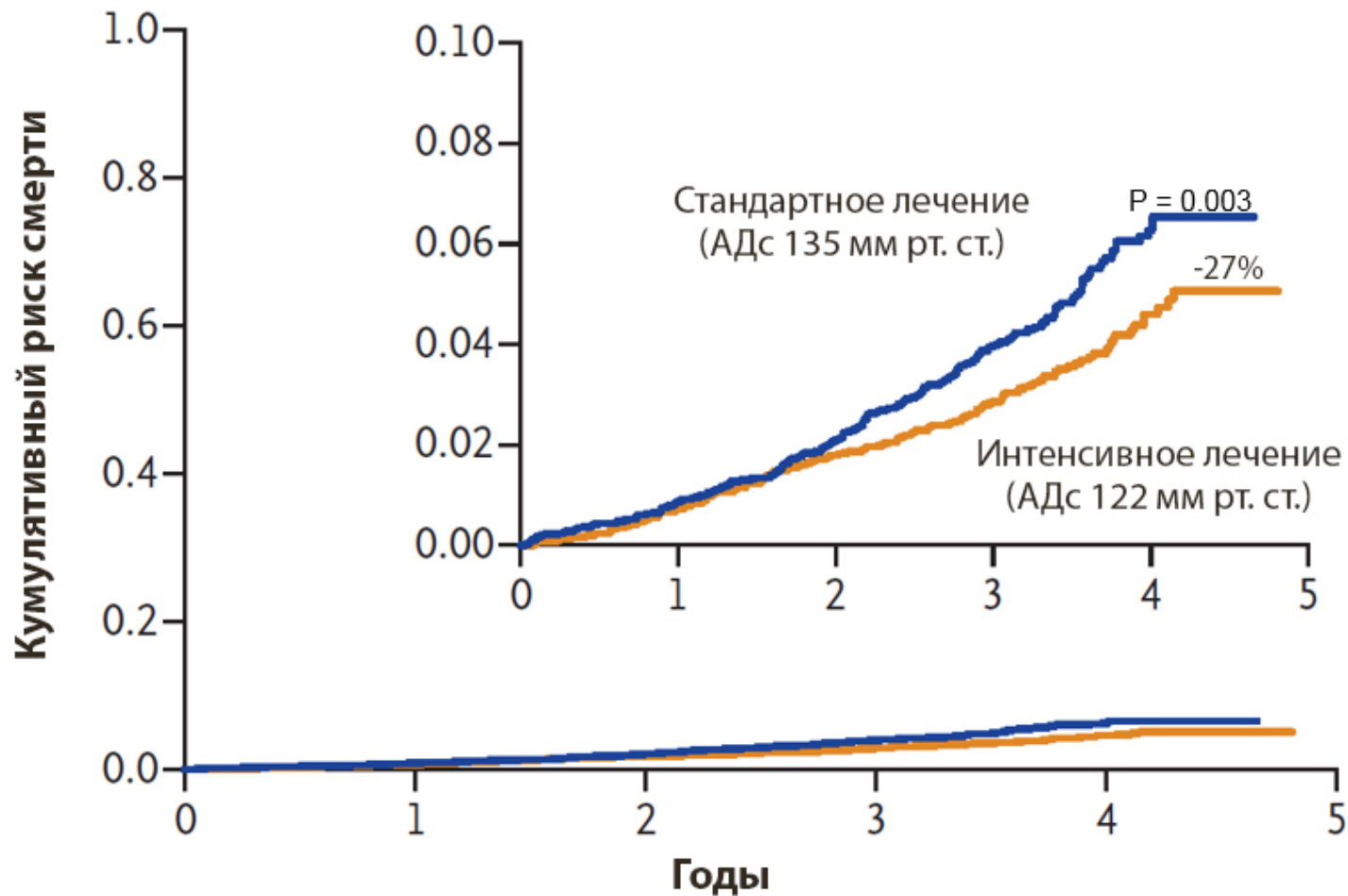
# Артериальная гипертензия

# Целевой уровень АД



Пациенты с повышенным риском *без диабета*:  $\geq 75$  лет,  
 $\geq 5\%$  по SCORE, СКФ  $< 60$  мл/мин/1.73 м<sup>2</sup>, ССЗ (не инсульт)

## Целевой уровень АД

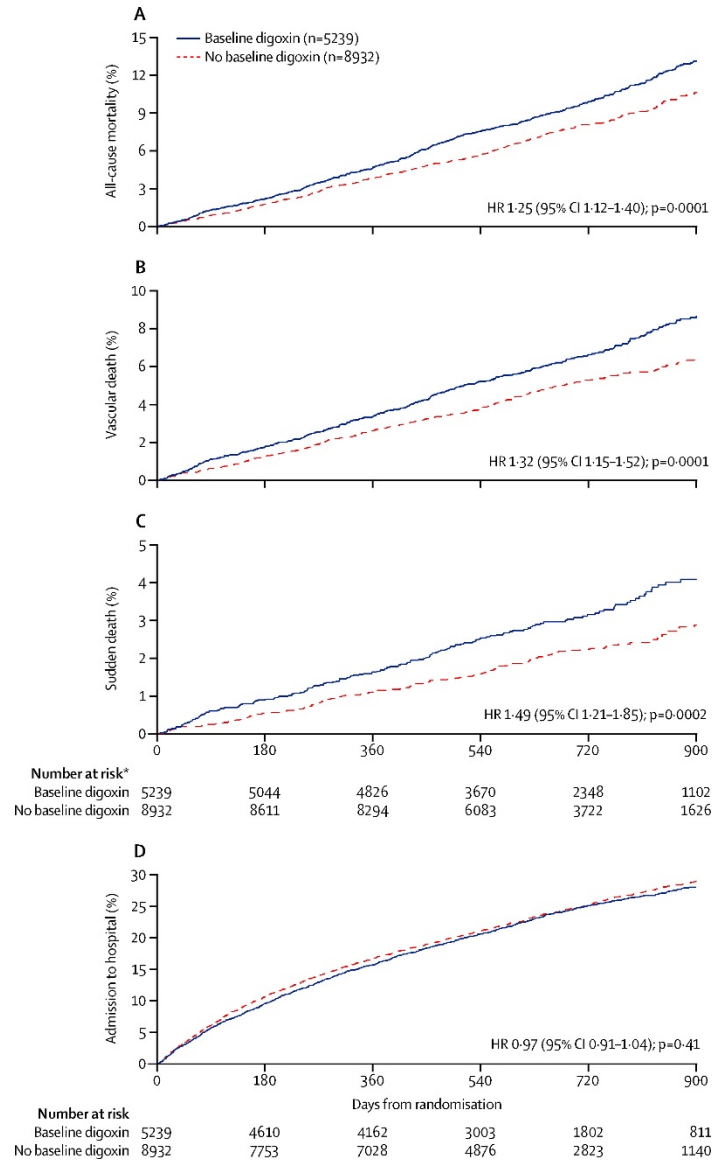


Чаще гипотензия, синкопе, дисфункция почек, электролитные нарушения (всего 4.7 vs 2.5%), не снизился риск инсультов

# Фибрилляция предсердий



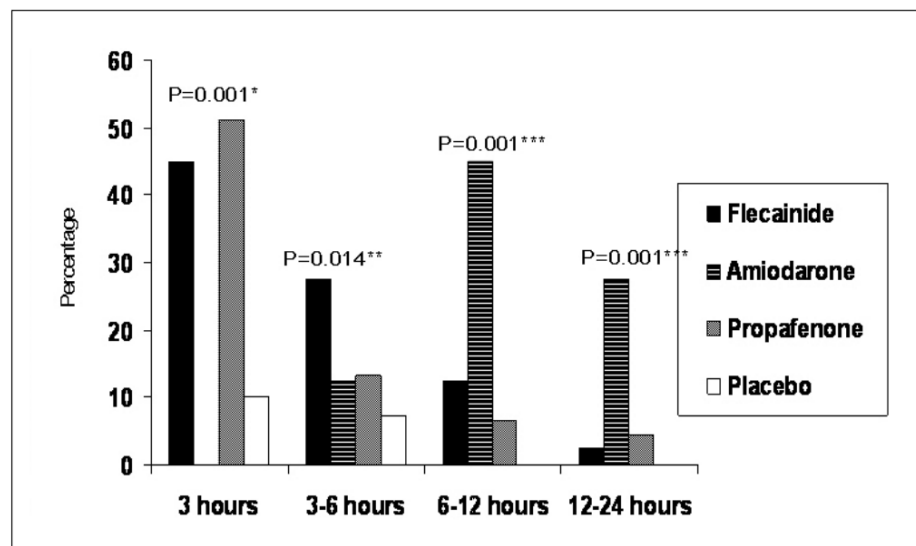
# Опасность дигоксина



Washam JB, Stevens SR, Lokhnygina Y et al. Digoxin use in patients with atrial fibrillation and adverse cardiovascular outcomes: a retrospective analysis of the Rivaroxaban Once Daily Oral Direct Factor Xa Inhibition Compared with Vitamin K Antagonism for Prevention of Stroke and Embolism Trial in Atrial Fibrillation (ROCKET AF). The Lancet 2015;385:2363-2370.

# Внутривенное введение пропафенона

- ❑ В ампуле 35 мг.
- ❑ 2 мг/кг (4 ампулы) за 10–20 мин.
- ❑ Эффект 30 мин–3 ч, 45–85%.
- ❑ Не показан при астме и выраженной ХОБЛ.



# ЖК кровотечения

## BLEEDING ENDPOINTS

Major bleeding

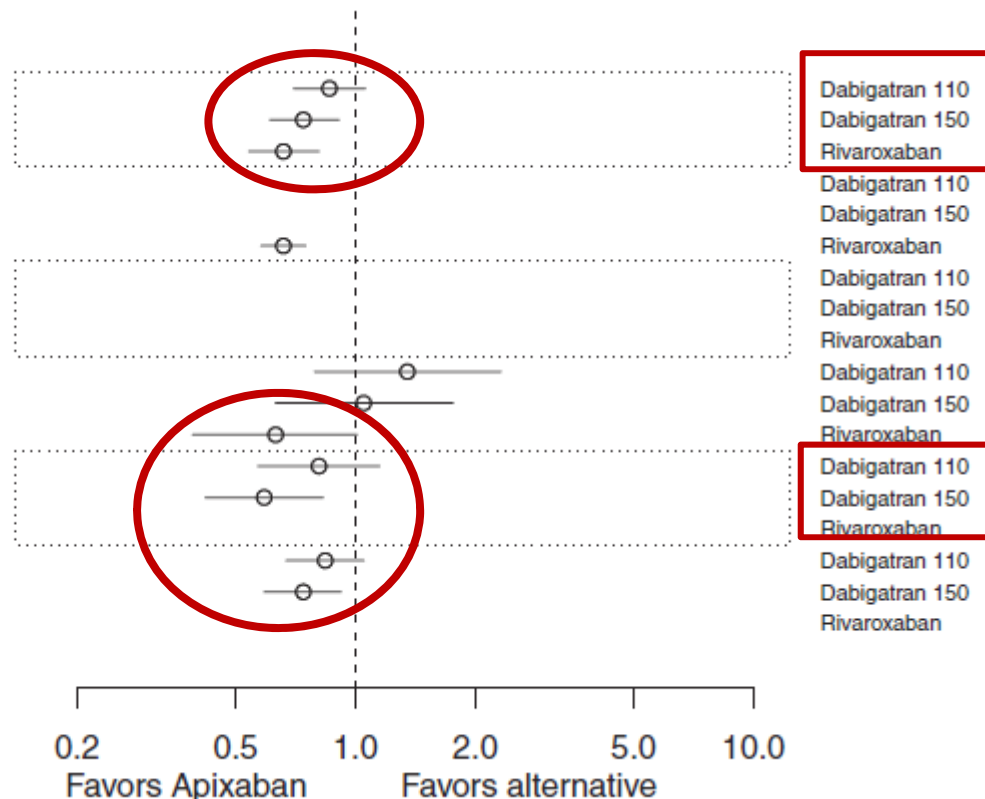
Major or CRNM bleeding

Life-threatening bleeding

Intracranial bleeding

Gastrointestinal bleeding

Extracranial or unclassified bleeding



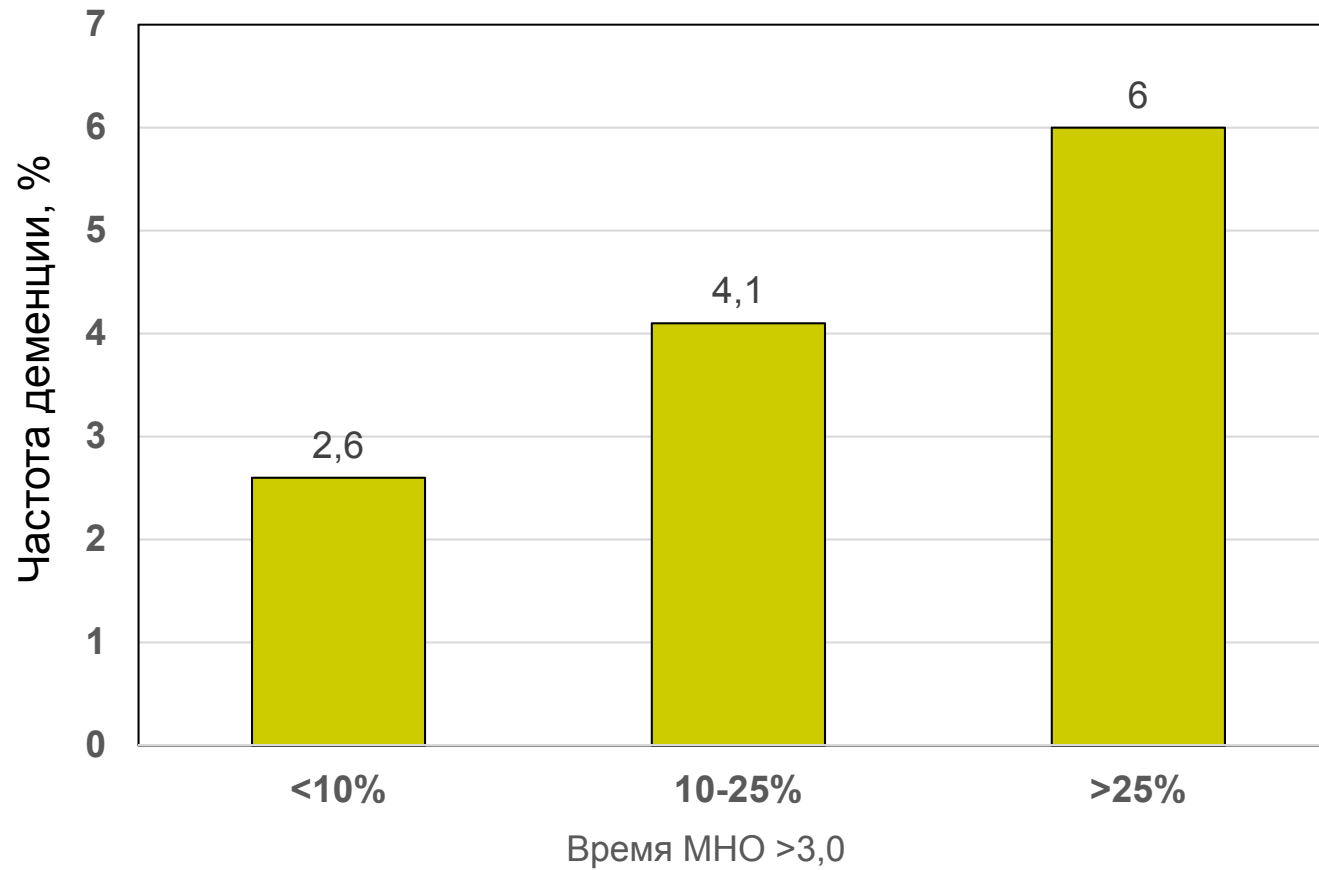
+ период полужизни 12 ч



University of Birmingham Centre for Cardiovascular Sciences

Prof. Lip has served as a consultant for Bayer, Astellas, Merck, AstraZeneca, Sanofi, Bristol-Myers Squibb/Pfizer, Daiichi-Sankyo, Biotronik, Portola, and Boehringer-Ingelheim; and has been on the Speaker's Bureau for Bayer, BMS/Pfizer, Boehringer-Ingelheim, and Sanofi-Aventis. Drs. Larsen and Rasmussen have served as speakers for BMS/Pfizer and Boehringer-Ingelheim. Dr. Skjøth has reported that he has no relationships relevant to the contents of this paper to disclose.

# Мозговые микрокровоизлияния



## Антикоагулянты после ОКС

Лечение ИМ	Риск кровотечений	2 дезагреганта + антикоагулянт	1 дезагрегант + антикоагулянт	Антикоагулянт
<b>ЧКВ</b>	Низкий (HASBLED <3)	До 6 мес	6–12 мес	Постоянно после 1 года
	Высокий (HASBLED ≥3)	До 1 мес	1–12 мес	Постоянно после 1 года
<b>Медикаменты</b>	Любой	–	До 12 мес	Постоянно после 1 года

# Выбор оральных антикоагулянтов

