



Фарид Исмагильевич Белялов

Коморбидные чтения

Иркутск, 25.05.2017

Консультация 10.05.2017: пациентка К., 75 лет

- ❑ При подъеме на 2-3 этаж одышка с дискомфортом в груди, перебои.
- ❑ 20.07.2015 инфаркт миокарда.
- ❑ Цель: оптимизация лечения.

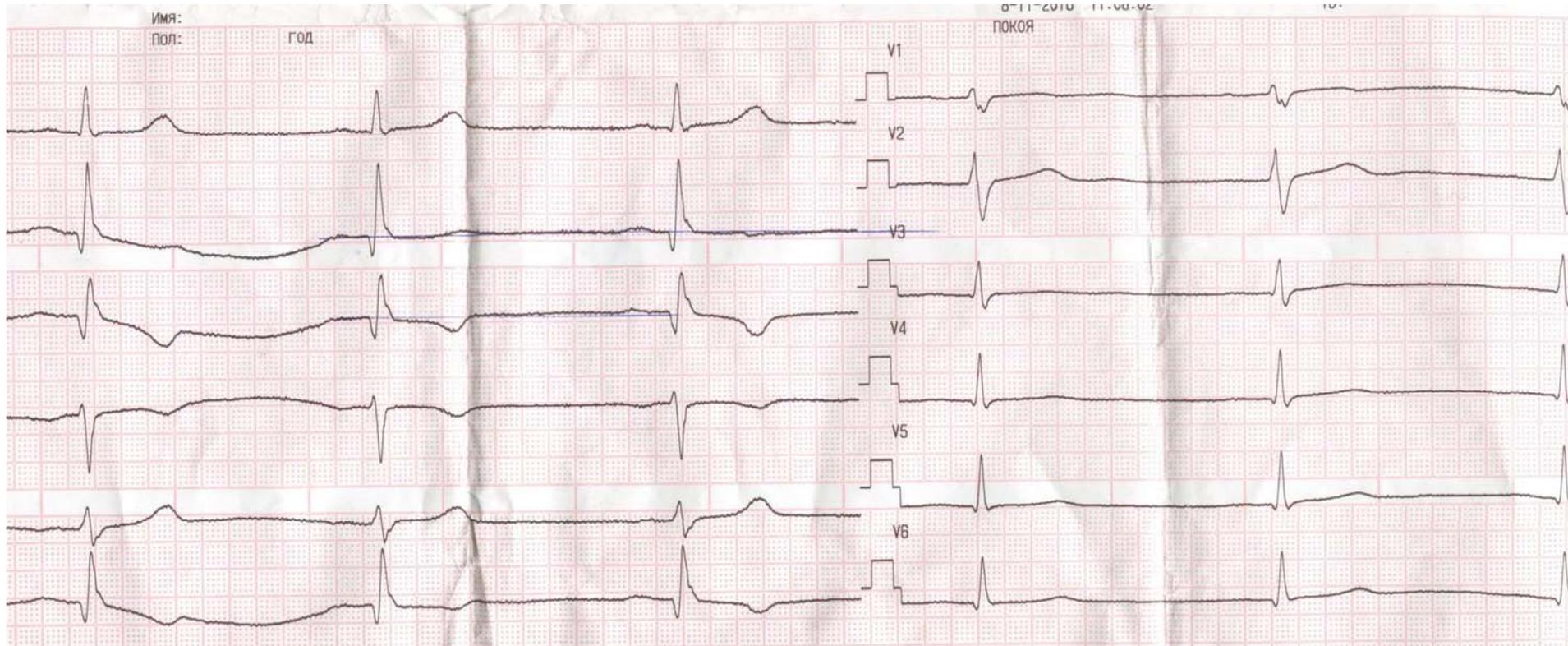
Имя:

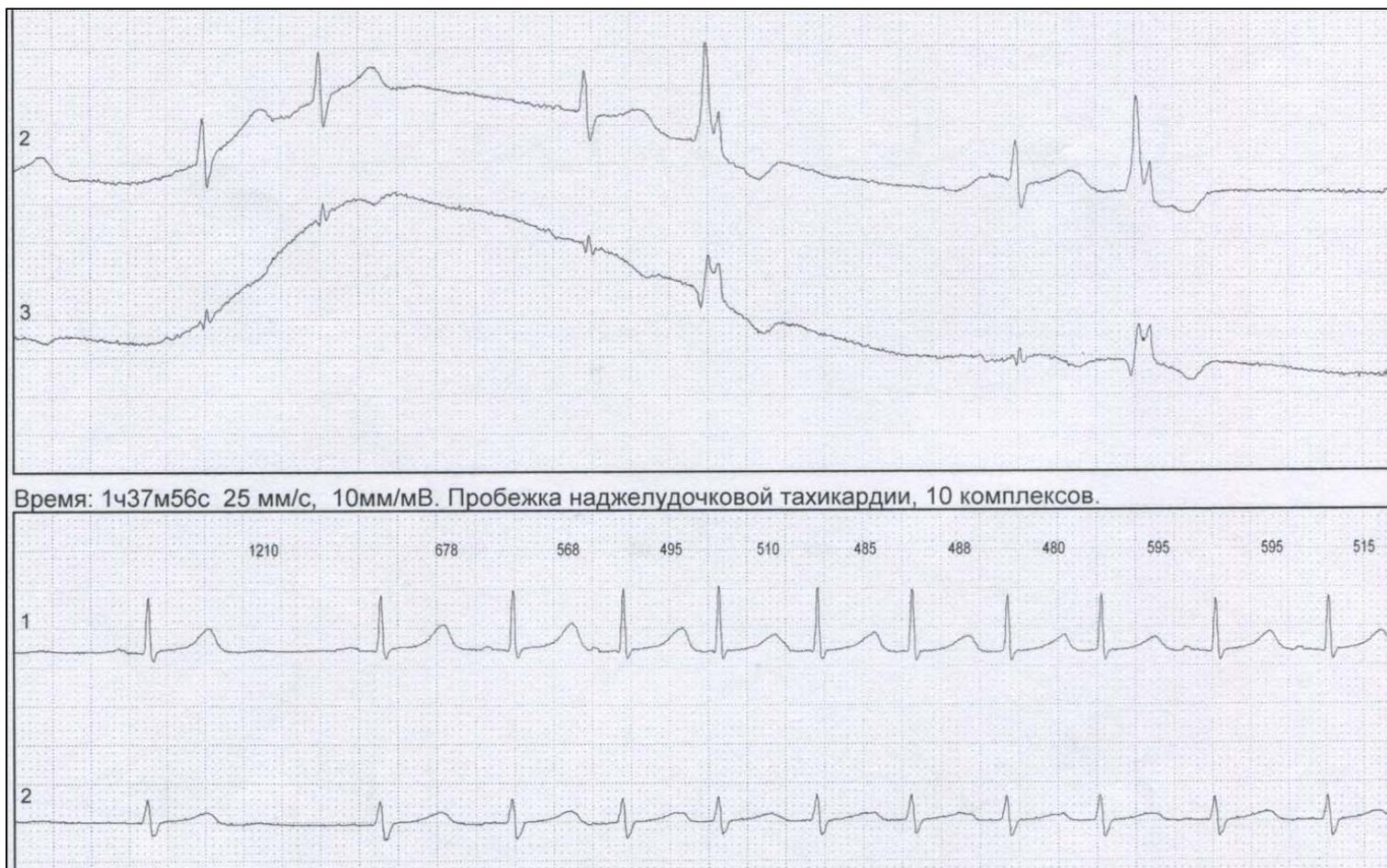
Пол:

Год

07-11-2010 11:00-02

ПОКОЯ





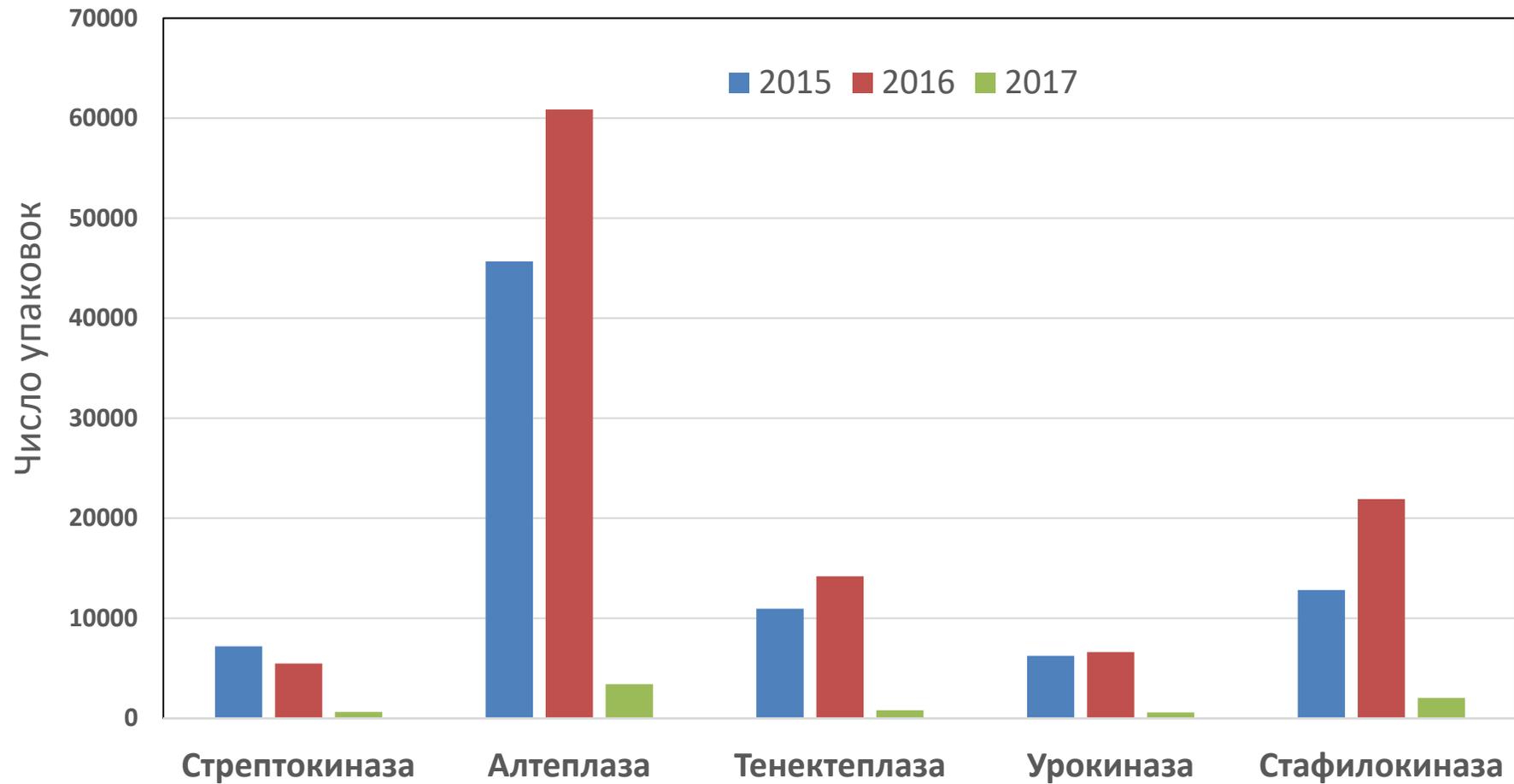
ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 60 в минуту. Q-инфаркт задней стенки, п/о период.
 ЭХОКГ 30.07.2015 Фукс С.А.: АО –3,8см, ЛП –3,2x4,5см, ПП –3,0x4,1см., ПЖ – 2,3 см.,
 Р в ПЖ 34 мм рт.ст, КДР лж –5,4 см., КСР лж – 4,0 см., ТМЖП –0,9см., ТЗСЛЖ –0,9см,
 ФВ(Т) –48%, ФВ(С) –51%. Гипокинез задней и нижней стенок в среднем и базальном
 сегментах. В перикарде жидкость не выявлена. Закл.: Гипокинез. Дегенеративные
 изменения Ао, АК. Умеренная недостаточность АК, МК.

Основное заболевание: ИБС. Острый Q-инфаркт миокарда задней стенки левого желудочка от 20.07.2015г. Оклюзивный тромбоз ПКА. Прямое стентирование ПКА с восстановлением кровотока. Стеноз проксимального сегмента ПНА до 75%. Стеноз проксимального сегмента ОА более 75%. РЭД и стентирование ПНА и ОА с восстановлением кровотока от 23.07.2015г. Недостаточность АК, МК.

Осложнения основного заболевания: Killip 1 ХСН 2А ФК. 2

Сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь 3 стадия риск 4 (ИБС, возраст) ХБП С1. Кисты почек. ГЭРБ 2ст. Язвенный эзофагит. Остеоартроз коленных и тазобедренных суставов.

Динамика закупок тромболитиков в России



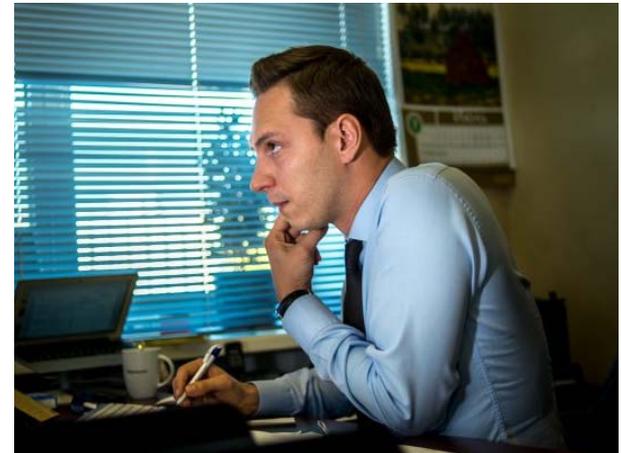
Сравнение стафилокиназы и тенектеплазы (ФРИДОМ I)

Наименование критерия	Фортелизин 190, N (%)	Метализе 191, N (%)	Р
Снижение ST через 90 мин на 50%	152 (80%)	153 (80%)	0,87
Спасительное ЧКВ	40 (21%)	38 (20%)	0,92
TIMI-2 + TIMI-3	133 (70%)	131 (71%)	0,76
Смерть от всех причин, 30 сут	7 (3,8%)	7 (3,8%)	>0,99
Смерть от ССЗ 30 сут	7 (3,8%)	7 (3,8%)	>0,99
Кардиогенный шок, 30 сут	9 (4,7%)	10 (5,3%)	>0,99
Реинфаркт, 30 сут	8 (4,2%)	7 (3,8%)	0,79
СН, 30 сут	15 (7,9%)	18 (9,4%)	0,71

Преимущества и недостатки фортелизина

- Болюс.
- Повторное введение.
- Дешевле.
- Отечественная разработка.

- Не опубликована фармакокинетика.
- Отсутствие в рекомендациях и стандартах, но есть в ЖНВЛС.
- Не изучен при легочной эмболии, ишемическом инсульте.



Сергей Сергеевич Маркин научный сотрудник
Института физико-химической медицины

Принимать:

Ацетилсалициловая кислота 100мг 1 раз в день

Клопидогрел 75мг 1 раз в день в течение года после стентирования.

Бисопролол 5мг $\frac{1}{4}$ т утром под контролем ЧСС. Целевой уровень чсс 55-60уд. в мин.

Эналаприл 5мг 2 раза в день или Периндоприл 5мг 1 раз в день под контролем АД.

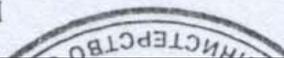
Статины: аторвастатин 20мг.или розувастатин 10мг вечером . Целевой уровень ОХ меньше 4,5ммоль/л., ЛПНП меньше 1,8ммоль/л. под контролем трансаминаз крови .

Триметазидин 35мг 2 раза в день

+ Рекомендации гастроэнтеролога: Пантопразол 20мг 2 раза в день

Сукральфат 0,5 3 раза в день через 1,5 часа после еды

Домперидон 1т 3 раза в день за 30мин до приема пищи



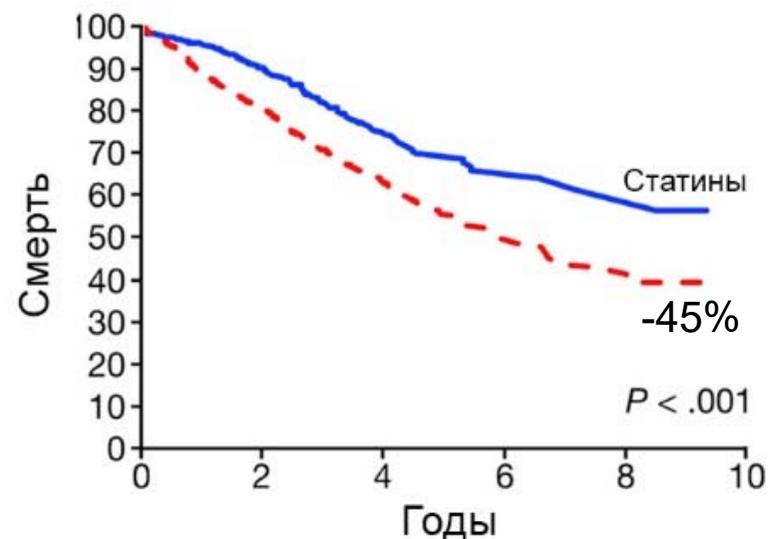
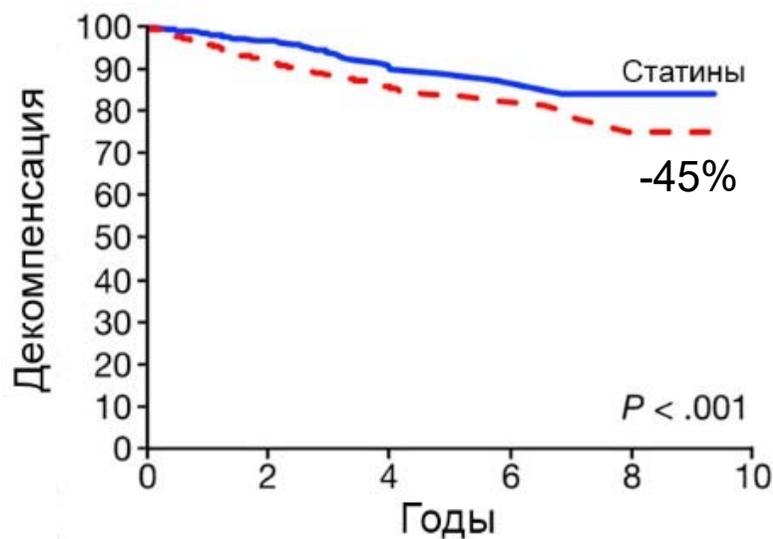
Повреждение печени, индуцированное статинами

Химанализ	Резул.	Ед.	Флаг
АЛТ	246.9	U/L	Повышен
АСТ	158.1	U/L	Повышен
IBIL	10.0	μmol/L	
Глюкоза	5.83	mmol/L	
Прям.билир	5.82	μmol/L	
Общ.билиру	15.86	μmol/L	
Щел.фосфат	79.6	U/L	
ГГТ	20.7	U/L	
Общий бело	67.5	g/L	
α-амилаза	58.4	U/L	
Холестерин	4.64	mmol/L	
Креатинин	83.9	μmol/L	

Дата/вр.заказа: 24/05/2016 Дата/вр. теста: 24/05/2016

Лечение статинами возможно?

Статины при компенсированном циррозе печени, вызванном гепатитом С



40512 пациентов, 2802 принимали статины

Veteran Affairs Clinical Case Register

Частота поражений печени, индуцированных статинами

	Sweden (n=73), ref. 18	Spain (n=47), ref. 19	USA (n=22), ref. 20
Age	64	62	60
Gender (male %)	55%	47%	32%
Dose (median), mg	-	-	20
Hepatocellular	59%	51%	55%
Latency (median)	90	57	155
Jaundice	35%	53%	68%
Autoantibodies	-	25%	27%
Chronicity	-	19%	18%
Atorvastatin	41%	34%	36%
Simvastatin	38%	28%	23%
Fluvastatin	15%	25%	9%
Lovastatin	-	4%	5%
Rosuvastatin	3%	-	18%
Pravastatin	3%	8%	9%

1.9-5.5%



Einar Björnsson

2 смерти
1 трансплантация

0 смертей

1 смерть с предшествующим
алкогольным циррозом

Замена статина

	Number of cases reported	Positive rechallenge	Fatal liver injury reported (yes/no)
Simvastatin	68	yes	yes
Atorvastatin	65	yes	yes
Fluvastatin	28	yes	no
Rosuvastatin	13	no	no
Lovastatin	12	no	no
Pravastatin	11	no	no

In a total of five cases, information was available about a switch to another statin after recovery of liver tests. This was possible in all cases without elevation of liver tests while on therapy (with more than three months of follow-up in all). In three patients, atorvastatin was replaced by pravastatin (n = 2) and in one by simvastatin. Two patients with rosuvastatin-induced liver injury were able to use simvastatin and atorvastatin, respectively.

Статины при поражениях печени

- ❑ Поражение печени, индуцированное статинами развивается в 2-6% случаев по данным наблюдательных исследований.
- ❑ Наличие НЖБП, вирусного гепатита, компенсированного цирроза печени не является противопоказанием.
- ❑ После восстановления уровня трансаминаз возможна замена на другой статин.

Принимать:

Ацетилсалициловая кислота 100мг 1 раз в день

Клопидогрел 75мг 1 раз в день в течение года после стентирования.

Бисопролол 5мг ¼ т утром под контролем ЧСС. Целевой уровень чсс 55-60уд. в мин.

Эналаприл 5мг 2 раза в день или Периндоприл 5мг 1 раз в день под контролем АД.

Статины: аторвастатин 20мг.или розувастатин 10мг вечером . Целевой уровень ОХ меньше 4,5ммоль/л., ЛПНП меньше 1,8ммоль/л. под контролем трансаминаз крови .

Триметазидин 35мг 2 раза в день

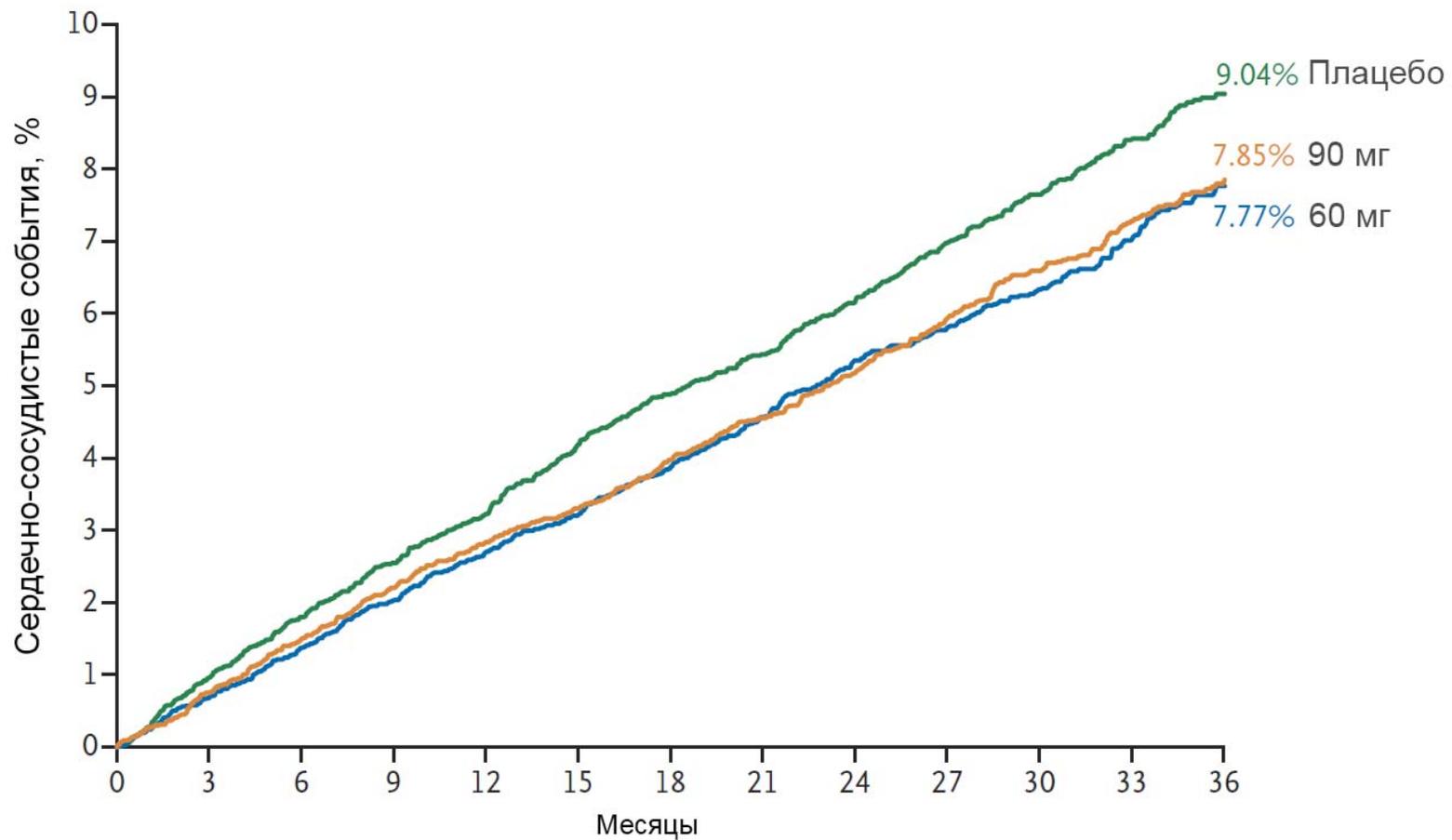
+ Рекомендации гастроэнтеролога: Пантопразол 20мг 2 раза в день

Сукральфат 0,5 3 раза в день через 1,5 часа после еды

Домперидон 1т 3 раза в день за 30мин до приема пищи

Длительность двойной антитромбоцитарной терапии?

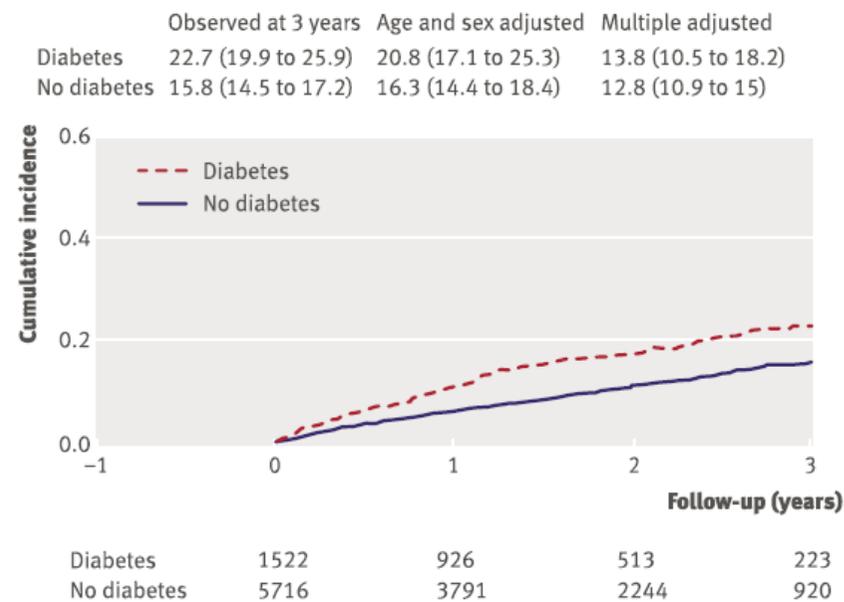
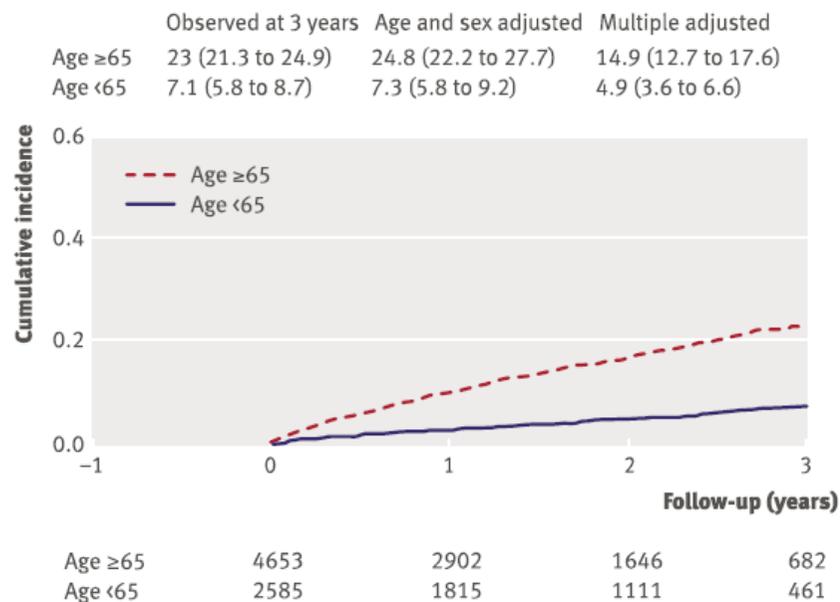
ДАТ в течение 1-3 лет после инфаркта миокарда



PEGASUS-TIMI 54

Bonaca MP, et al. Long-Term Use of Ticagrelor in Patients with Prior Myocardial Infarction. N Engl J Med 2015; 372:1791-1800.

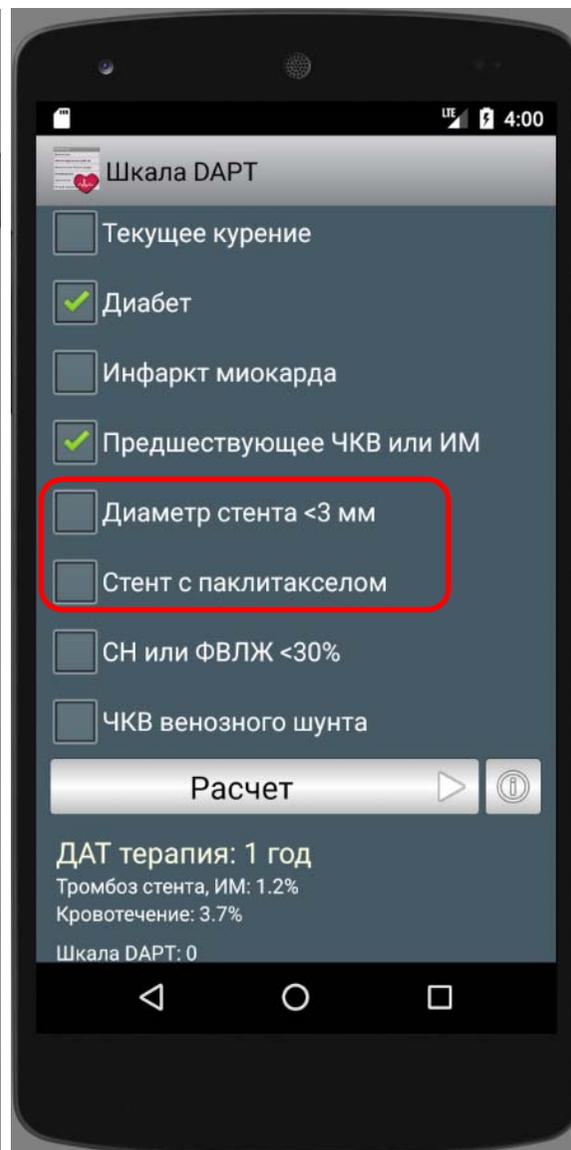
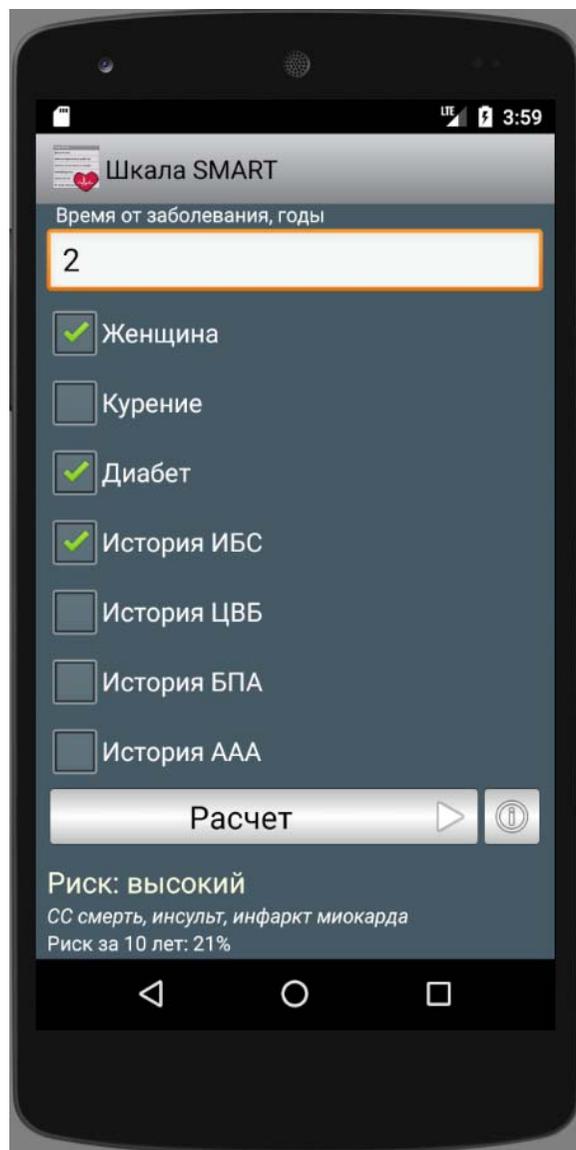
Длительная ДАТ при стабильной ИБС



Сердечно-сосудистые риски (и польза ДАТ) выше у пожилых и при диабете.

CALIBER – электронная база

Timmis A, et al. Prolonged dual antiplatelet therapy in stable coronary disease: comparative observational study of benefits and harms in unselected versus trial populations. *BMJ*. 2016;353.



КОРОНАРНЫЙ СТЕНТ «КАЛИПСО» С БИОРЕЗОРБИРУЕМЫМ ПОКРЫТИЕМ, ВЫДЕЛЯЮЩИМ СИРОЛИМУС



Технические характеристики

Информация для заказа

Длина стена (мм)

Ø	8	11	13	15	18	23	28	33	38
2	KL08200	KL11200	KL13200	KL15200	KL18200	KL23200	KL28200		
2,25	KL08225	KL11225	KL13225	KL15225	KL18225	KL23225	KL28225		
2,5	KL08250	KL11250	KL13250	KL15250	KL18250	KL23250	KL28250	KL33250	KL38250
2,75	KL08275	KL11275	KL13275	KL15275	KL18275	KL23275	KL28275	KL33275	KL38275
3	KL08300	KL11300	KL13300	KL15300	KL18300	KL23300	KL28300	KL33300	KL38300
3,5	KL08350	KL11350	KL13350	KL15350	KL18350	KL23350	KL28350	KL33350	KL38350
4	KL08400	KL11400	KL13400	KL15400	KL18400	KL23400	KL28400	KL33400	KL38400
4,5	KL08450	KL11450	KL13450	KL15450	KL18450	KL23450	KL28450	KL33450	KL33450

Необходимо указывать детальную информацию по стентам

Стент Калипсо с сиролимусом на растворимом полимере



Исследование ПАТРИОТ
сравнение с XIENCE V

Кудряшов
Андрей Николаевич
Angioline
interventional device

Патология кровообращения и кардиохирургия. 2017;21(1):37-43
DOI: 10.21688-1681-3472-2017-1-37-43

Эндоваскулярная хирургия 37

**Современное поколение стентов с лекарственным покрытием:
фокус на сиролимус-покрытый стент «Калипсо»**

© Кудряшов А.Н.¹, Требушат Д.В.¹, Верин В.В.², Воробьев В.А.²

Основное заболевание: ИБС. Острый Q-инфаркт миокарда задней стенки левого желудочка от 20.07.2015г. Оклюзивный тромбоз ПКА. Прямое стентирование ПКА с восстановлением кровотока. Стеноз проксимального сегмента ПНА до 75%. Стеноз проксимального сегмента ОА более 75%. РЭД и стентирование ПНА и ОА с восстановлением кровотока от 23.07.2015г. Недостаточность АК, МК.

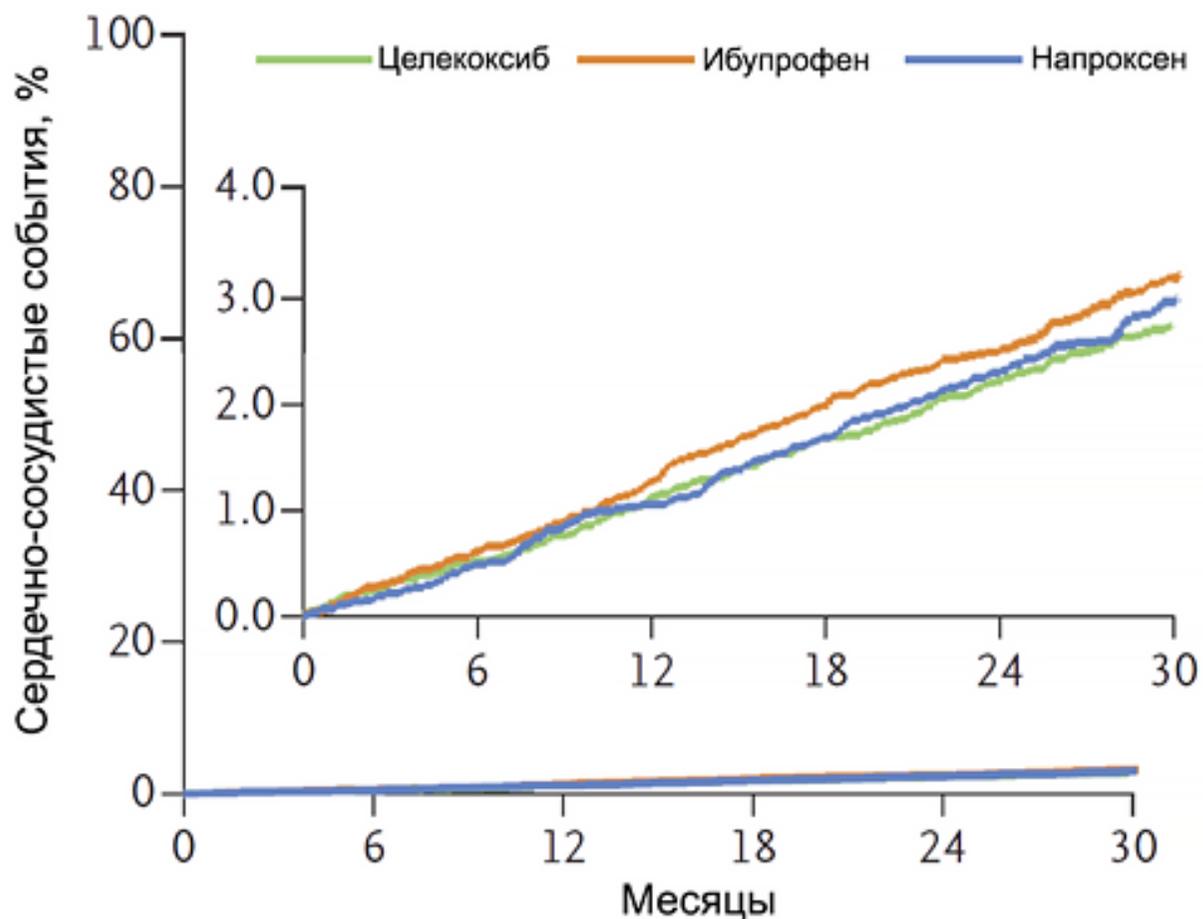
Осложнения основного заболевания: Killip 1 ХСН 2А ФК. 2

Сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь 3 стадия риск 4 (ИБС, возраст) ХБП С1. Кисты почек. ГЭРБ 2ст. Язвенный эзофагит.

Остеоартроз коленных и тазобедренных суставов.

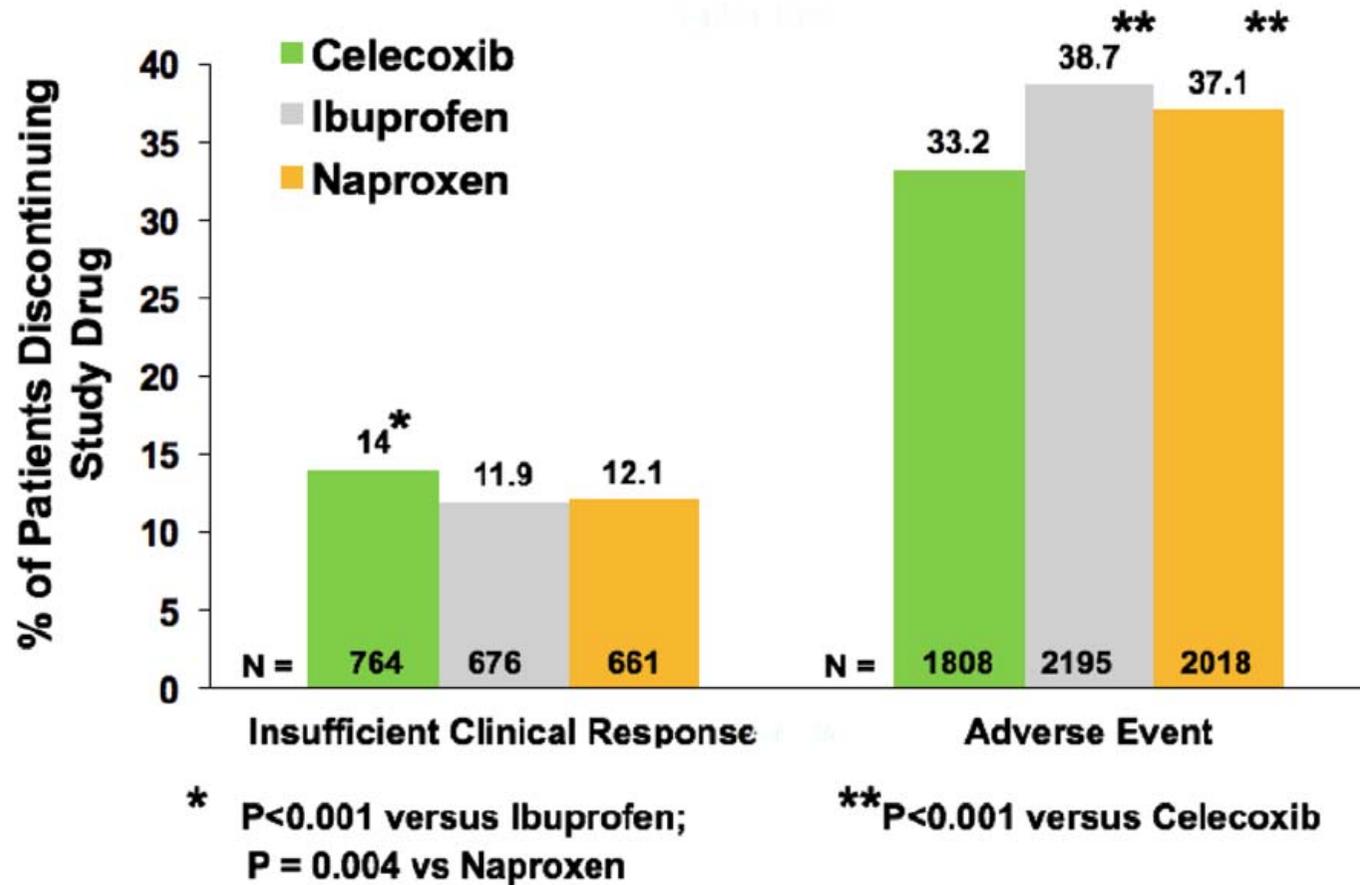
Чем лечить остеоартроз?

Сердечно-сосудистая безопасность НПВП



Целекоксиб одинаково безопасен по сравнению с напроксеном и ибупрофеном

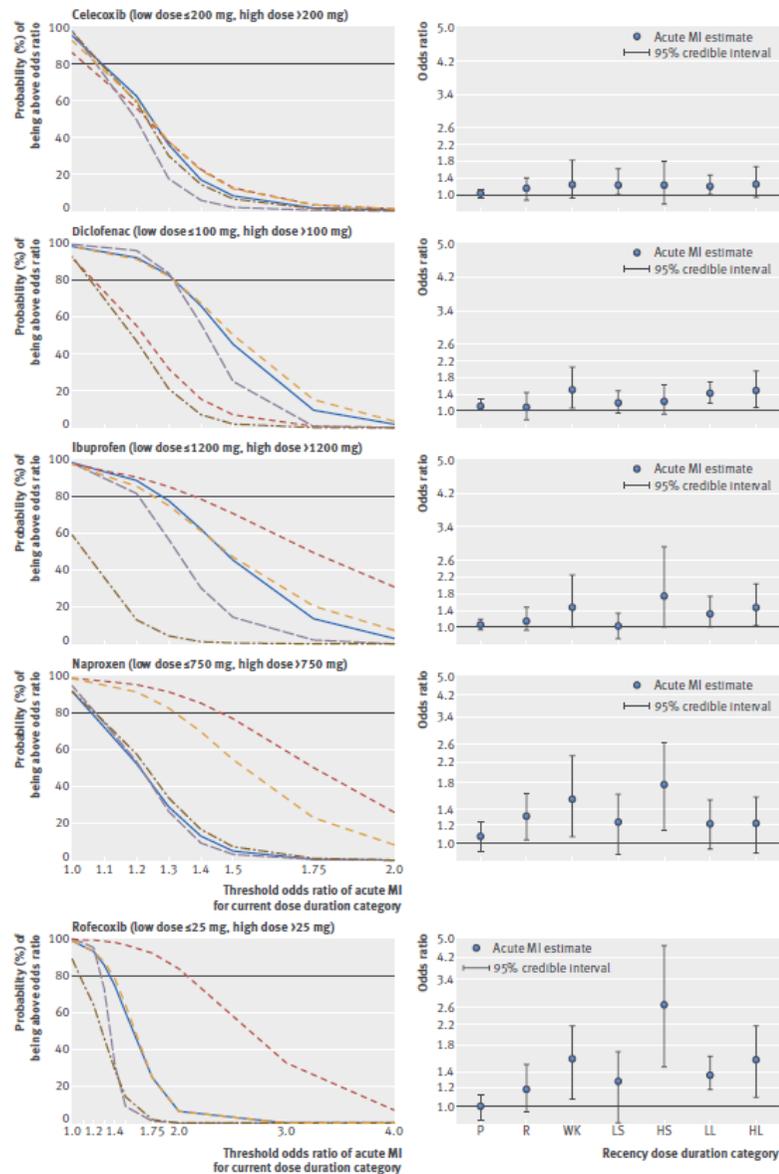
Частота отказа от приема препарата



Проблемы исследования PRECISION

- ❑ Сердечно-сосудистые риски целекоксиба возрастают при дозе ≥ 400 мг/сут, а использована доза 100 мг 2 раза – слабее анальгезия, чем у напроксена (375 мг 2 раза) и ибупрофена (600 мг 3 раза).
- ❑ Пациенты низкого риска (77% первичная профилактика).
- ❑ 27% пациентов исключены из исследования.
- ❑ Время экспозиции препарата только 59%.
- ❑ Конфликт интереса.

Риск инфаркта миокарда



- ❑ Все НПВП, включая напроксен, повышают риск инфаркта миокарда.
- ❑ Риск целекоксиба сопоставим с другими НПВП.
- ❑ Риск выше в первый месяц приема и при большей дозе.

Основное заболевание: ИБС. Острый Q-инфаркт миокарда задней стенки левого желудочка от 20.07.2015г. Оклюзивный тромбоз ПКА. Прямое стентирование ПКА с восстановлением кровотока. Стеноз проксимального сегмента ПНА до 75%. Стеноз проксимального сегмента ОА более 75%. РЭД и стентирование ПНА и ОА с восстановлением кровотока от 23.07.2015г. Недостаточность АК, МК.

Осложнения основного заболевания: Killip 1 ХСН 2А ФК. 2

Сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь 3 стадия риск 4 (ИБС, возраст) ХБП С1. Кисты почек. ГЭРБ 2ст. Язвенный эзофагит.
Остеоартроз коленных и тазобедренных суставов.

Диагноз заключительный клинический.

-Основное заболевание: ПМСР: Рак головки поджелудочной железы Т3N0M0 2 А стадия, Рак слепой кишки Т3N0M0 2 А стадия 3 клиническая группа.

-Осложнение основного: Сахарный диабет 2 тип, вследствие панкреатодуоденальной резекции (рак головки ПЖ Т3N1M0 2 6 ст. 2 кл.гр), индивидуальный целевой уровень HbA1c < 7.5 %. Синдром мальдигестии.

Биохимический анализ крови: Общий белок - 58 гр/л, глюкоза - 7.6-8.5-5.8-6.4 ммоль/л, альбумин - 38.0 гр/л, креатинин 56.4 мкмоль/л, амилаза - 5 МЕ/л, АлАТ - 20 МЕ/л, АсАТ - 19 МЕ/л, общий билирубин - 8.7 мкмоль/л, прямой - 1.0 мкмоль/л, щелочная фосфатаза - 61.9 МЕ/л, мочевины - 4.6 ммоль/л, Na - 136 ммоль/л, K - 4.3 ммоль/л, Cl - 103 ммоль/л.

Чем лечить диабет?

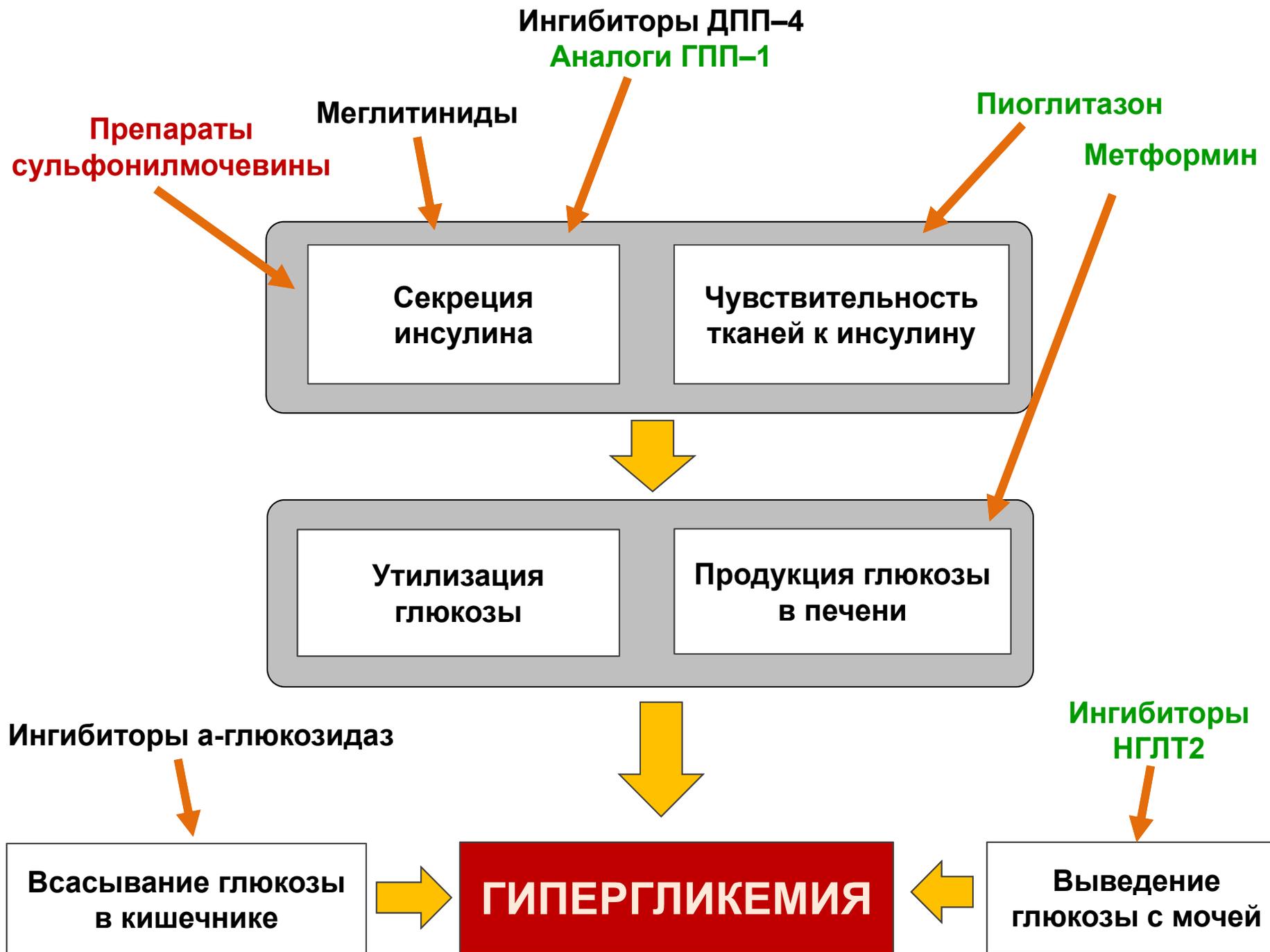
Сердечно-сосудистые риски препаратов сульфонилмочевины

Table 3—Crude and adjusted RRRs of adverse event associated with sulfonylurea use according to study design parameters from the meta-regression analysis of 36 estimates of relative risk from the observational studies listed in Tables 1 and 2

	Number of relative risk estimates	Mean relative risk	Crude RRR	Adjusted RRR* (95% CI)
Comparator				
Metformin	27	1.43	1.08	1.13 (1.01–1.27)
Other (reference)	9	1.32	1.00	1.00 (reference)
Outcome				
Death	24	1.50	1.24	1.20 (1.07–1.34)
Cardiovascular (reference)	12			
Major bias				
Yes	26			
No (reference)	10			

*Adjusted for one another and weighted by

In summary, the majority of the studies reporting on the association between sulfonylureas and cardiovascular risk had design-related biases, such as exposure misclassification, time-lag bias, and selection bias. However, the majority of studies with no major designed-related biases reported increased risks of cardiovascular events and mortality with sulfonylureas.

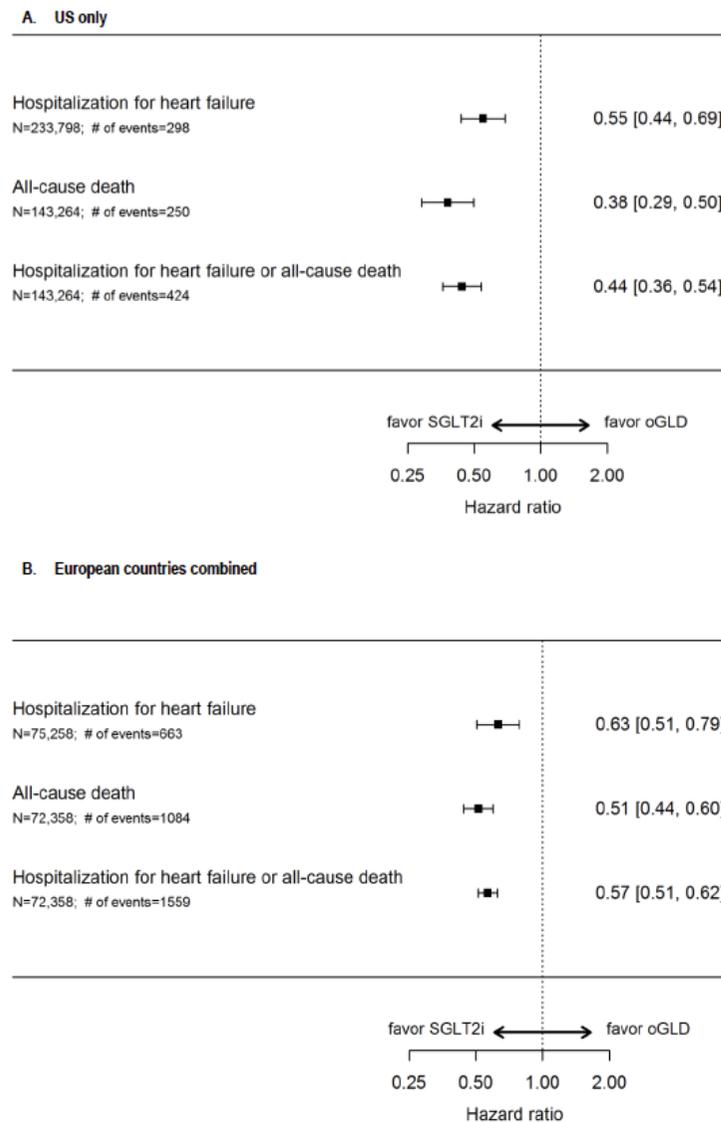


Антигипергликемические препараты снижающие сердечно-сосудистые риски

- Метформин
- Пиоглитазон
- ИНГТ-2: эмпаглифлозин 10 мг (~2700 р)
- аГПП-1: лираглутид 1.2 мг п/к (~20000 р)

Класс эффект иНГЛТ-2

Figure S7: Outcomes for hospitalization for heart failure, all-cause death, and hospitalization for heart failure or all-cause death for the SGLT-2 inhibitor versus other GLD treatment groups



Принимать:

Ацетилсалициловая кислота 100мг 1 раз в день

Клопидогрел 75мг 1 раз в день в течение года после стентирования.

Бисопролол 5мг ¼ т утром под контролем ЧСС. Целевой уровень чсс 55-60уд. в мин.

Эналаприл 5мг 2 раза в день или Периндоприл 5мг 1 раз в день под контролем АД.

Статины: аторвастатин 20мг.или розувастатин 10мг вечером . Целевой уровень ОХ меньше 4,5ммоль/л., ЛПНП меньше 1,8ммоль/л. под контролем трансаминаз крови .

Триметазидин 35мг 2 раза в день

+ Рекомендации гастроэнтеролога: Пантопразол 20мг 2 раза в день

Сукральфат 0,5 3 раза в день через 1,5 часа после еды

Домперидон 1т 3 раза в день за 30мин до приема пищи

Розувастатин – 2.5 мг титровать под ежемесячным контролем АЛТ/АСТ/ЩФ.

Аспирин 75 мг + клопидогрел 75 мг или тикагрелор 60 мг 2 раза.

Вместо триметазида – ранолазин 500-1000 мг 2 раза.

Вместо гликлазида – эмпаглифлозин 10 мг.

Сукральфат, домперидон, ИПП отменить.

При болях в суставах – напроксен 375-500 мг 2 раза.

После достижения целевой дозы розувастатина

можно вместо периндоприла, триметазида

комбинированный препарат для большей приверженности.

ИПП у пациентов с ГЭРБ

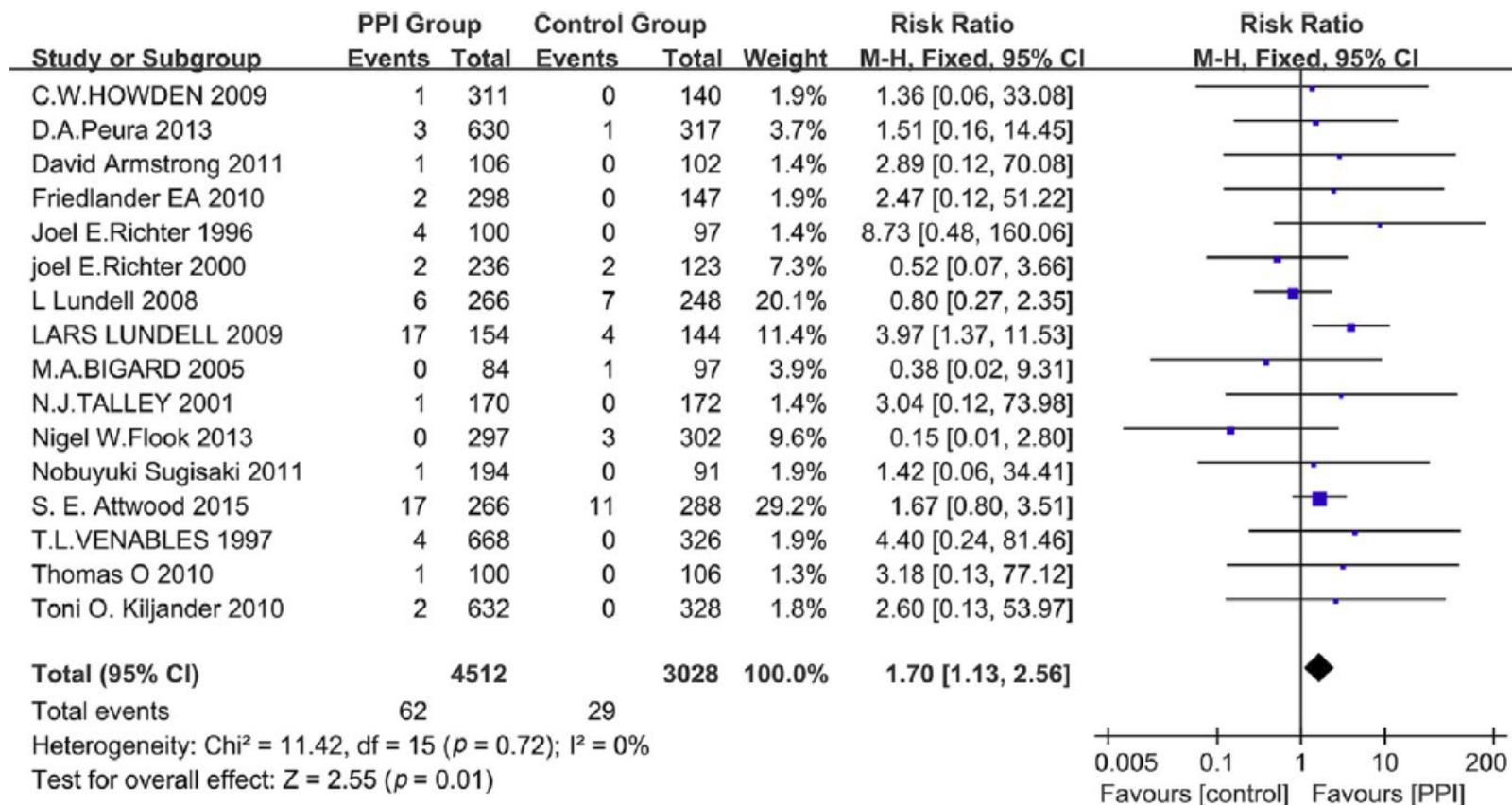


FIGURE 2 Meta-analysis for PPI group vs control group on the risk of cardiovascular

У пациентов, принимающих ИПП сердечно-сосудистые риски выше

РКИ

Sun S, et al. Proton pump inhibitor monotherapy and the risk of cardiovascular events in patients with gastro-esophageal reflux disease: a meta-analysis. Neurogastroenterol Motil. 2016;29(2).

ИПП у пациентов с ГЭРБ

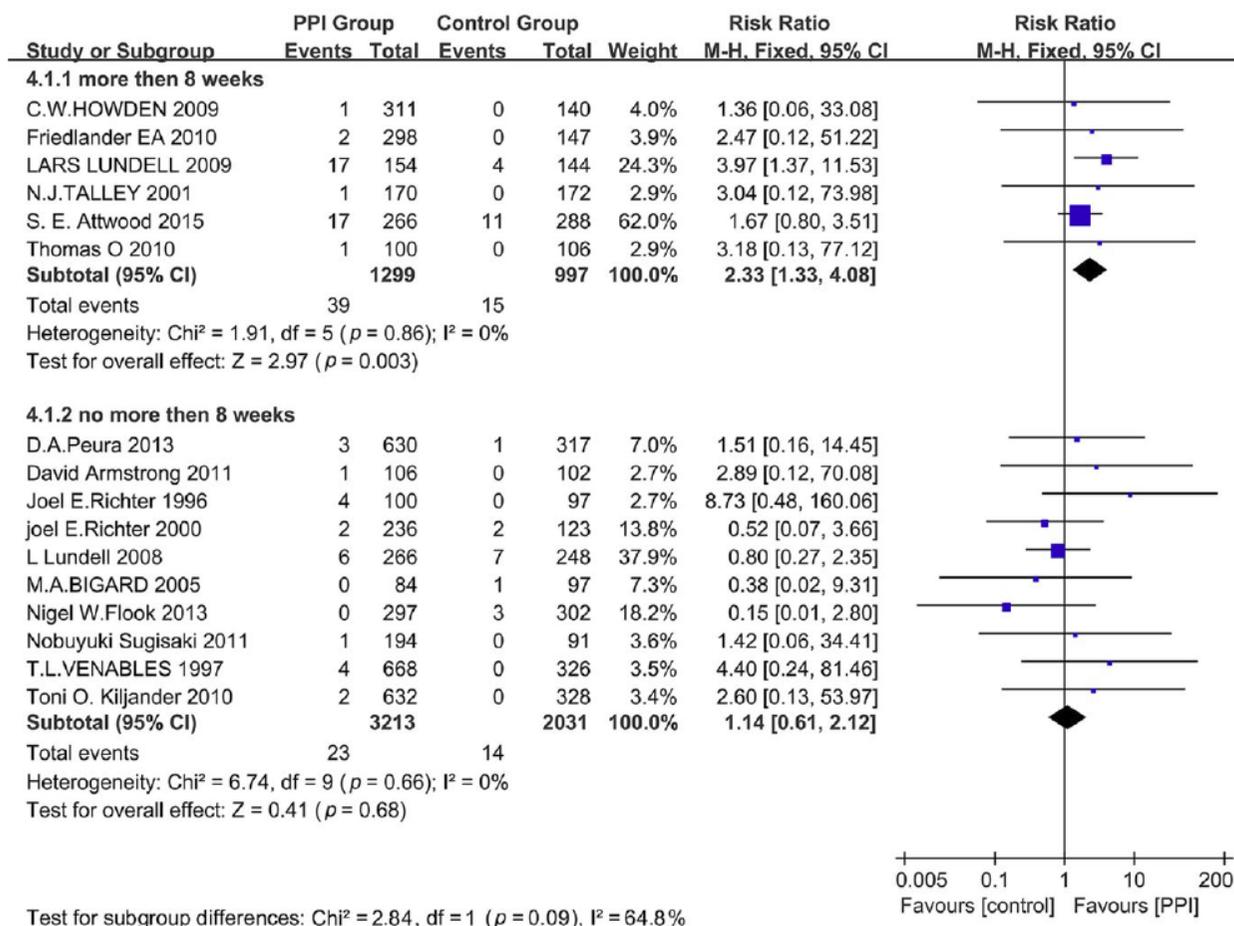


FIGURE 4 Subgroup analyses of different duration of PPI on the risk of cardiovascular

Длительный прием ИПП (>8 нед) повышает риски

РКИ

Sun S, et al. Proton pump inhibitor monotherapy and the risk of cardiovascular events in patients with gastro-esophageal reflux disease: a meta-analysis. Neurogastroenterol Motil. 2016;29(2).

ИПП, тиенопиридины и СС риски

Исследования	Повышение СС риска	Нет повышения СС риска
Мета-анализы РКИ и наблюдательных исследований	Huang B, et al, 2012. Kwok C, et al, 2013 (ИПП). Cardoso R, et al, 2015. Serbin M, et al, 2016. Niu Q, et al, 2016. Sun S, et al, 2016 (ИПП).	
РКИ	PLATO	COGENT. TRITON-TIMI 38. PRODIGY. FAST-MI.

Прием ИПП ассоциируется с повышением сердечно-сосудистого риска независимо от тиенопиридинов и препарата (?)

ИПП –индикатор риска или причина?

Прием ИПП и возможные проблемы

- Пневмония
- Инфекция *C. difficile*
- Спонтанный бактериальный перитонит
- Дисбиоз кишечника
- Хроническая болезнь почек
- Гипомагниемия
- Дефицит B_{12} (пожилые, недостаточное питание)
- Делирий
- Лекарственные взаимодействия (аледронат, варфарин, диазепам, дигоксин, левотироксин, метотрексат, нифедипин)



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(Минздрав России)



ПРИКАЗ

10 мая 2017 г.

№ 2034

Москва

Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи

В соответствии с частью 2 статьи 64 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2013, № 48, ст. 6165) п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить критерии оценки качества медицинской помощи согласно приложению.
2. Отменить приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 июля 2016 г. № 520н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 8 августа 2016 г., регистрационный № 43170).
3. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 июля 2015 г. № 422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 13 августа 2015 г., регистрационный № 38494).
4. Настоящий приказ вступает в силу с 1 июля 2017 года.

3.9.5. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при ишемической болезни сердца (коды по МКБ-10: I20.1; I20.8; I20.9; I25.0; I25.1; I25.2; I25.5; I25.6; I25.8; I25.9)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено электрокардиографическое исследование	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, глюкоза, креатинкиназа)	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови по оценке нарушений липидного обмена биохимический	Да/Нет
5.	Выполнена эхокардиография	Да/Нет
6.	Выполнено дуплексное сканирование экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий (при отсутствии проведения на догоспитальном этапе в последние 12 месяцев)	Да/Нет
7.	Выполнена коронарография (при неэффективности медикаментозной терапии)	Да/Нет
8.	Проведена терапия лекарственными препаратами: ацетилсалициловой кислотой и гиполипидемическими и ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента и/или антагонистами рецепторов ангиотензина II (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Проведена терапия лекарственными препаратами: бета-адреноблокаторами и/или блокаторами кальциевых каналов и/или нитратами и/или выполнено проведение эндоваскулярных методов лечения (при неэффективности медикаментозной терапии, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет





Рубрикатор

Клинические руководства

Клинические специальности

Профессиональные сообщества

Иные руководства

Взрослые

Дети

- Класс по МКБ-10: A00-B99 Некоторые инфекционные и паразитарные болезни
- Класс по МКБ-10: C00-D48 Новообразования
- Класс по МКБ-10: D50-D89 Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм

- Рекомендуется использования ДАТТ более 1 года у отдельных больных с высоким риском тромботических осложнений и низким риском кровотечений [2-4].

Уровень убедительности рекомендаций Пв (Уровень достоверности доказательств А).

Комментарии: *Имеются указания, что у больных высокого риска, переживших первый год лечения без осложнений, продление ДАТТ (сочетание АСК** с тикагрелором в дозе 60 мг 2 раза в сутки или клопидогрелом** в дозе 75 мг 1 раз в сутки) более 1 года существенно снижает количество ишемических событий. Однако при этом отмечено достоверное увеличение частоты крупных кровотечений.*

- Класс по МКБ-10: M00-M99 Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани
- Класс по МКБ-10: N00-N99 Болезни мочеполовой системы
- Класс по МКБ-10: O00-O99 Беременность, роды и послеродовой период
- Класс по МКБ-10: P00-P96 Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде
- Класс по МКБ-10: Q00-Q99 Врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения
- Класс по МКБ-10: R00-R99 Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках



RTP-МЕДИЦИНА

Subscribe 1,492

Home Videos Playlists Channels About

Uploads

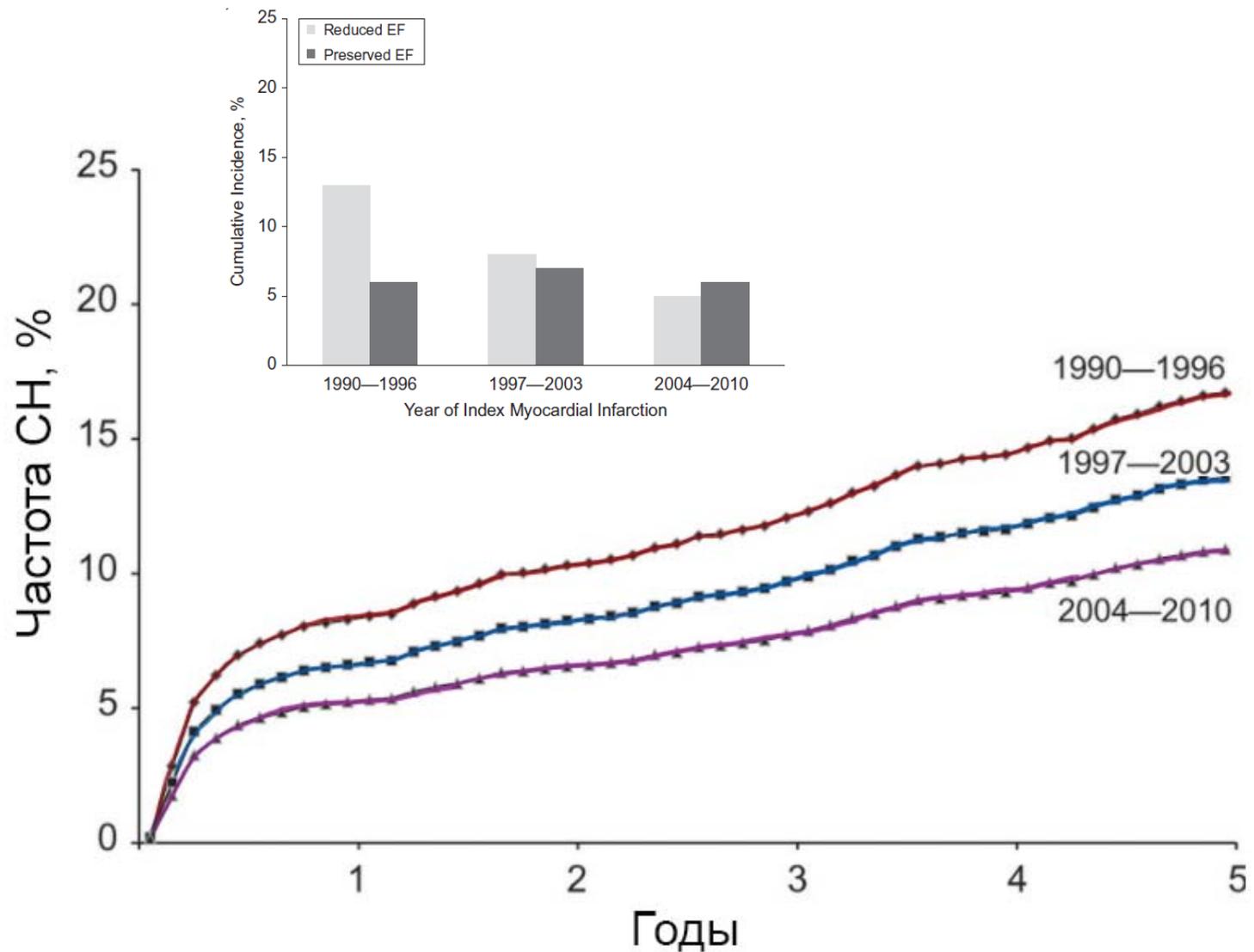
Date added (newest) Grid

- И.С.КИЦУЛ: МОЖНО ЛИ ВЫДАВАТЬ ОРИГИНАЛ**
440 views • 14 hours ago
- Д.В.ПИВЕНЬ: «ЧУЖОЙ» АДВОКАТ ЗАПРАШИВАЕТ**
814 views • 1 week ago
- И.С.КИЦУЛ: НУЖНА ЛИ ЛИЧНАЯ ПЕЧАТЬ ВРАЧУ?**
2,150 views • 2 weeks ago
- Д.В.ПИВЕНЬ: ОБЯЗАН ЛИ ВРАЧ ВЫПОЛНЯТЬ НАЗНАЧЕНИЯ**
1,537 views • 3 weeks ago
- И.С.КИЦУЛ: ДОЛЖЕН ЛИ МЕДРАБОТНИК НОСИТЬ**
4,182 views • 4 weeks ago
- Д.В.ПИВЕНЬ: СОГЛАСИЕ ВРАЧА НА РАЗМЕЩЕНИЕ ЕГО**
1,264 views • 1 month ago
- И.С.КИЦУЛ: ОБУЧЕНИЕ ВРАЧА ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ ОМС**
1,666 views • 1 month ago
- Д.В.ПИВЕНЬ: ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА ПОСЛЕ СМЕРТИ**
1,203 views • 1 month ago
- И.С.КИЦУЛ: КАК РЕКЛАМИРОВАТЬ**
739 views • 1 month ago
- Д.В.ПИВЕНЬ: НЕПРЕРЫВНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ...**
5,279 views • 2 months ago
- И.С.КИЦУЛ: МОЖНО ЛИ ИСПОЛЬЗОВАТЬ**
1,208 views • 2 months ago
- Д.В.ПИВЕНЬ: Пациент не подписывает отказ от**
2,933 views • 2 months ago
- И.С.КИЦУЛ: НАРУШЕНИЕ РЕЖИМА ЛЕЧЕНИЯ**
1,541 views • 2 months ago
- Д.В.ПИВЕНЬ: Право пациента на выбор врача - одно из**
1,183 views • 3 months ago
- И.С.КИЦУЛ: ПАЦИЕНТ НАРУШИЛ ПРАВИЛА**
2,772 views • 3 months ago
- Д.В.ПИВЕНЬ: Обязательны ли для исполнения стандарты**
2,542 views • 3 months ago
- И.С.КИЦУЛ: ВИДЕОСЪЕМКА ПРИ ОКАЗАНИИ**
3,988 views • 3 months ago
- Д.В.ПИВЕНЬ. Медицинская помощь иностранным**
1,000 views • 4 months ago

Усиление противотромботического лечения

- Увеличение дозы аспирина до 325 мг
- Без оболочки, оксида магния
- 2-кратный прием
- Тикагрелор
- Антикоагулянты ??

Риск СН после инфаркта миокарда



Yancy et al
2017 ACC/AHA/HFSA Heart Failure Focused Update

2017 ACC/AHA/HFSA Focused Update of the 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure

A Report of the American College of Cardiology/American Heart
Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Failure Society of America

Developed in Collaboration With the American Academy of Family Physicians, American College of Chest Physicians, and International Society for Heart and Lung Transplantation

БВЭС Библиотека
врача-специалиста | Кардиология

Клинические рекомендации по кардиологии

Под редакцией проф. Ф.И. Белялова

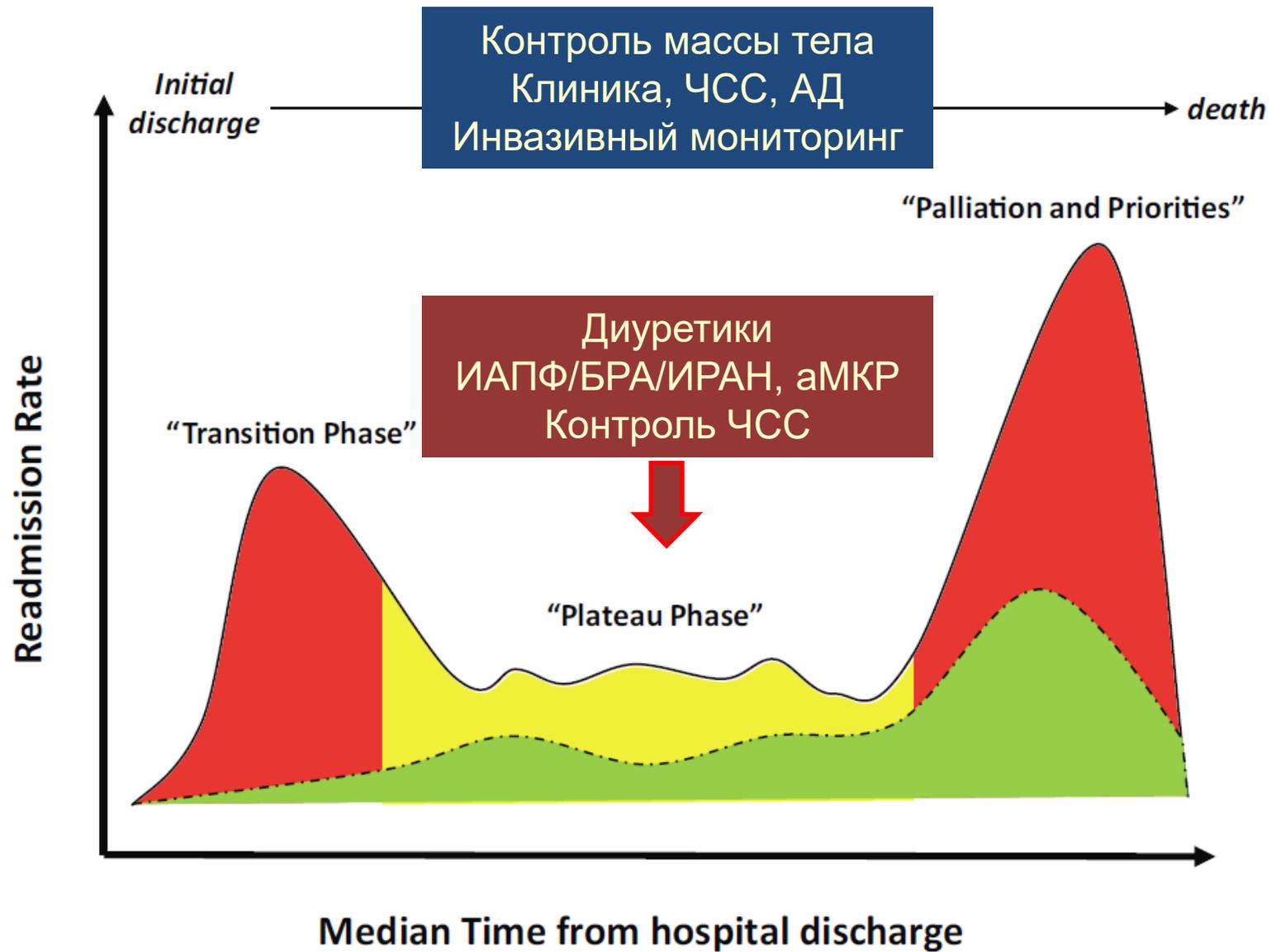
8-е издание,
переработанное и дополненное

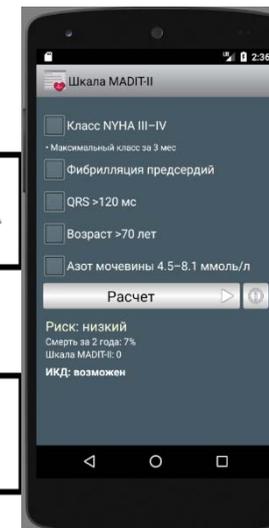


ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»

- ❑ Усилена роль МНУП для диагноза, прогноза, оценки лечения острой и хронической СН
- ❑ нФВЛЖ с II-III ФК – по возможности заменить ИАПФ/БРА на ИРАН.
- ❑ Противопоказан ИРАН + ИАПФ (интервал >36 ч).
- ❑ АДс < 130 мм рт. ст. при ХСН при нФВЛЖ или сФВЛЖ.
- ❑ При сФВЛЖ могут снизить частоту госпитализаций аМКР.
- ❑ Ивабрадин может снизить частоту госпитализаций.

Регоспитализации





Рекомендации Всероссийского Научного Общества Аритмологов



ВСЕРОССИЙСКОЕ НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО
СПЕЦИАЛИСТОВ ПО КЛИНИЧЕСКОЙ
ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИИ, АРИТМОЛОГИИ
И КАРДИОСТИМУЛЯЦИИ (ВНОА)

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ



Всероссийское научное общество
специалистов по клинической
электрофизиологии, аритмологии
и кардиостимуляции



РОССИЙСКОЕ
КАРДИОЛОГИЧЕСКОЕ
ОБЩЕСТВО



АССОЦИАЦИЯ
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ
ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГОВ

Клинические Рекомендации: «Диагностика и лечение фибрилляции предсердий»

2017

Новая редакция

[Рекомендации по диагностике и лечению обмороков \(рекомендации европейского общества кардиологов 2009, рекомендации американской ассоциации сердца 2017\), новая редакция для обсуждения \(PDF, 2,36 Мб\)](#)

[Клинические рекомендации по применению имплантируемых кардиомониторов \(ИКМ\), новая редакция для обсуждения \(PDF, 104 Кб\)](#)

[Клинические рекомендации по проведению электрофизиологического исследования у пациентов с брадиаритмиями и катетерной аблации тахиаритмий, новая редакция для обсуждения \(PDF, 242 Кб\)](#)

[Клинические рекомендации по применению электрокардиостимуляторов \(ЭКС\), новая редакция для обсуждения \(PDF, 326 Кб\)](#)

[Клинические Рекомендации: «Диагностика и лечение фибрилляции предсердий», новая редакция для обсуждения \(PDF, 1,09 Мб\)](#)

[Рекомендации по удалению эндокардиальных электродов для электротерапии аритмий, новая редакция для обсуждения \(PDF, 88,5 Кб\)](#)

[Клинические рекомендации по наблюдению за пациентами с имплантированными сердечно-сосудистыми электронными устройствами, новая редакция для обсуждения \(PDF, 189 Кб\)](#)

[Клинические рекомендации по применению устройств для сердечной ресинхронизирующей терапии, новая редакция для обсуждения \(PDF, 139,5 Кб\)](#)

[Раздел II. Клинические рекомендации по применению кардиовертеров-дефибрилляторов, новая редакция для обсуждения \(PDF, 412 Кб\)](#)

Conflict of Interest in Practice Guidelines Panels

Harold C. Sox, MD

[Abstract](#) | [Full Text](#)

FREE JAMA. 2017;317(17):1739-1740. doi:10.1001/jama.2017.2701



VIEWPOINT

Conflicts of Interest and Professional Medical Associations Progress and Remaining Challenges

Steven E. Nissen, MD
Department of
Cardiovascular
Medicine, Cleveland
Clinic, Cleveland, Ohio.

Professional medical associations (PMAs) have a pivotal role in the health care system, representing medical specialties from as small as a few hundred practitioners to as large as the American Heart Association (AHA), with 33 000 members; the American Academy of

2009, attendance at major scientific sessions organized by PMAs often converted participants into walking advertisements. PMAs sold the rights to advertise products on the lanyards used for participant badges, the satchels provided for program materials, and virtually every

Financial Conflicts of Interest in Continuing Medical Education: Implications and Accountability

Barbara Barnes, MD, MS

[Abstract](#) | [Full Text](#)

FREE JAMA. 2017;317(17):1741-1742. doi:10.1001/jama.2017.2981

This Viewpoint discusses conflicts of interest associated with continuing medical education and proposes strategies to address their influence on continuing medical education activities.



Editorial

The Complex and Multifaceted Aspects of Conflicts of Interest

William W. Stead, MD

Conflict of Interest and Medical Journals

Phil Fontanarosa, MD, MBA; Howard Bauchner, MD

Можно ли доверять рекомендациям?

Box. Institute of Medicine COI Standards—2011¹

Prior to selection, candidates for panel membership shall provide COI disclosures.

Panels should discuss members' COIs before guideline development work starts.

Each member with a conflict should describe how it might affect the guideline.

Guideline panel members should divest any investments that cause a COI with the guideline topic.

When possible, no panel members should have a conflict.

Members with a conflict should comprise a minority of panel members.

Chairs or cochairs should be conflict free.

5 ЛЕТ ИРКУТСКОМУ КАРДИОЛОГИЧЕСКОМУ ОБЩЕСТВУ



141 кардиолог в иркутском отделении РКО

5 ЛЕТ ИРКУТСКОМУ КАРДИОЛОГИЧЕСКОМУ ОБЩЕСТВУ

2 июня 2012 – организация иркутского общества кардиологов.

2013 – Братск, приезд руководства РКО и ESC, сайт.

2014 – Ангарск, первый съезд, учеба молодых кардиологов, экспертиза, страховая медицина.

2015 – заседания в больницах (разборы), общество кардиологов республики Саха (Якутия), члены правления, Минздрав.

2016 – рекомендации по реабилитации, Саянск, мероприятия с обществом кардиологов республики Бурятия.

2017 – поездки на конгресс, Усолье-Сибирское.

5 ЛЕТ ИРКУТСКОМУ КАРДИОЛОГИЧЕСКОМУ ОБЩЕСТВУ

