



**Комбинированная
терапия
артериальной
гипертензии и
дислипидемии при
ожирении**

**Долженко М.Н.,
Симагина Т.В.,
Поташев С.В.**

Коронарный атеросклероз

Ишемия миокарда

“Уязвимая бляшка”

ОИМ

Внезапная смерть

ОИМ

Внезапная смерть

“Тяжесть
стеноза”

“Нестабильность
бляшки”

**«...более чем 80% больных ОИМ имеют менее 50% стеноза коронарной артерии...»
(т.е. бляшки не ограничивают кровоток)**

The majority of TCFA occur in the proximal portion of the three major epicardial coronary arteries, and more than 80% have luminal narrowing of less than 75% of the cross-sectional area (that is, less than 50% diameter stenosis).^{10,11} Indeed, postmortem findings have suggested that most myocardial infarctions result from non-flow-limiting lesions rather than a critical blockage.¹² Similarly, coronary angiography in the months preceding an acute infarction often show that the culprit lesion had less than 50% diameter stenosis;¹³ only approximately 15% of culprit lesions arise from lesions that had greater than 60% stenoses.¹⁴ These findings tell us that even though coronary flow is not obstructed (because of outward

**Vulnerable Plaque (poster 564-570) American Journal of
Cardiology Vol. 98, Issue 8, Supplement 1, Pages S220-S222**

Effects of Percutaneous Coronary Interventions in Silent Ischemia After Myocardial Infarction

The SWISSI II Randomized Controlled Trial

Paul Erne, MD

Andreas W. Schoenenberger, MD

Dieter Burckhardt, MD

Michel Zuber, MD

Wolfgang Kiowski, MD

Peter T. Buser, MD

Paul Dubach, MD

Therese J. Resink, PhD

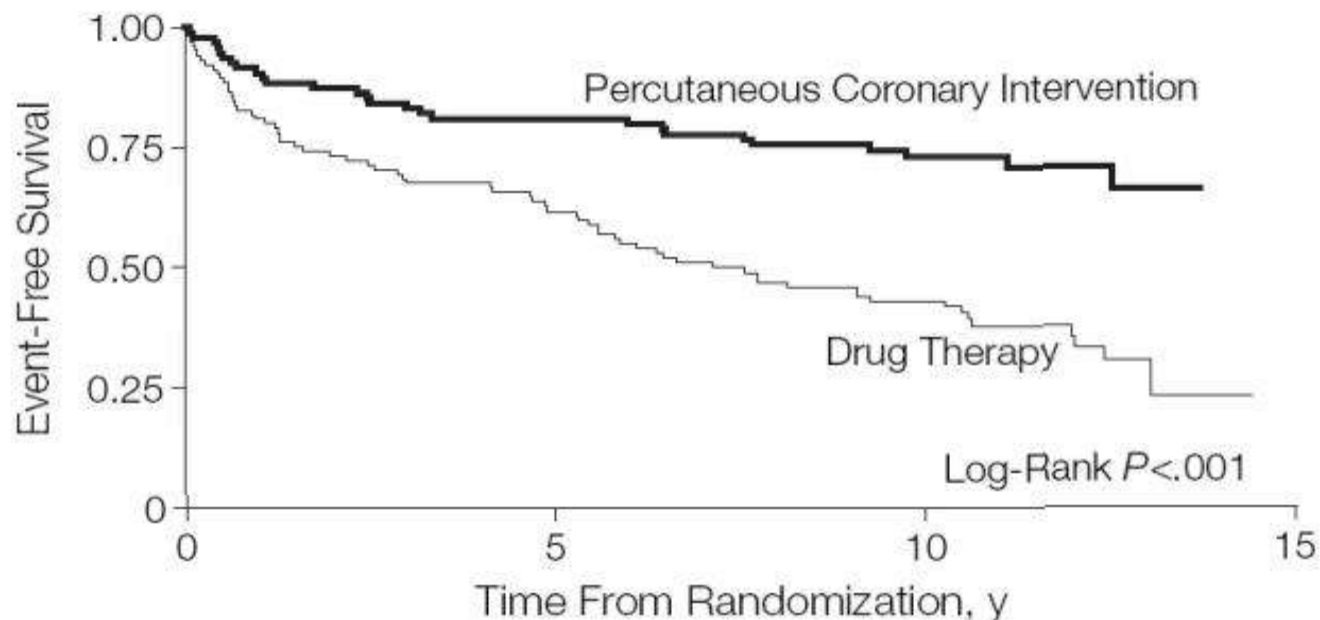
Matthias Pfisterer, MD

Context The effect of a percutaneous coronary intervention (PCI) on the long-term prognosis of patients with silent ischemia after a myocardial infarction (MI) is not known.

Objective To determine whether PCI compared with drug therapy improves long-term outcome of asymptomatic patients with silent ischemia after an MI.

Design, Setting, and Participants Randomized, unblinded, controlled trial (Swiss Interventional Study on Silent Ischemia Type II [SWISSI II]) conducted from May 2, 1991, to February 25, 1997, at 3 public hospitals in Switzerland of 201 patients with a recent MI, silent myocardial ischemia verified by stress imaging, and 1- or 2-vessel coronary artery disease. Follow-up ended on May 23, 2006.

Interventions Percutaneous coronary intervention aimed at full revascularization (n=96) or intensive anti-ischemic drug therapy (n=105). All patients received 100 mg/d



No. at Risk

Percutaneous Coronary Intervention	96
Anti-ischemic Drug Therapy	105

77

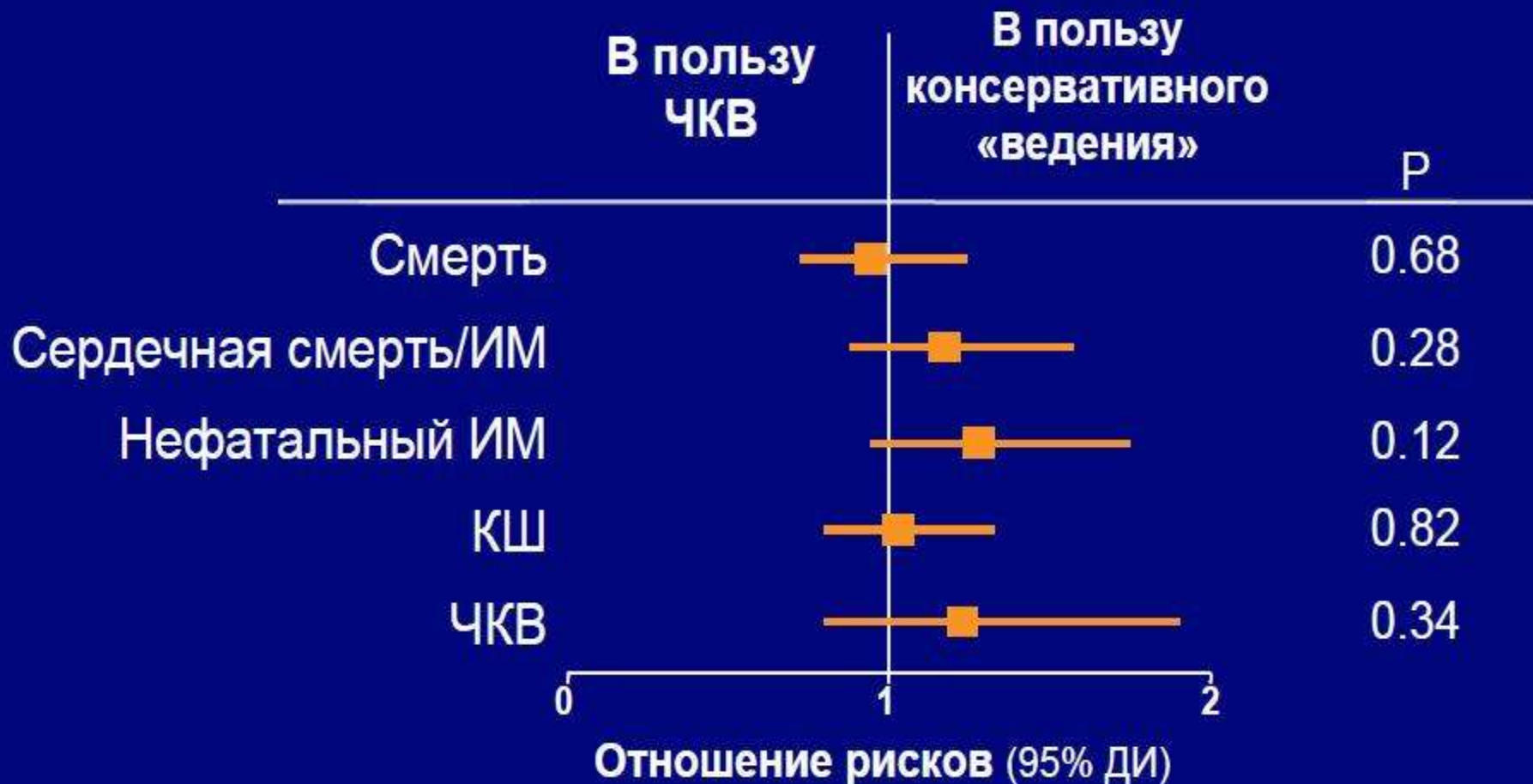
64

54

37

СТАБИЛЬНАЯ ИБС: ЧКВ ИЛИ ОПТИМАЛЬНОЕ КОНСЕРВАТИВНОЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ?

Метаанализ 11 рандомизированных испытаний; N = 2,950



The NEW ENGLAND JOURNAL *of* MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812

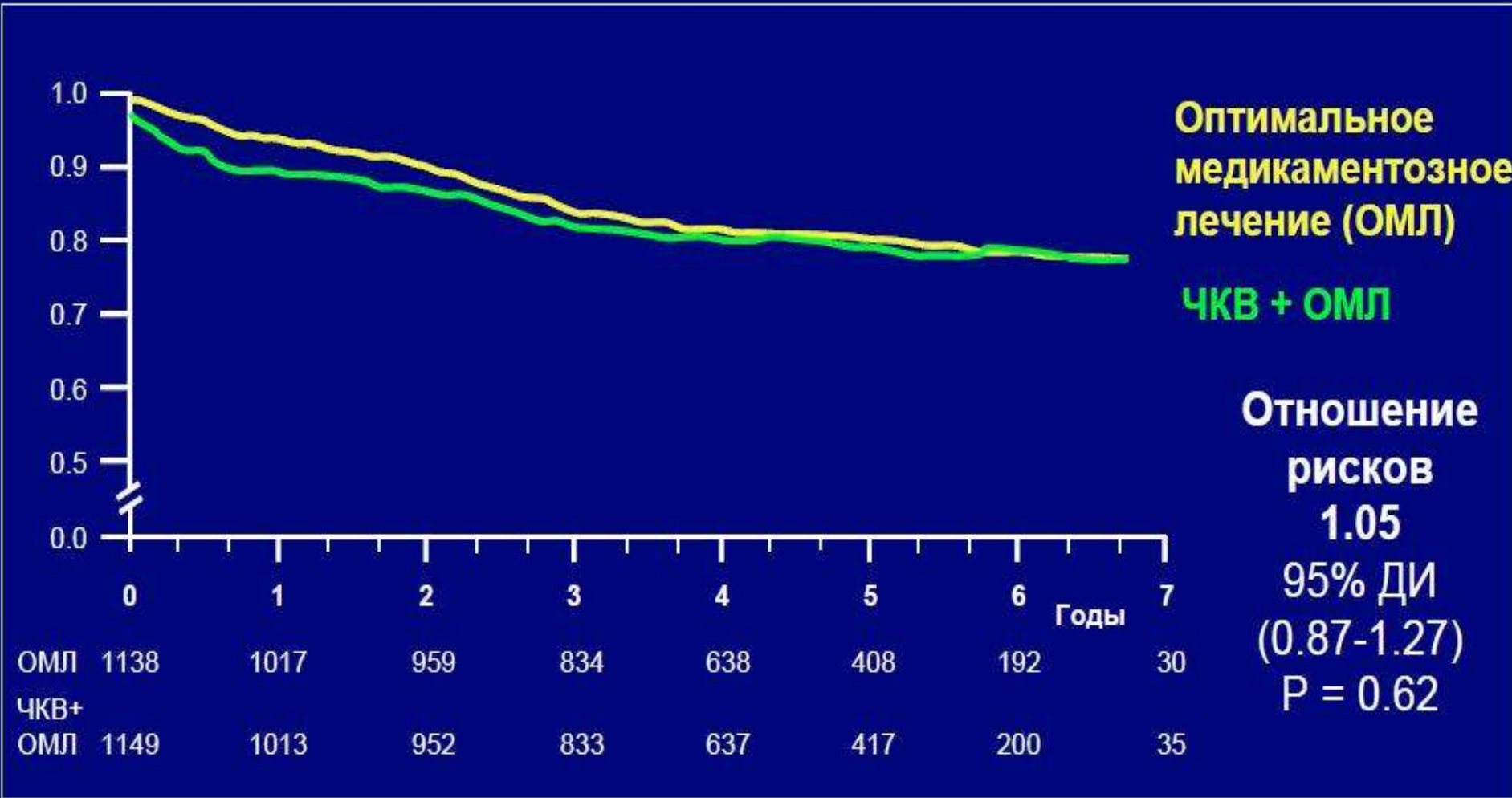
APRIL 12, 2007

VOL. 356 NO. 15

Optimal Medical Therapy with or without PCI for Stable Coronary Disease

William E. Boden, M.D., Robert A. O'Rourke, M.D., Koon K. Teo, M.B., B.Ch., Ph.D., Pamela M. Hartigan, Ph.D., David J. Maron, M.D., William J. Kostuk, M.D., Merrill Knudtson, M.D., Marcin Dada, M.D., Paul Casperson, Ph.D., Crystal L. Harris, Pharm.D., Bernard R. Chaitman, M.D., Leslee Shaw, Ph.D., Gilbert Gosselin, M.D., Shah Nawaz, M.D., Lawrence M. Title, M.D., Gerald Gau, M.D., Alvin S. Blaustein, M.D., David C. Booth, M.D., Eric R. Bates, M.D., John A. Spertus, M.D., M.P.H., Daniel S. Berman, M.D., G.B. John Mancini, M.D., and William S. Weintraub, M.D., for the COURAGE Trial Research Group*

COURAGE: ВЫЖИВАНИЕ БОЛЬНЫХ БЕЗ СМЕРТИ ОТ ЛЮБОЙ ПРИЧИНЫ И ИНФАРКТА МИОКАРДА



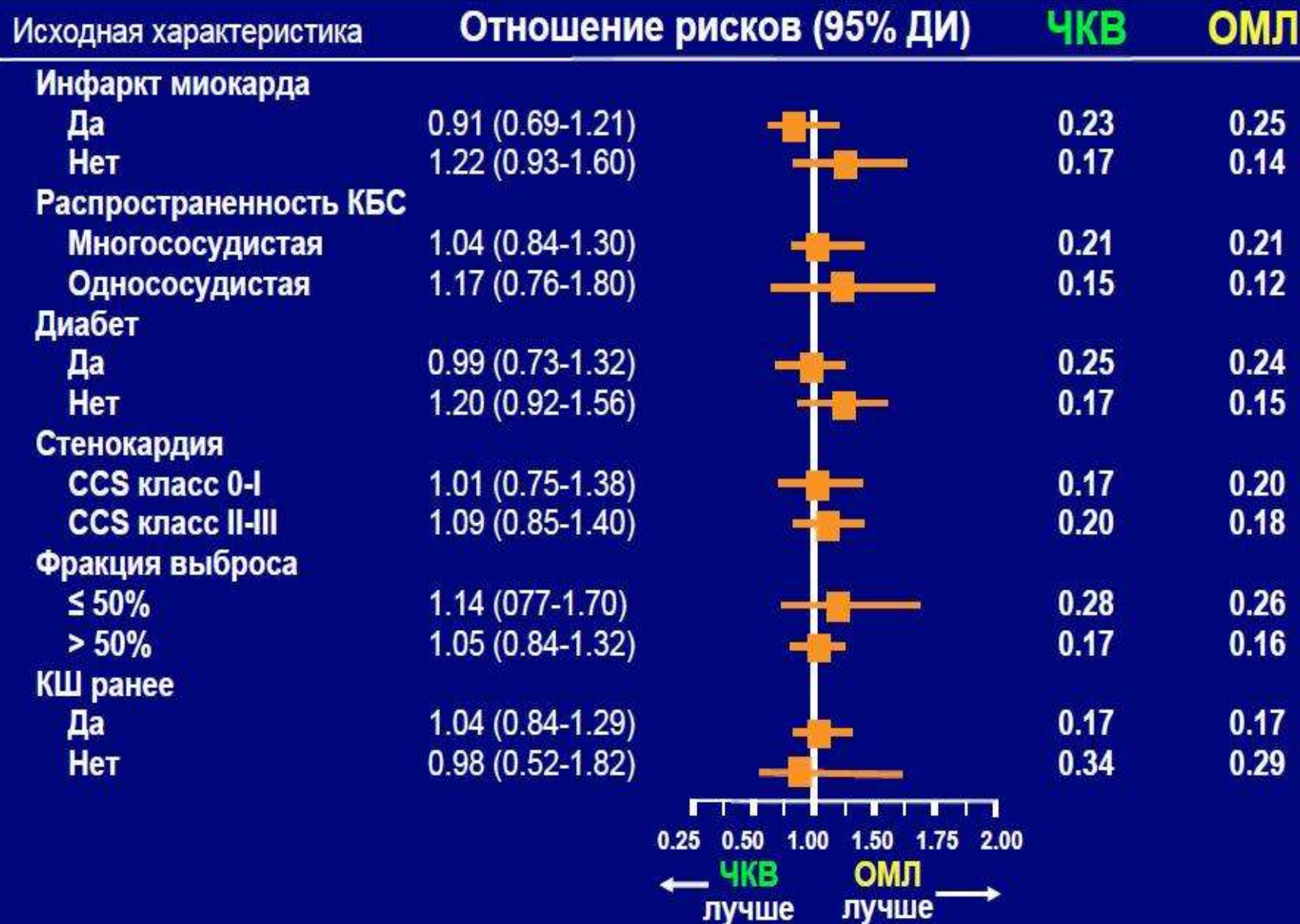
Boden W. et al. NEJM 2007;356:1503-16

COURAGE. Отсутствие стенокардии во время наблюдения

Без стенокардии	ЧКВ + ОМЛ	ОМЛ
При включении	12%	13%
1 год	66%	58%
3 года	72%	67%
5 лет	74%	72%

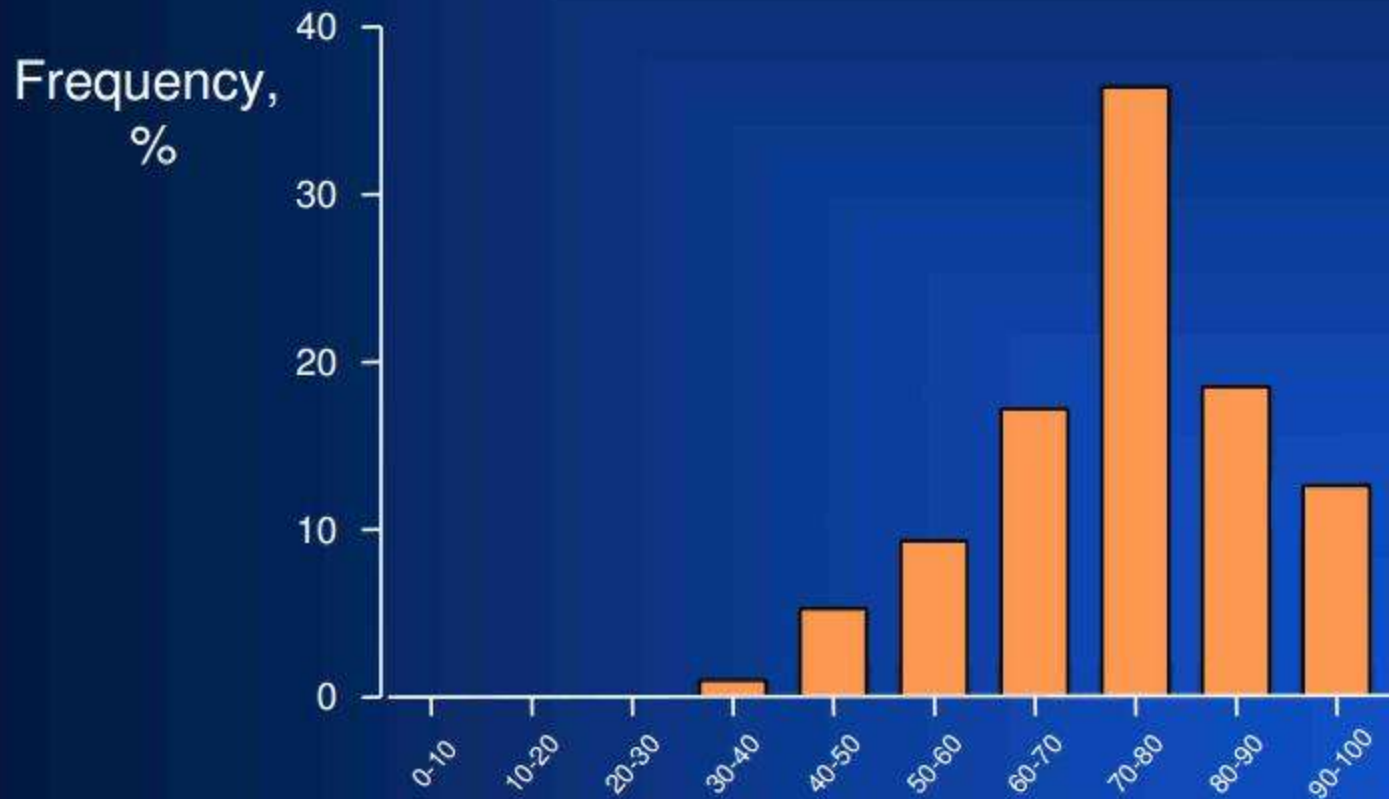
Различие между группами ЧКВ и ОМЛ
достоверно через 1 год ($p < 0.001$) и через 3 года ($p = 0.02$),
не достоверно при включении и через 5 лет.

COURAGE. Результат в подгруппах

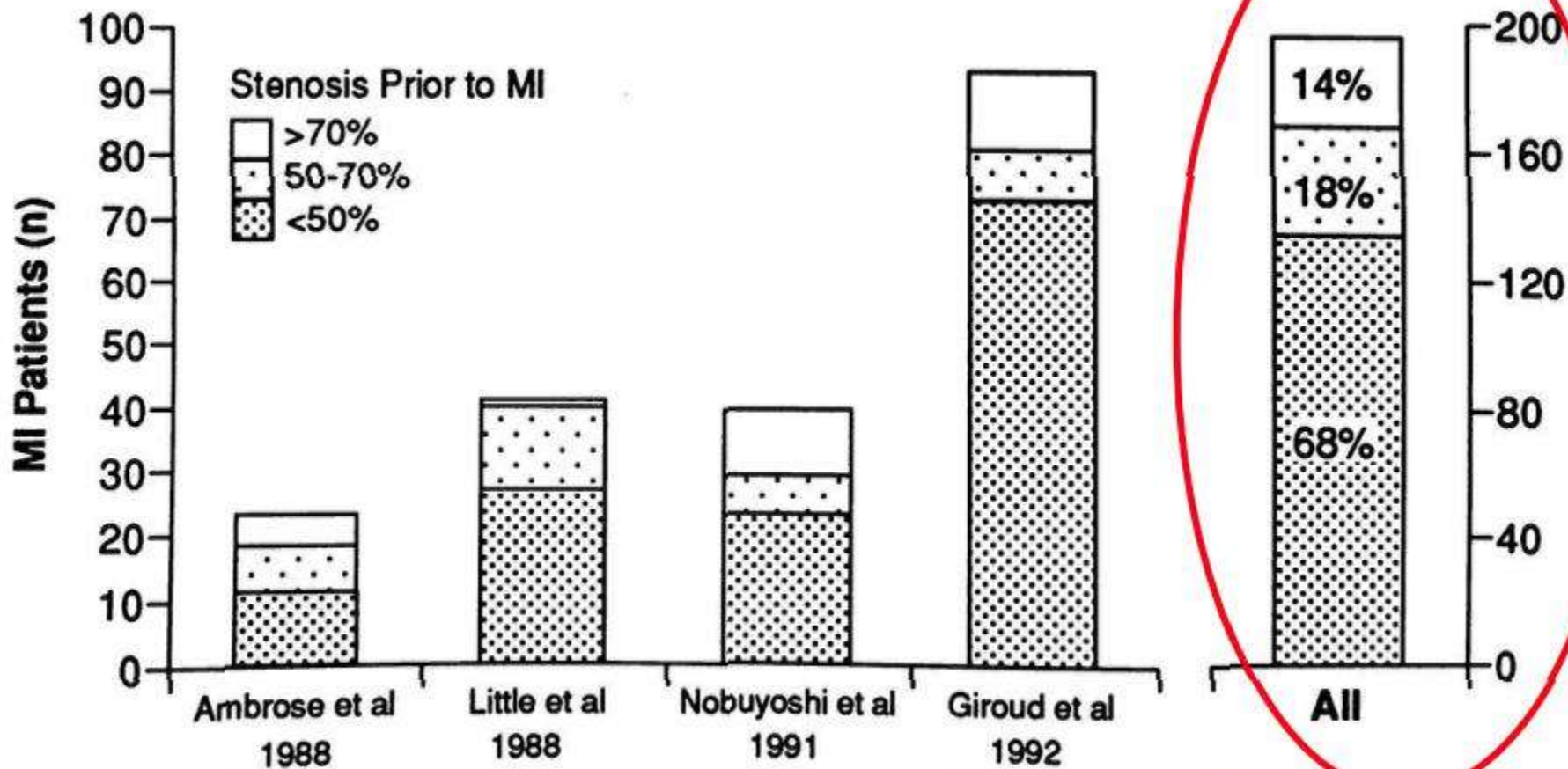


СТЕПЕНЬ СТЕНОЗИРОВАНИЯ КА, ПРИ КОТОРОЙ ЧАЩЕ ВСЕГО СЛУЧАЕТСЯ ОКС

- 156 stenoses with distal flow enabling accurate QCA
- out of 250 consecutive Acute MI's.



ОКС чаще случается при поражении коронарных сосудов среднего диаметра



	INTERSTROKE (all stroke; 3000 cases, 3000 controls) ^{3*}	INTERHEART (acute myocardial infarction; 15 152 cases, 14 820 controls) ^{4†}
Hypertension	34.6% (30.4–39.1)	17.9% (15.7–20.4)
Smoking	18.9% (15.3–23.1)	35.7% (32.5–39.1)
Waist-to-hip ratio (abdominal obesity)	26.5% (18.8–36.0)	20.1% (15.3–26.0)
Diet		
Diet risk score	18.8% (11.2–29.7)	..
Fruits and vegetables daily	..	13.7% (9.9–18.6)
Regular physical activity	28.5% (14.5–48.5)	12.2% (5.5–25.1)
Diabetes	5.0% (2.6–9.5)	9.9% (8.5–11.5)
Alcohol intake	3.8% (0.9–14.4)	6.7% (2.0–20.2)
Psychosocial factors		
All psychosocial factors	..	32.5% (25.1–40.8)
Psychosocial stress	4.6% (2.1–9.6)	..
Depression	5.2% (2.7–9.8)	..
Cardiac causes	6.7% (4.8–9.1)	..
Ratio of apolipoproteins B to A1	24.9% (15.7–37.1)	49.2% (43.8–54.5)

Сравнительная характеристика физиологических параметров при ожирении и без

<http://hyper.ahajournals.org/> by guest on April 3, 2012

Variable	Nonobese (n=59)	Severely Obese (n=455)	P
Age	43±10	44±11	0.36
Gender, % female	73	83	0.06
BMI, kg/m ²	24±3	45±9	<0.001
SBP, mm Hg	113±17	123±18	0.001
DBP, mm Hg	69±12	70±10	0.70
Heart rate, bpm	67±10	78±11	<0.001
IVSd, cm	0.9±0.1	1.1±0.2	<0.001
PWd, cm	0.8±0.1	1.0±0.1	<0.001
LVIDd, cm	4.4±0.5	4.7±0.5	0.001
RWT	0.40±0.08	0.46±0.08	<0.001
LV mass, g	160±38	234±65	<0.0001
LV mass/height ^{2.7} , g/m ^{2.7}	40±10	58±14	<0.001
Endocardial FS, %	35±6	35±6	0.91
Midwall FS, %	17±2	15±2	<0.001
LA dimension, cm	3.3±0.4	3.6±0.4	<0.001

IVSd indicates interventricular septum thickness in diastole; PWd, posterior wall thickness in diastole; LVIDd, left ventricular internal dimension in diastole; RWT, relative wall thickness; LA, left atrial; SBP, systolic blood pressure; DBP, diastolic blood pressure.

ОЖИРЕНИЕ И АПНОЭ

<http://hyper.ahajournals.org/> by guest on April 3, 2012

Variable	Obese Subjects Without Sleep Apnea (n=57)	Obese Subjects With Sleep Apnea (n=298)	P
Age	44±6	38±10	<0.001
Gender, % female	94	83	0.05
BMI, kg/m ²	44±6	47±8	0.01
Height, cm	166±6.1	167±8.5	0.54
Weight, kg	121±19	131±26	0.002
Waist, cm	129±16	135±17	0.006
Hypertension, %	21	43	0.001
Diabetes, %	14	19	0.22
Heart rate, bpm	74±9	78±11	0.005
SBP, mm Hg	116±15	126±19	0.001
DBP, mm Hg	66±10	70±10	0.008
Glucose, mg/dL	103±43	105±32	0.61
Endocardial FS, %	35±5	35±6	0.89
Midwall FS, %	15±2	15±2	0.89
LV mass/height ^{2.7} , g/m ^{2.7}	57±11	59±15	0.36
RWT	0.45±0.07	0.46±0.09	0.78
Average nocturnal SpO ₂ , %	93	90	<0.001
AHI, events per hour	2.6±1.2	26±25	<0.001

SBP indicates systolic blood pressure; DBP, diastolic blood pressure; RWT, relative wall thickness; SpO₂, peripheral arterial oxygen saturation; AHI, apnea-hypopnea index.

TABLE 4. Univariate and Multivariate Predictors of LV Mass Index in Severely Obese Subjects

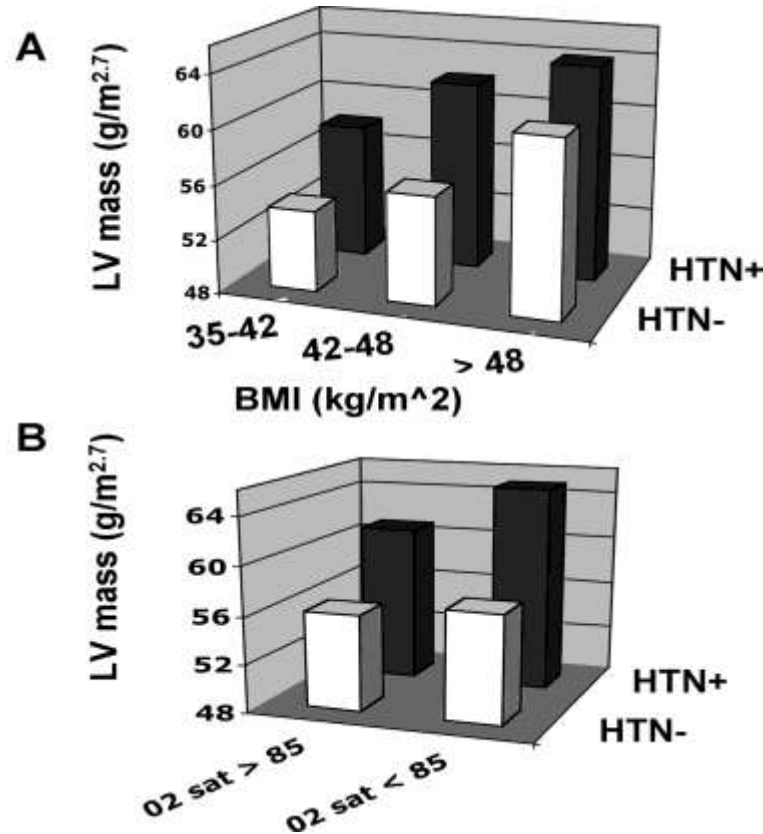
Variable	Univariate		Multivariate	
	Pearson's Correlation Coefficient	<i>P</i>	Standardized Coefficient (β) [*]	<i>P</i>
Average nocturnal O ₂ saturation, %	-0.27	<0.0001	-0.25	<0.0001
SBP, mm Hg	0.27	<0.0001	0.21	0.001
BMI, kg/m ²	0.21	<0.0001	0.18	0.002
Age	0.17	0.001	0.074	0.21
Log AHI	0.17	0.002	0.08	0.17
Glucose, mg/dL	-0.023	0.64		
HbA1c, %	-0.028	0.67		

Left ventricular mass index indicates LV mass/height^{2.7}; SBP, systolic blood pressure; AHI, apnea-hypopnea index; HbA1C, glycosylated hemoglobin.

*Standardized slope in the same units of measure.

Взаимосвязь между ИМТ и АГ в отношении Индекса масса/рост 2,7 ЛЖ

Figure 2. A, Interaction of BMI and HTN with respect to LV mass/height^{2.7}.



Avelar E et al. Hypertension 2007;49:34-39

КІЛЬКІСНА ЕХОКАРДІОГРАФІЧНА ОЦІНКА ПОРОЖНИН СЕРЦЯ

**ПРОЕКТ
РЕКОМЕНДАЦІЙ РОБОЧОЇ ГРУПИ З
ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ АСОЦІАЦІЇ
КАРДІОЛОГІВ УКРАЇНИ ТА ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ
ГРОМАДСЬКОЇ ОРГАНІЗААСОЦІЇ «АСОЦІАЦІЯ
ФАХІВЦІВ З ЕХОКАРДІОГРАФІЇ»**

**Модератори: акад. НАМН України, проф.Коваленко В.М.,
проф.Іванів Ю.А. Члени робочої групи з підготовки
рекомендацій: проф.Долженко М.М., к.мед.н., Деяк С.І., к.мед.н.,
Поташев С.В., Носенко Н.М.**

Референтные значения и градация изменений ММЛШ и геометрии ЛЖ

	Жінки				Чоловіки			
	Межі норми	Легке підвищ	Помірне підвищ	Важке підвищення	Межі норми	Легке підви	Помірне підвищ	Важке підвищ
Лінійний метод								
ММ ЛШ, г	67-162	163-186	187-210	≥211	88-224	225-258	259-292	≥293
Індекс ММ ЛШ / ППТ, г/м ²	43-95	96-108	109-121	≥122	49-115	116-131	132-148	≥149
ММ ЛШ / зріст, г/м	41-99	100-115	116-128	≥129	52-126	127-144	145-162	≥163
ММЛШ/ зріст, г/м^{2,7}	18-44	45-51	52-58	≥59	20-48	49-55	56-63	≥64
ВТС ЛШ, см	0,22-0,42	0,43-0,47	0,48-0,52	≥0,53	0,24-0,42	0,43-0,46	0,47-0,51	≥0,52
Тов МШП, см	0,6-0,9	1,0-1,2	1,3-1,5	≥1,6	0,6-1,0	1,1-1,3	1,4-1,6	≥1,7
Тов ЗСЛШ, см	0,6-0,9	1,0-1,2	1,3-1,5	≥1,6	0,6-1,0	1,1-1,3	1,4-1,6	≥1,7
В-режим								
ММ ЛШ, г	66-150	151-171	172-182	>193	96-200	201-227	228-254	>255
ММ ЛШ / ППТ, г/м ²	44-88	89-100	101-112	≥113	50-102	103-116	117-130	≥130

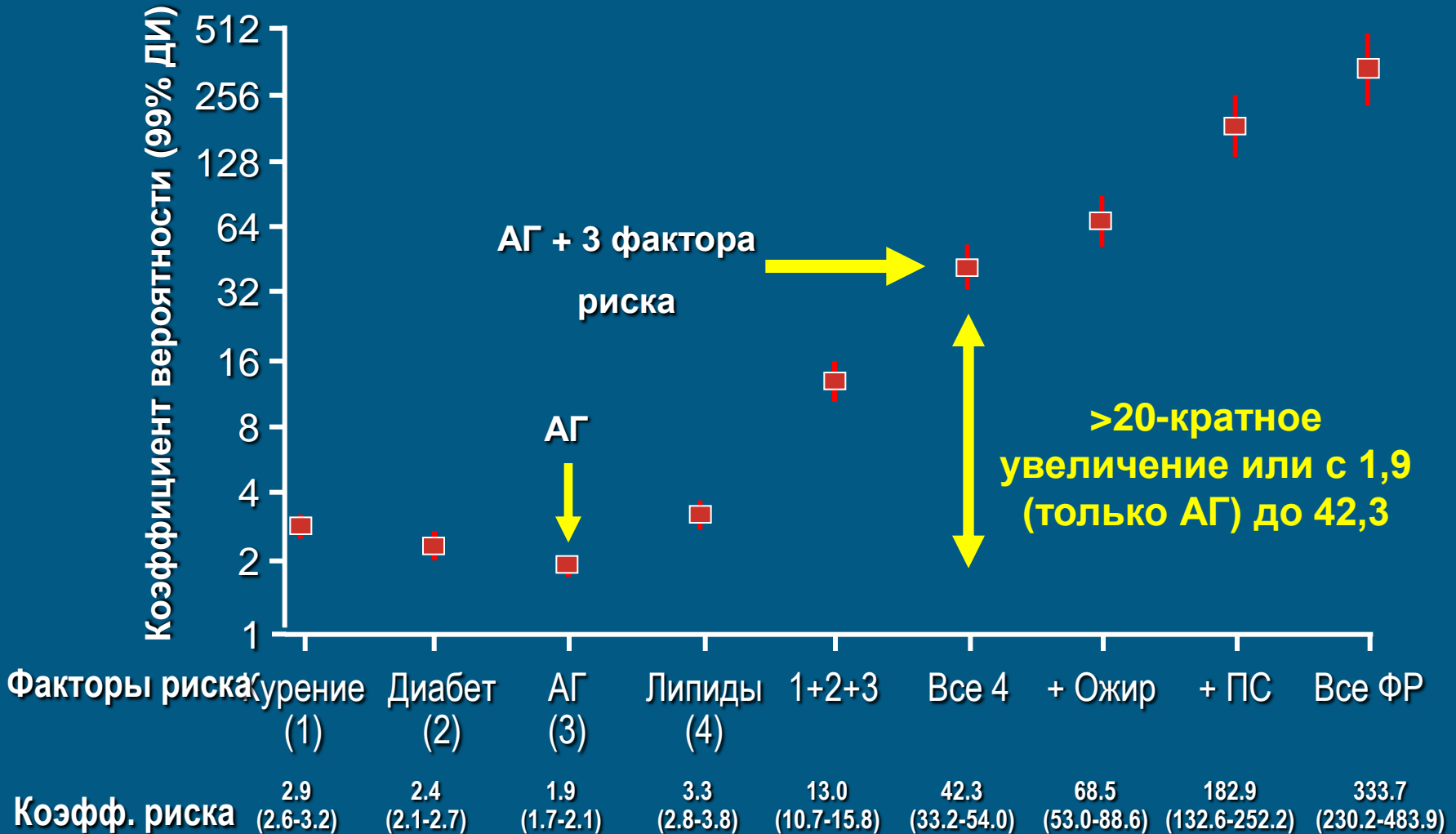
Референтные значения и градация дилатации ЛЖ

	Жінки				Чоловіки			
	Межі норми	Легке підвищення	Помірне підвищення	Важке підвищення	Межі норми	Легке підвищення	Помірне підвищення	Важке підвищення
Розміри ЛШ								
КДР ЛШ	3,9-5,3	5,4-5,7	5,8-6,1	≥6,2	4,2-5,9	6,0-6,3	6,4-6,8	≥6,9
Індекс КДР/ППТ, см/м ²	2,4-3,2	3,3-3,4	3,5-3,7	≥3,8	2,2-3,1	3,2-3,4	3,5-3,6	≥3,7
Індекс КДР/зріст, см/м	2,5-3,2	3,3-3,4	3,5-3,6	≥3,7	2,4-3,3	3,4-3,5	3,6-3,7	≥3,8
Об'єм ЛШ								
КДО ЛШ, мл	56-104	105-117	118-130	≥131	67-155	156-178	179-201	≥201
Індекс КДО / ППТ, мл/м²	35-75	76-86	87-96	≥97	35-75	76-86	87-96	≥97
КСО, мл	19-49	50-59	60-69	≥70	22-58	59-70	71-82	≥83
Індекс КСО / ППТ, мл/м²	12-30	31-36	37-42	≥43	12-30	31-36	37-42	≥43

Референтные значения та градація изменений сократительной функции ЛЖ

	Жінки				Чоловіки			
	Межі норми	Легке зниження	Помірне зниження	Важке зниження	Межі норми	Легке зниження	Помірне зниження	Важке зниження
Лінійний метод								
Фракційне скорочення ендокарду, %	27-45	22-26	17-21	≤16	25-43	20-24	15-19	≤14
Фракційне скорочення середнього шару міокарду, %	15-23	13-14	11-12	≤10	14-22	12-13	10-11	≤10
В-режим								
Фракція викиду, %	≥55	45-54	30-44	<30	≥55	45-54	30-44	<30

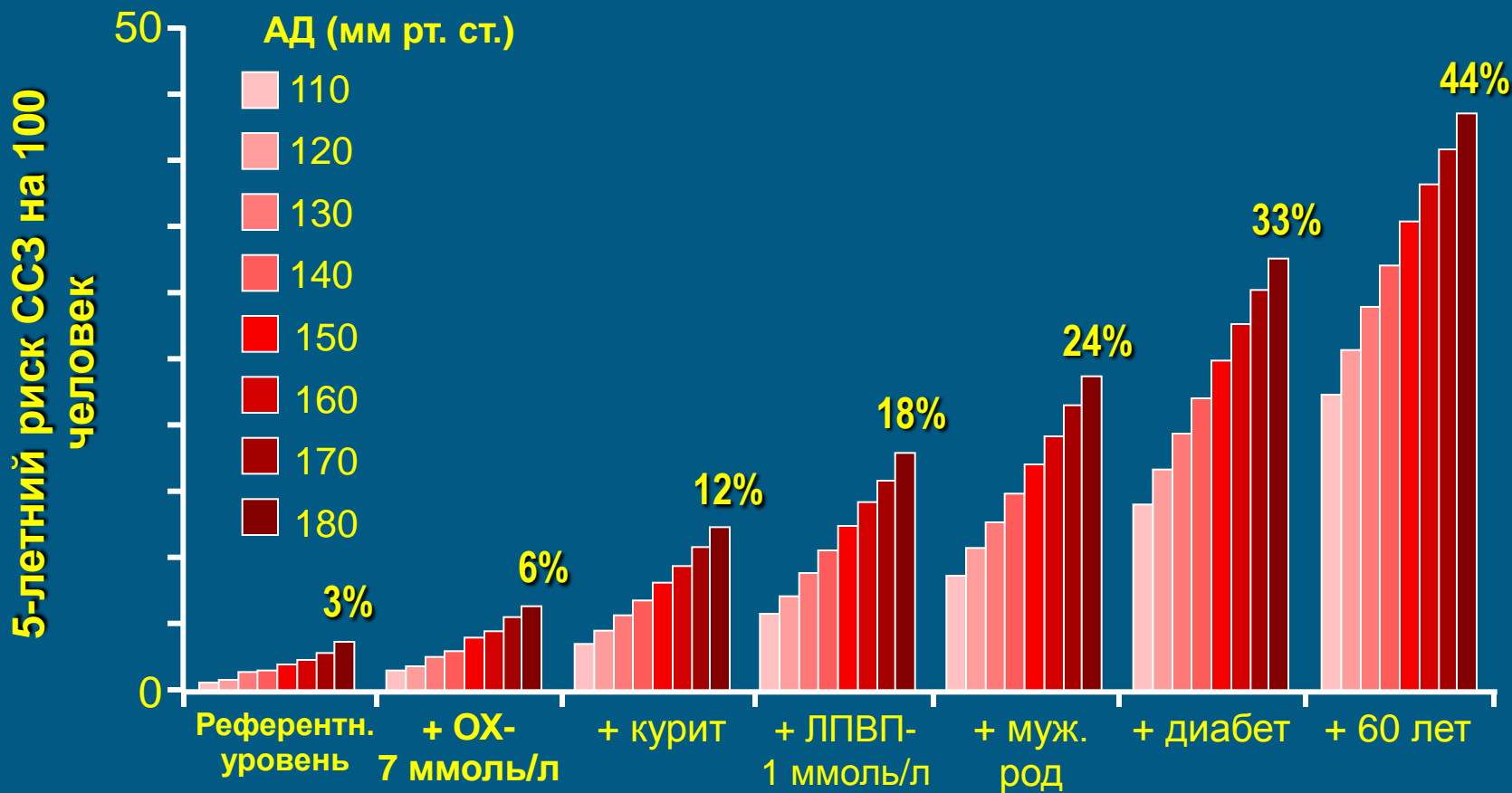
Увеличение числа СС событий (ИМ) у пациентов с гипертензией и другими СС факторами риска



ИМ=инфаркт миокарда; ПС=психосоциальный.

Перепечатано с разрешения Yusuf S et al. *Lancet*. 2004;364:937-952.

Множественные СС факторы риска в дополнение к гипертензии приводят к высокому риску развития ССЗ



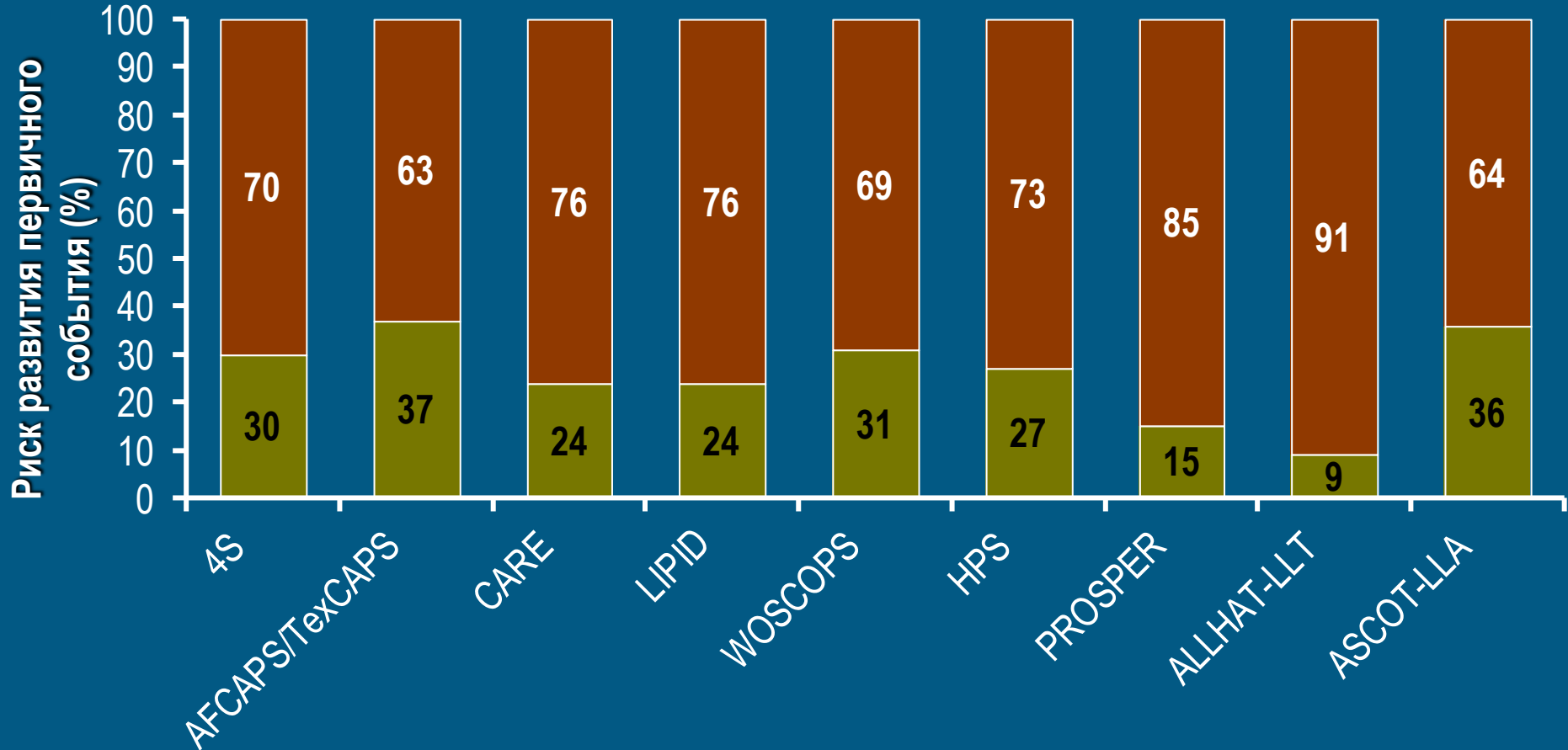
Увеличение числа дополнит. факторов риска

*Референтный уровень = без диабета, некурящая женщина, в возрасте 50 лет с уровнем общего холестерина (ОХ) = 4.0 ммоль/л и Х-ЛПВП = 1,6 ммоль/л.

Jackson R et al. *Lancet*. 2005;365:434-441.

Лечения одного фактора риска недостаточно: СС риск остается даже после лечения статинами

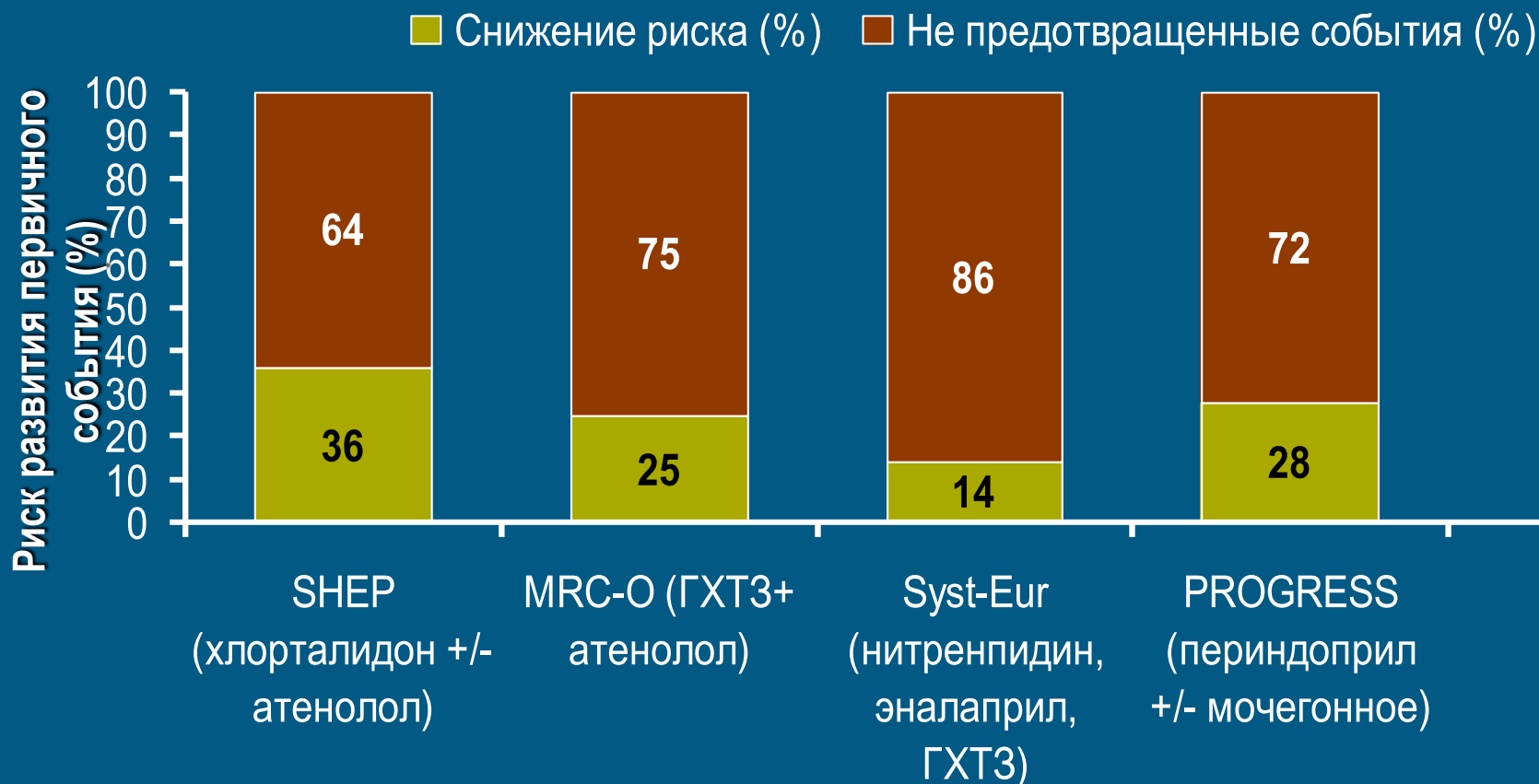
■ Снижение риска (%) ■ Не предотвращенные события (%)



Kastelein JJP. *Eur Heart J.* 2005;7:F27-F33.

Ищите подробную информацию о применении препарата в конце этой презентации.

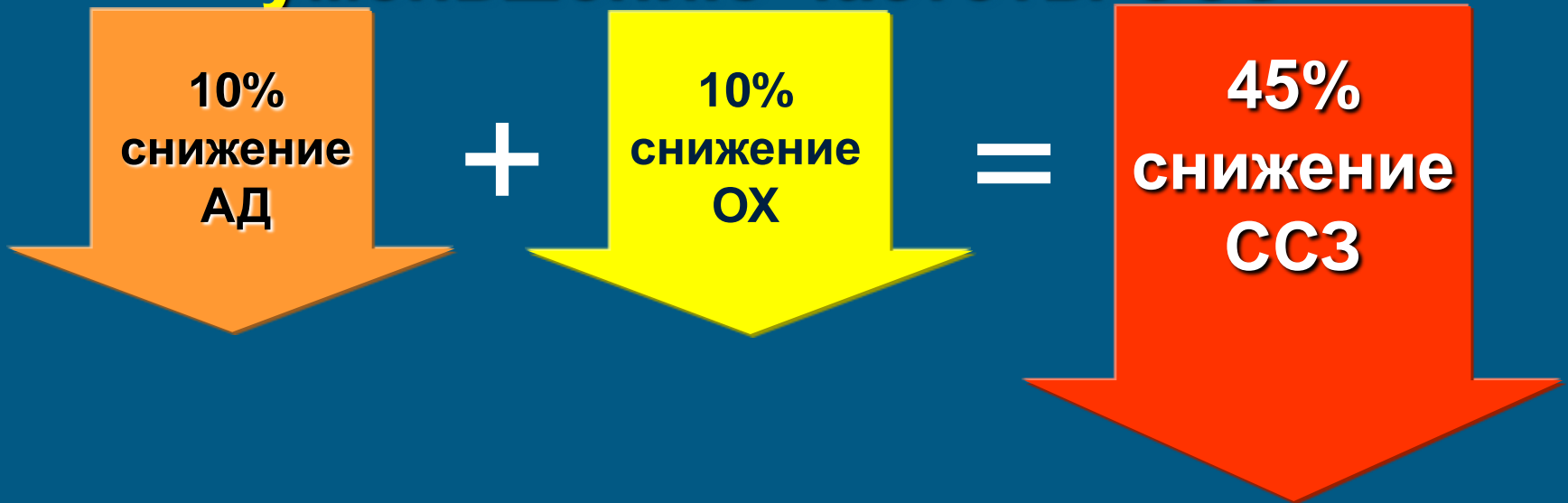
Лечения одного фактора риска недостаточно: СС риск остается даже после антигипертензивной терапии в исследованиях с плацебо-контролем



ГХТ3=гидрохлортиазид.

SHEP Cooperative Research Group. *JAMA*. 1991;265:3255-3264. MRC Working Party. *BMJ*. 1992;304:405-412. Staessen JA et al, for the Syst-Eur Trial Investigators. *Lancet*. 1997;350:757-764. PROGRESS Collaborative Group. *Lancet*. 2001;358:1033-1041.

Коррекция множественных факторов СС риска приводит к существенному уменьшению частоты ССЗ

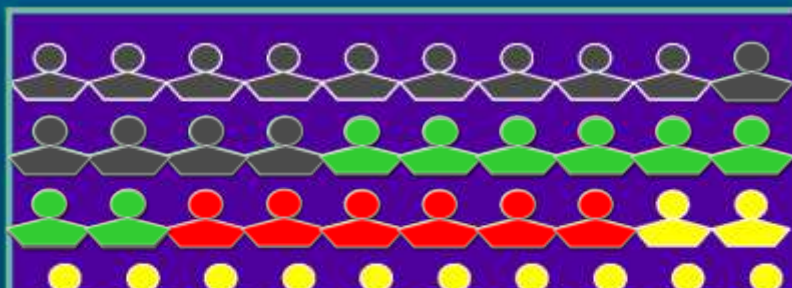


“Следует обращать больше внимания не на уровень АД и концентрацию холестерина у пациента, а на его абсолютный СС риск и определяющие его факторы.”

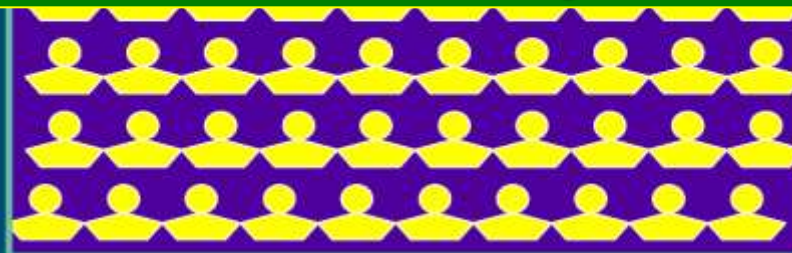
– *J. Emberson et al
and Jackson et al*

Коррекция множественных факторов риска приводит к большему снижению риска ССЗ

“Вероятность развития серьезного сердечно-сосудистого события на протяжении последующих 10 лет у 100 пациентов”



Оптимизация лечения гипертензии путем добавления статинов может уменьшить частоту СС событий наполовину



События, предотвращенные лечением гипертензии



События, предотвращенные добавлением статинов

Многофакторная профилактика СС риска уменьшает в целом СС события

- Добавление статинов к антигипертензивной терапии даже у пациентов, не имеющих существенной дислипидемии, помогает снизить общий СС риск: ^{1,2}

без лечения пациенты с АГ имеют СС риск на протяжении 10 лет **28%**

АГ терапия снижает СС риск на протяжении 10 лет на **6%**

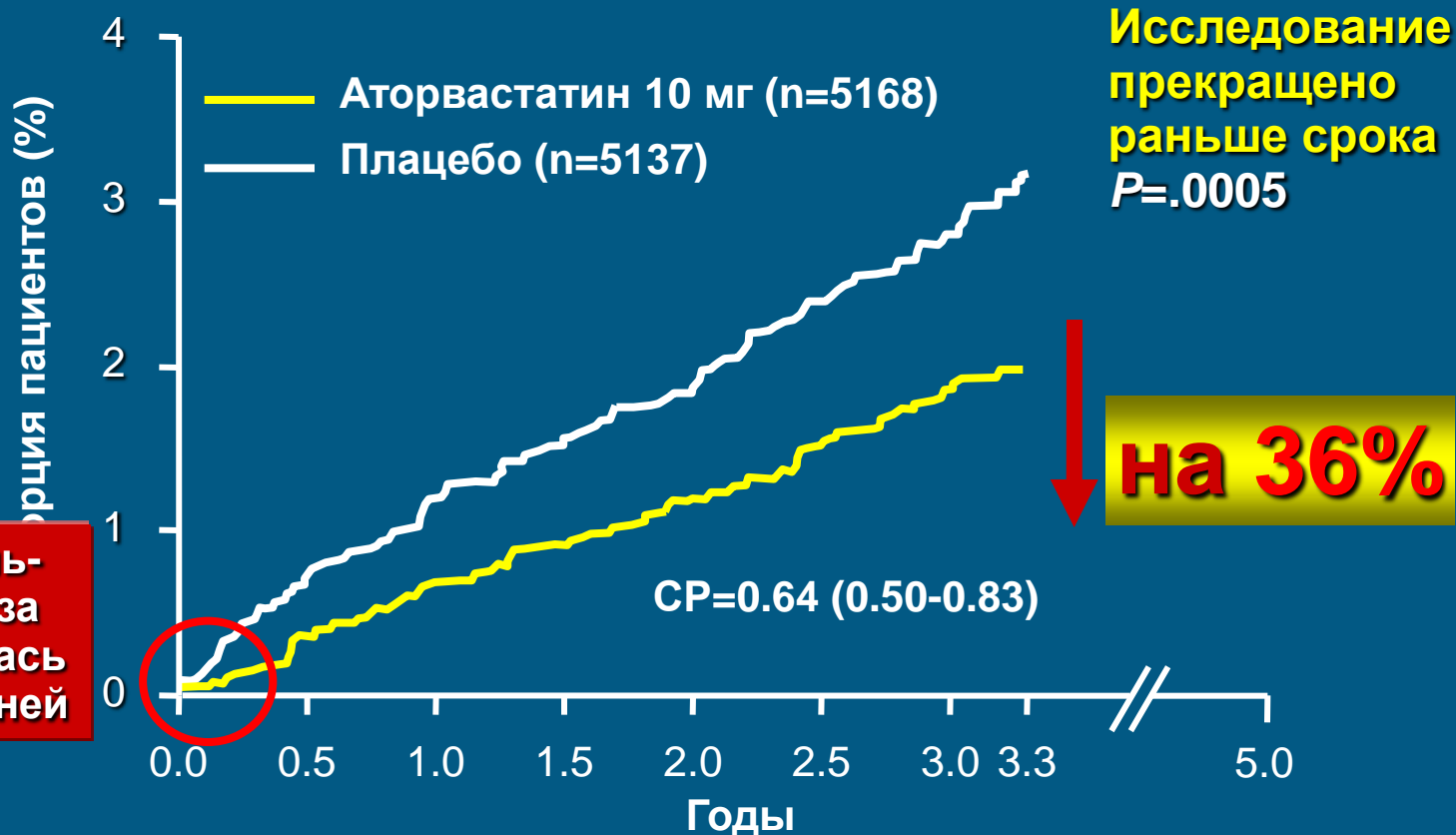
АГ терапия совместно со статинами снижает СС риск на протяжении 10 лет на **15%**

Комбинирование АГ +СТАТИНОТЕРАПИИ может предупредить **55%** из прогнозируемых СС событий у пациентов с АГ

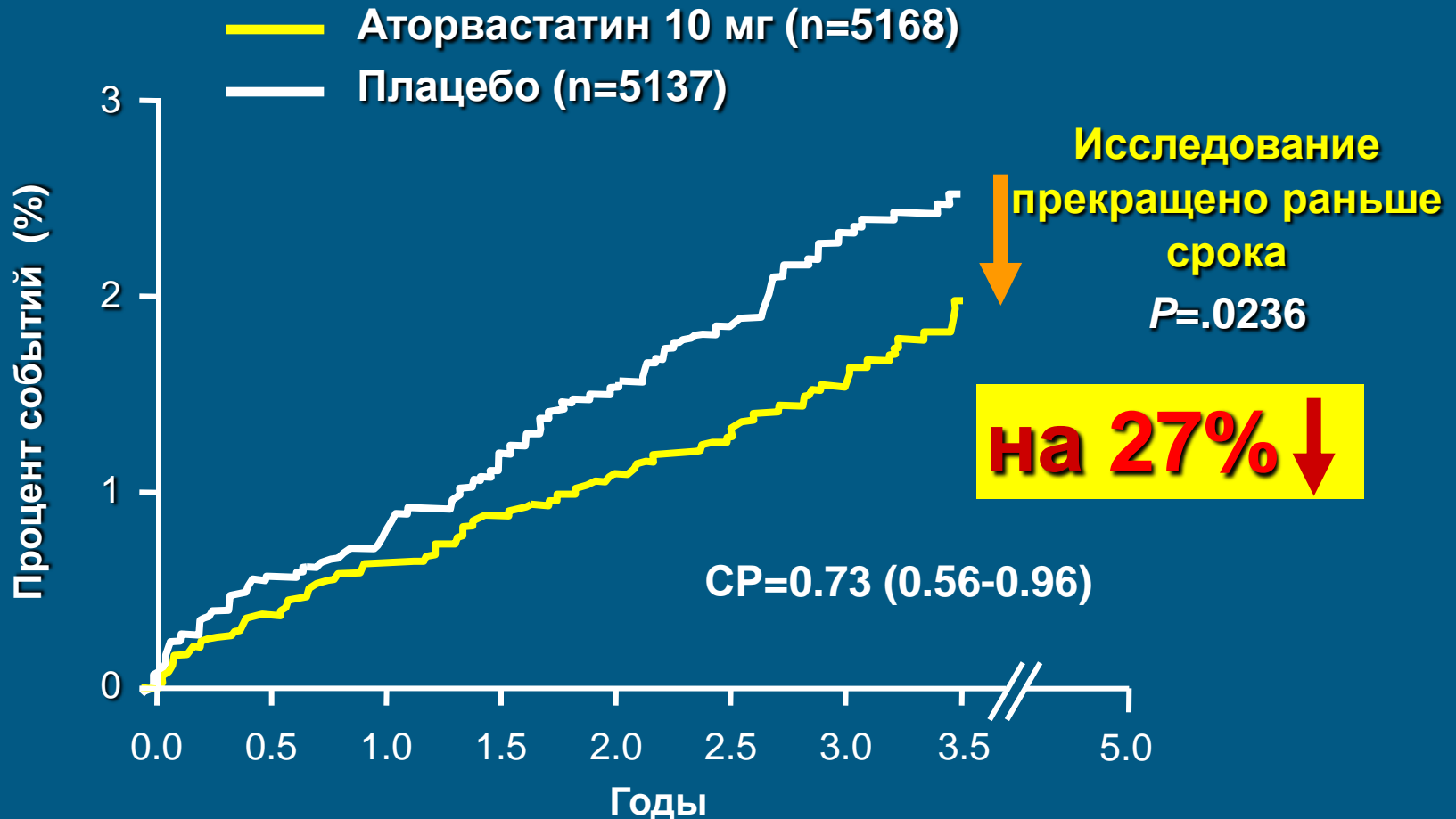
1. Williams B. JACC 2005; 45: 813-827.

2. Cleeman J et al. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) JAMA 2001; 285 (19): 2486-2497.

ASCOT-LLA: снижение относительного риска нефатального ИМ и фатальных осложнений ИБС при добавлении аторвастатина в схему лечения АГ



Исследование ASCOT-LLA: снижение относительного риска фатального и нефатального инсульта при добавлении аторвастатина к лечению АД



ASCOT с анализом 2x2: предвидя необходимость изменений

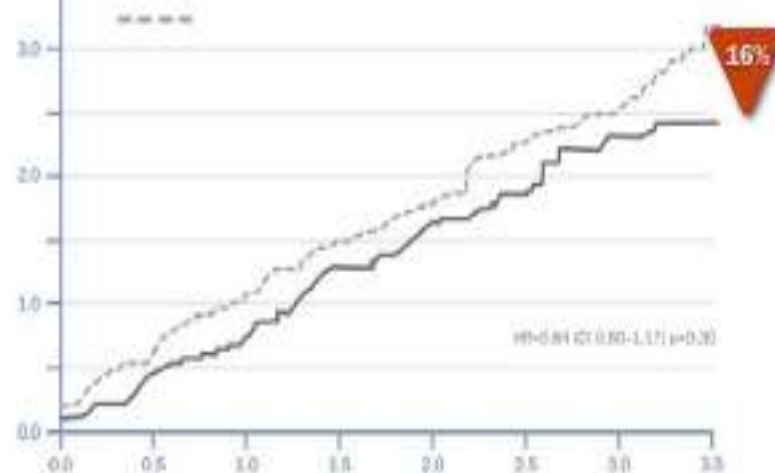
Кадуэт (амлодипин 10 мг + аторвастатин 10 мг) n=2584

амлодипин 10 мг + плацебо n=2554

атенолол 50–100 мг + плацебо (n=2583)

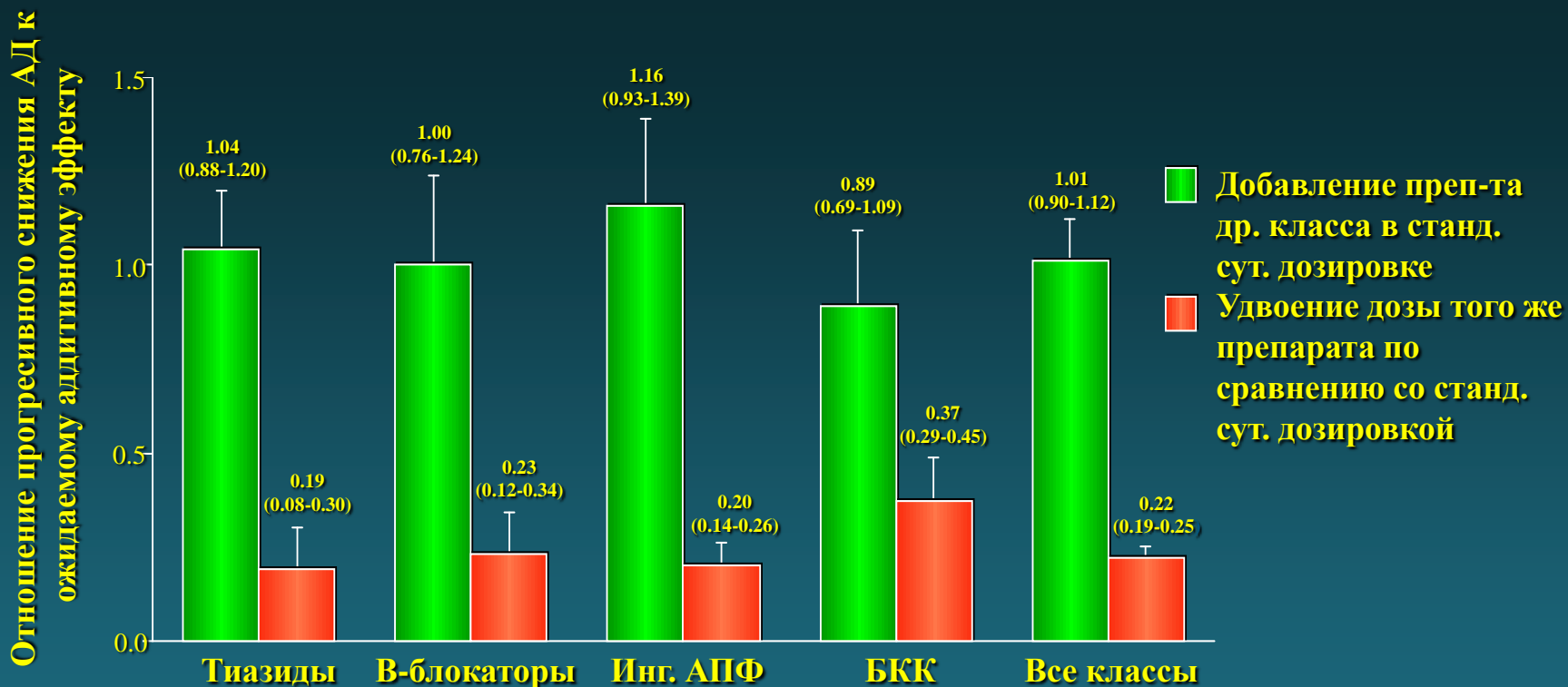
атенолол 50–100 мг + аторвастатин 10 мг (n=2584)

Кумулятивная частота нефатального инфаркта миокарда и фатальных осложнений ИБС



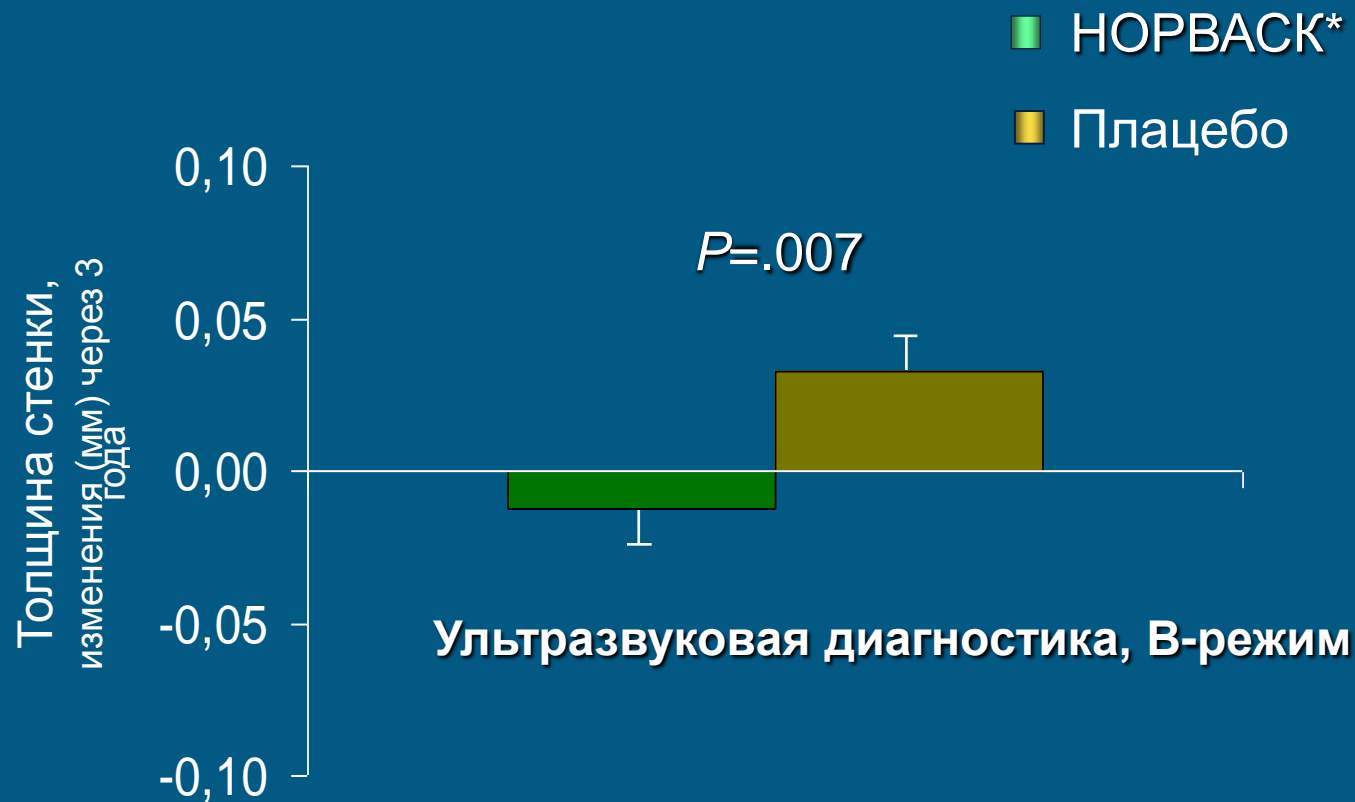
**КАК МОЖНО ОБЪЯСНИТЬ
КУММУЛЯТИВНЫЙ
ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИЙ
ЭФФЕКТ КАДУЭТА?**

Эффекты добавления препарата* или удвоения дозы прежнего препарата в зависимости от класса препарата относительно снижения АД

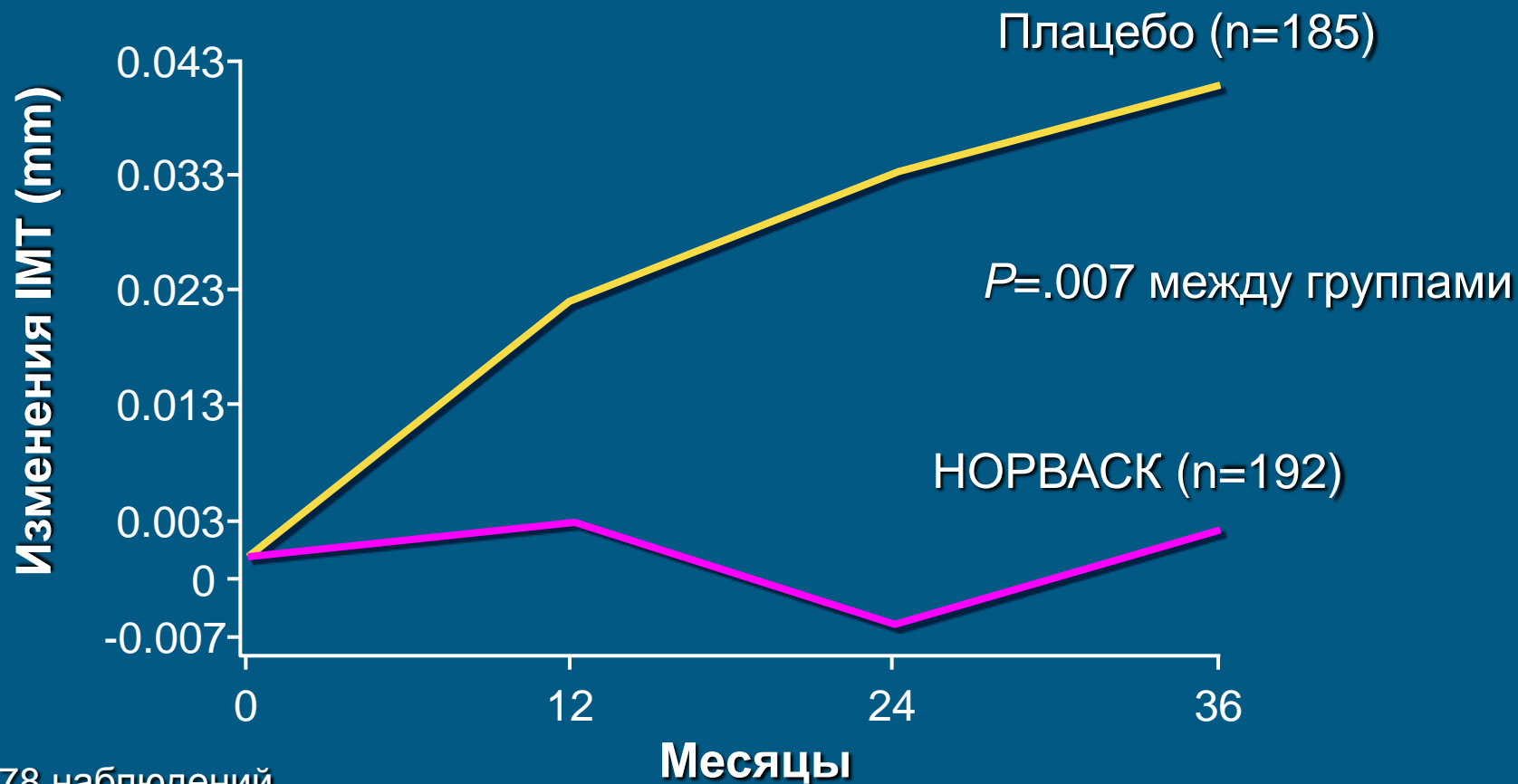


Выводы мета-анализа по сравнению комбинаций а/гиперт. препаратов и монотерапии у более чем 11000 пациентов в 42 исследованиях

PREVENT: Влияние НОРВАСКа* на атеросклероз сонных артерий



PREVENT: Влияние НОРВАСКА® на прогрессирование атеросклероза сонной артерии (УЗИ, В-режим)

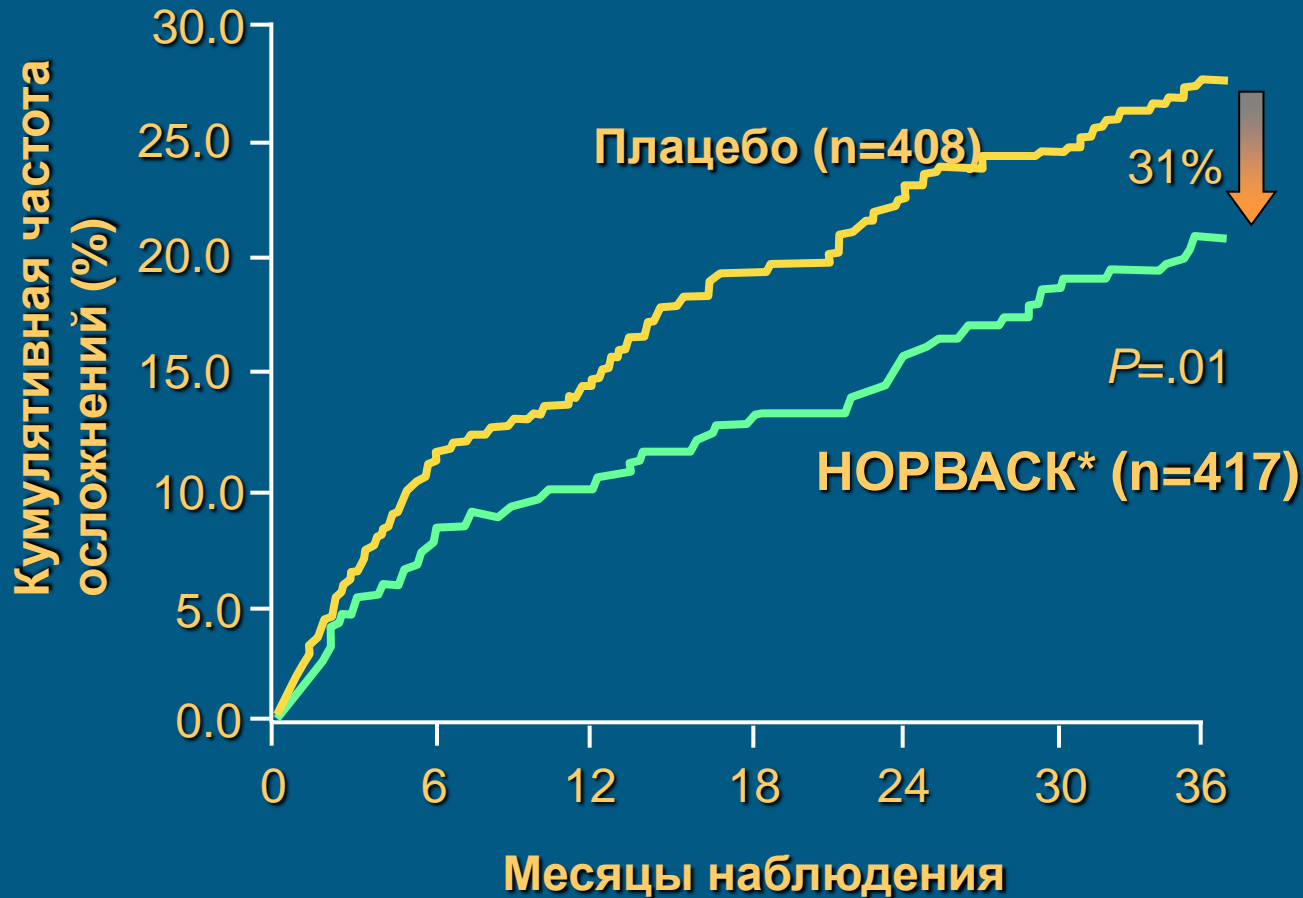


N=27,478 наблюдений.

Среднее исходное IMT=0.95 mm.

Pitt et al. *Circulation*. 2000;102:1503-1510.

Фатальные/нефатальные серьезные сосудистые осложнения



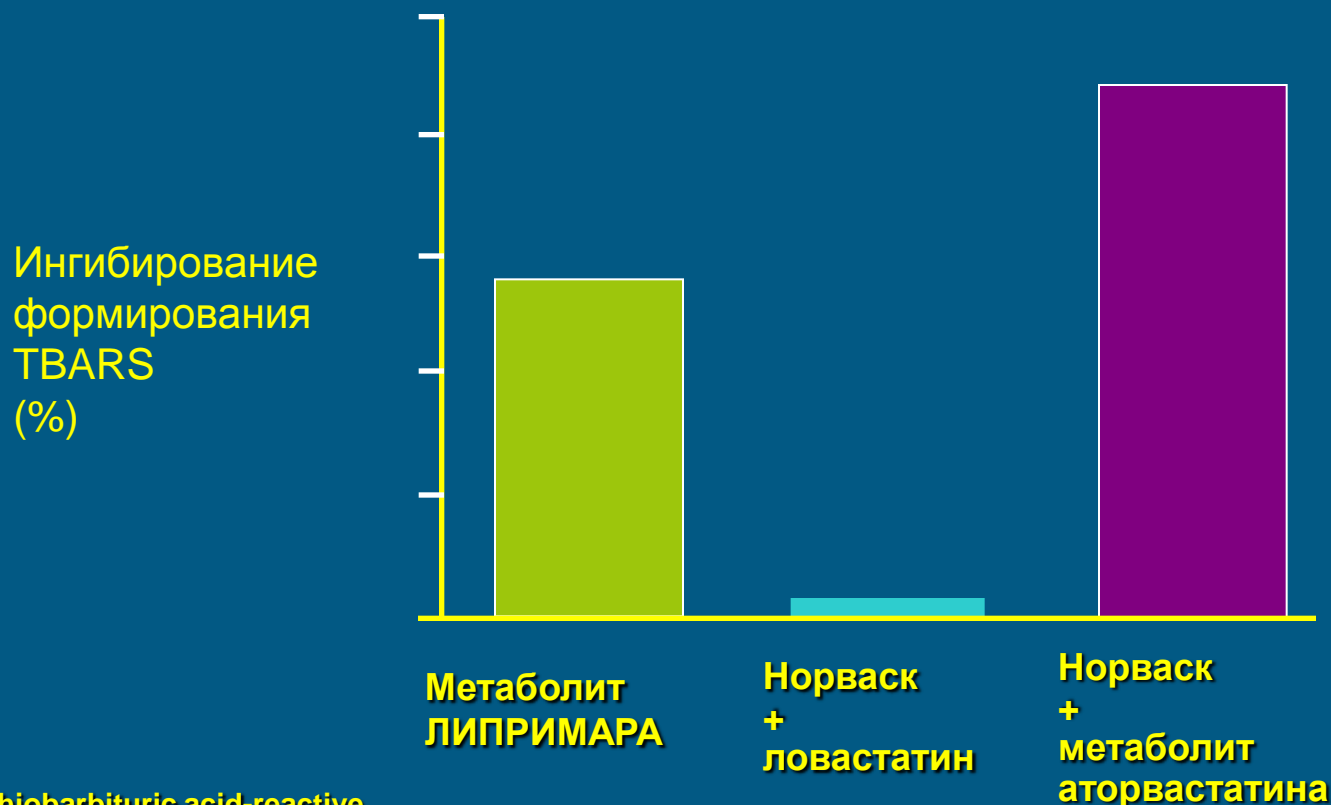
НОРВАСК: Средство к атеросклеротически пораженным мембранам



* $P < .001$ в сравнении с контрольной группой.
Средние значения \pm SE (N=12).
Mason et al. *Mol Pharmacol.* 1992;41:315-321.

Метаболит статина и БКК демонстрируют аддитивный антиоксидантный эффект

ЛПНП человека инкубировали с О-гидрокси метаболитом аторвастатина (100 нмоль/л), ловастатина (100 нмоль/л) и амлодипина (2.5 мкмоль/л)



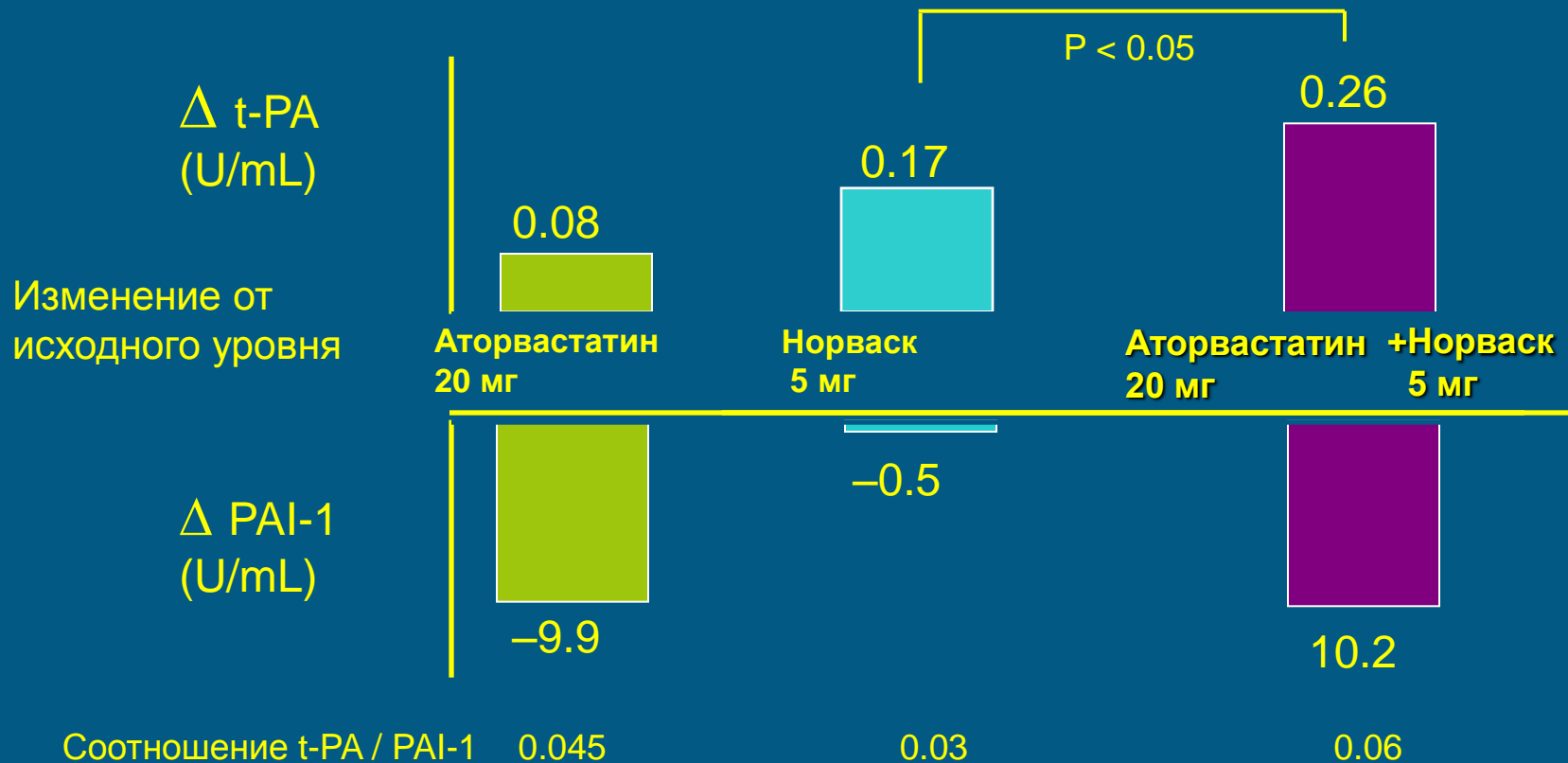
TBARS = thiobarbituric acid-reactive substances

*P < 0.0001 по сравнению с контрольным лечением

Mason RP et al. *Am J Cardiol.* 2005;96(suppl):11F-23F.

Аддитивные эффекты статина + БКК на фибринолитический баланс

N = 45 с гипертензией, плацебо-контролируемое, перекрестное исследование



*P < 0.05 по сравнению с плацебо

†P < 0.01 по сравнению с плацебо

Fogari R et al. *Am J Hypertens.* 2004;17:823-7.

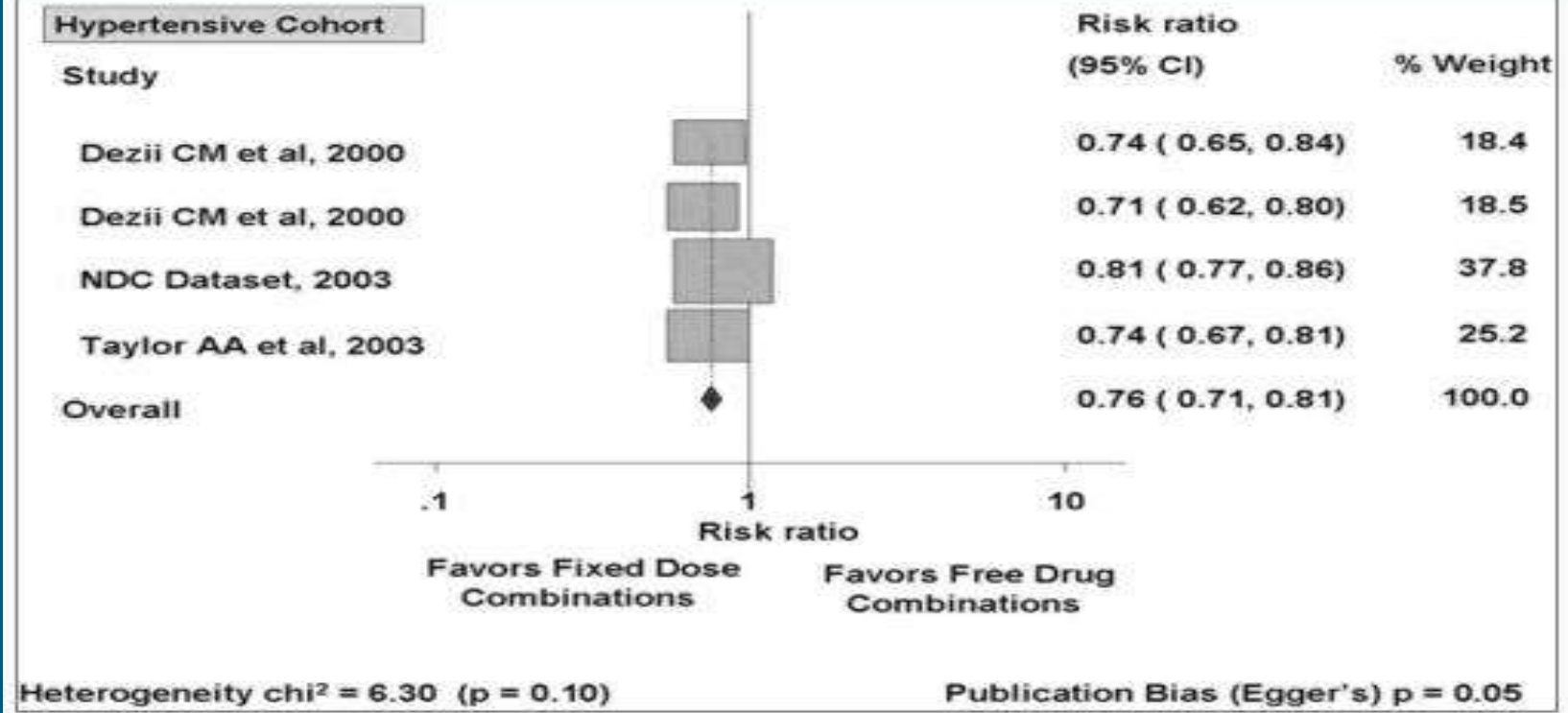
CARPE: лечение КАДУЕТ® приводит к более высокой частоте продолжения лечения по сравнению с одновременным приемом БКК и статина

Невыверенная пропорция пациентов, продолжавших лечение



Все группы сравнения с существенно более низким показателем, чем в группе препарата КАДУЕТ, $P < .0001$

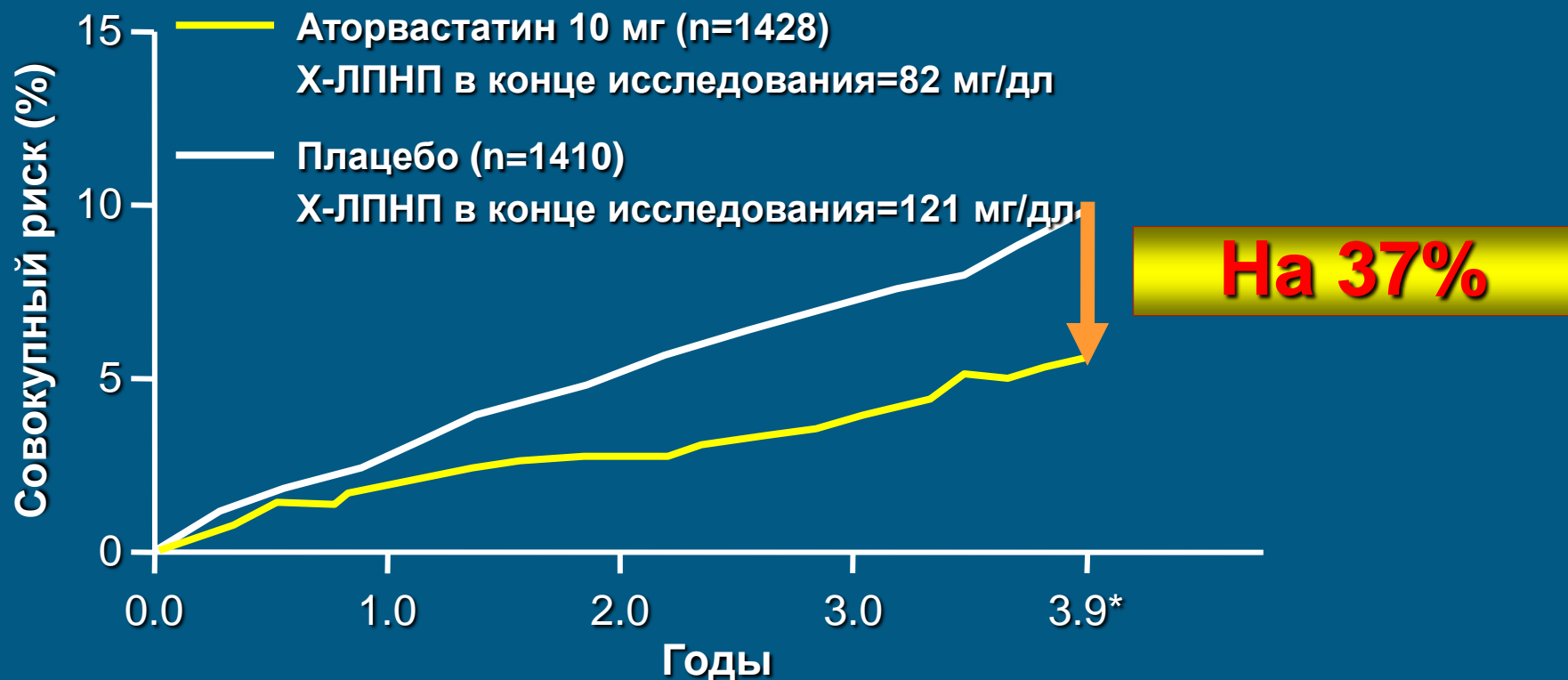
Click on image to enlarge



- Приверженность к лечению при использовании фиксированных комбинаций АС в одной таблетке выше на 26%

Bangalore S, Kamalakkannan G, Parkar S, et al. Fixed-dose combinations improve medication compliance: a meta-analysis. Am J Med 2007;120:713–9.

CARDS: аторвастатин 10 мг привел к снижению частоты СС событий у пациентов с диабетом 2 типа



*Медиана контрольного наблюдения=3.9 года.

Исследование было прекращено на 2 года раньше срока, учитывая существенное снижение СС событий.

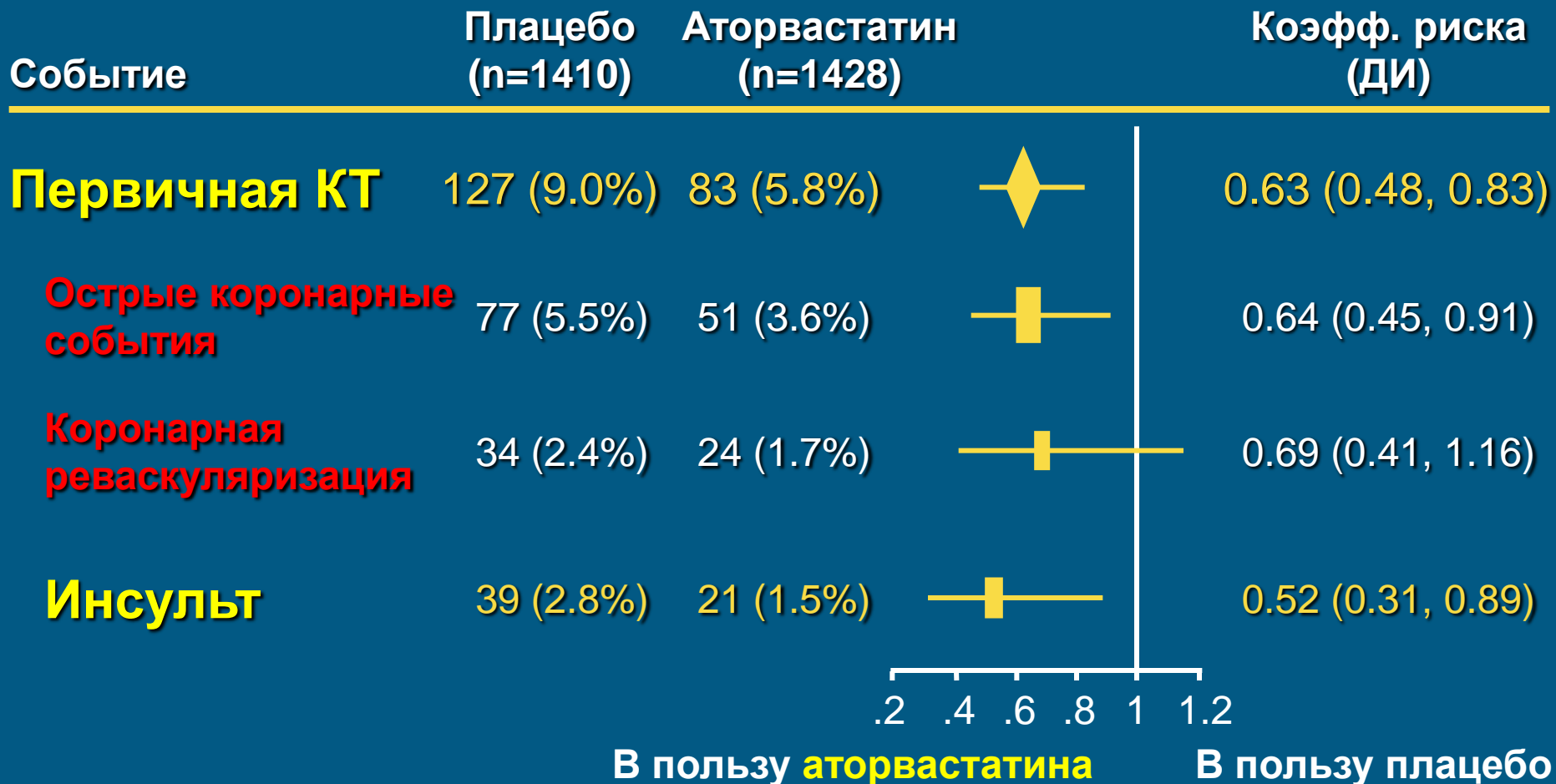
Первичная конечная точка=совокупные острые осложнения ИБС (ИМ, включая «немой» ИМ, нестабильная стенокардия, внезапная смерть от ИБС, реанимированная остановка сердца), коронарная реваскуляризация или инсульт.

Colhoun HM et al. *Diabet Med.* 2002;19:201-211. Colhoun HM et al. *Lancet.* 2004;364:685-696.

CARDS: аторвастатин в дозе

10 мг приводит к существенному снижению частоты событий у пациентов с диабетом 2 типа

Количество пациентов с событием (%)



Colhoun HM et al. *Lancet*. 2004.364:685-696.

Ищите подробную информацию о применении препарата в конце этой презентации.

КОЛОНКА ШЕФ-РЕДАКТОРА

→ Вітаємо Вас на сторінці веб-сайту WebCardio.Org



Наша мета - надати можливість отримувати новини щодо кардіології і обговорювати на професійному рівні ті проблеми які нас цікавлять.

Активно використовуйте меню і кнопку "Пошук", і тоді Ви знайдете все про кардіологію, що вже є на нашому сайті.

Skype login
marinadolzhenko >>>

ОСТАННІ СТАТТІ

→ Аспирин и Варфарин в профилактике инсульта >>>

→ Дистанційне навчання з кардіології в Україні



Дистанційне навчання з кардіології в Україні. >>>

→ Анкета для дистанційного навчання



Анкета учасника проекту «Післядипломне навчання на сайті»

www.WebCardio.Org >>>

→ Вышли новые рекомендации (2011 года) Европейской

ТЕМА ДНЯ

Україна

СНД

Світ

Події

Документи

→ Вышли новые рекомендации (2011 года) Европейской ассоциации кардиологов по ведению кардиоваскулярных заболеваний у беременных 2011



EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY >>>

Рекомендации основаны на систематическом поиске литературы за последние 20 лет в National Institutes of Health database (PubMed).

СТАТТІ І ЛЕКЦІ НА ГОЛОВНІ ТЕМИ

ПРОФІЛАКТИКА

→ Позитивные метаболической терапии

ДИСЛІПІДЕМІЯ

→ Методичні рекомендації з діагностики, профілактики та лікуванню дисліпідемії (перегляд 2011)

ГІПЕРТОНІЯ

→ Применение блокаторов рецепторов ангиотензина 2 может снизить риск развития болезни Альцгеймера

ДІАГНОСТИКА

→ Рекомендации Европейской ассоциации кардиологов по диагностике и лечению пациентов с заболеваниями периферических артерий 2011

ІХС

→ Рекомендации Европейской ассоциации кардиологов по ведению пациентов с острым коронарным синдромом без элевации сегмента ST (2011)

АРИТМІЯ

→ Аспирин не следует применять для профилактики инсульта у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП)

ПОДІЇ

→ Новое руководство по ведению пациентов с заболеваниями периферических артерий 2011

→ XII Национальный конгресс кардиологов Украины

→ Международная конференция №7 по интенсивной кардиологии

→ Ассистенты кафедры прошли специализованные реанимационные курсы

→ Издана монография "Эхокардиография у больных сердечной недостаточностью"

→ Розпочав роботу веб-сайт WebCardio.ORG: "Післядипломна освіта: кардіологія".

→ Помер видатний вчений Олексій Павлович Вікторов.

→ Помер відомий кардіолог Анатолій Петрович Степаненко

→ 28-30 вересня 2010 р. м.Київ. XI Національний конгрес кардіологів України.





[ПРОФІЛАКТИКА](#) [ДІАГНОСТИКА](#) [ДИСЛІПІДЕМІЯ](#) [ІХС](#) [ГІПЕРТОНІЯ](#) [АРИТМІЯ](#) [КАРДІОХІРУРГІЯ](#) [СЕРЦЕВА НЕДОСТАТНІСТЬ](#) [НЕКОРОНАРОГЕННІ ХВОРОБИ](#)

[НОВИНИ](#) [КАФЕДРА](#) [ДИСТАНЦІЙНА ОСВІТА](#) [КОНФЕРЕНЦІЇ](#) [БЛОГИ](#) [ТЕСТИ](#) [ПАРТНЕРИ](#) [ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ](#) [ПОЛІОРГАННА ПАТОЛОГІЯ](#) [ФОРУМ](#) [АДМІН ТЕСТІВ](#)

[АДМІН НОВИН](#) [ТЕСТОВА СТОРІНКА](#)

ПЛАН ЦИКЛІВ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ [НАЛАШТУВАННЯ](#)

[ПЛАН ЦИКЛІВ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ](#)

→ Рекомендаци
Европейской асоциаци
кардиологов по диагностике
и лечению пациентов с
заболеваниями
периферических артерий
2011

№2. В документе охвачено
атеросклеротическое поражение
экстракраниальных сонных и
позвоночных, брыжеечных,
почечных тартерий и сосудов
нижних
конечностей...Введение.
13.10.2011

ДИСТАНЦІЙНЕ НАВЧАННЯ З КАРДІОЛОГІЇ В УКРАЇНІ [НАЛАШТУВАННЯ](#)

[ДИСТАНЦІЙНЕ НАВЧАННЯ](#)

→ Дистанційне навчання з кардіології в Україні



Дистанційне навчання з кардіології в Україні.
25.01.2012

ЗАПОВНИТЬ АНКЕТУ [НАЛАШТУВАННЯ](#)

[АНКЕТА](#)

→ Анкета для дистанційного навчання



Анкета учасника проекту «Післядипломне навчання на сайті
www.WebCardio.Org

Нам цікаві Ваші пропозиції, як зробити Ваше користування

[Налаштування](#) [Редагувати](#)



[Налаштування](#) [Редагувати](#)

Ищите нас на Facebook



- ПРОФІЛАКТИКА
- ДІАГНОСТИКА
- ДИСЛІПІДЕМІЯ
- ІХС
- ГІПЕРТОНІЯ
- АРИТМІЯ
- КАРДІОХІРУРГІЯ
- СЕРЦЕВА НЕДОСТАТНІСТЬ
- НЕКОРОНАРОГЕННІ ХВОРОБИ
- НОВИНИ
- КАФЕДРА
- ДИСТАНЦІЙНА ОСВІТА
- КОНФЕРЕНЦІЇ
- БЛОГИ
- ТЕСТИ
- ПАРТНЕРИ
- ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ
- ПОЛІОРГАННА ПАТОЛОГІЯ
- ФОРУМ
- АДМІН ТЕСТІВ
- АДМІН НОВИН
- ТЕСТОВА СТОРІНКА

Початок проходження тесту

Завантаження тестів

Результати тестів

Прізвище:

Ім'я:

По батькові:

Категорія:

Для підтвердження категорії:

Атестація

Навчальний режим





[ПРОФІЛАКТИКА](#) [ДІАГНОСТИКА](#) [ДИСЛІПІДЕМІЯ](#) [ІХС](#) [ГІПЕРТОНІЯ](#) [АРИТМІЯ](#) [КАРДІОХІРУРГІЯ](#) [СЕРЦЕВА НЕДОСТАТНІСТЬ](#) [НЕКОРОНАРОГЕННІ ХВОРОБИ](#)

[НОВИНИ](#) [КАФЕДРА](#) [ДИСТАНЦІЙНА ОСВІТА](#) [КОНФЕРЕНЦІЇ](#) [БЛОГИ](#) [ТЕСТИ](#) [ПАРТНЕРИ](#) [ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ](#) [ПОЛІОРГАННА ПАТОЛОГІЯ](#) [ФОРУМ](#) [АДМІН ТЕСТІВ](#)

[АДМІН НОВИН](#) [ТЕСТОВА СТОРІНКА](#)

Завантаження тестів

Результати тестів

При пароксизмі суправентрикулярної тахікардії можуть застосовуватися всі вказані засоби, крім:

- Масажа каротидногосинуса
- Внутрішньовенного введення верапамілу
- Введення серцевих глікозидів
- Введення атропіну
- Електророзряду

[Далі](#)

Всього питань: 212
Задано питань: 2
Набрано балів: 100
Помилки: 1
Залишилось 141,33 хвилин



- ПРОФІЛАКТИКА
- ДІАГНОСТИКА
- ДИСЛІПІДЕМІЯ
- ІХС
- ГІПЕРТОНІЯ
- АРИТМІЯ
- КАРДІОХІРУРГІЯ
- СЕРЦЕВА НЕДОСТАТНІСТЬ
- НЕКОРОНАРОГЕННІ ХВОРОБИ
- НОВИНИ
- КАФЕДРА
- ДИСТАНЦІЙНА ОСВІТА
- КОНФЕРЕНЦІЇ
- БЛОГИ
- ТЕСТИ
- ПАРТНЕРИ
- ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ
- ПОЛІОРГАННА ПАТОЛОГІЯ
- ФОРУМ
- АДМІН ТЕСТІВ
- АДМІН НОВИН
- ТЕСТОВА СТОРІНКА

Терміни призначення антикоагулянтів пацієнтам із тривалістю пароксизму фібриляції передсердь більше 48 годин чи невідомої тривалості:

- 1-2 тижні до і після кардіоверсії (МНО 2-3)
- 1-2 тижні до і 3-4 тижня після кардіоверсії (МНО 2-3)
- 3-4 тижні до і після кардіоверсії (МНО 2-3)

Далі

Всього питань: 212
Задано питань: 6
Набрано балів: 300
Помилки: 2
Залишилось 138,33 хвилин



Післядипломна освіта: кардіологія

ПРОФІЛАКТИКА ДІАГНОСТИКА ДИСЛІПІДЕМІЯ ІХС ГІПЕРТОНІЯ АРИТМІЯ КАРДІОХІРУРГІЯ СЕРЦЕВА НЕДОСТАТНІСТЬ НЕКОРОНАРОГЕННІ ХВОРОБИ
ПОЛТОРГАННА ПАТОЛОГІЯ КАФЕДРА ДИСТАНЦІЙНА ОСВІТА КОНФЕРЕНЦІЇ БЛОГИ ТЕСТИ ПАРТНЕРИ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ НОВИНИ ВСІ ПУБЛІКАЦІЇ

ВІТАЄМО ВАС НА СТОРІНЦІ
ВЕБ-САЙТУ WEBCARDIO.ORG



Наша мета - надати можливість отримувати новини щодо кардіології, а також - обговорювати на професійному рівні ті проблеми які нас цікавлять. Активно використовуйте меню і кнопку "Пошук", і тоді Ви знайдете все про кардіологію, що вже є на нашому сайті. Ви можете спробувати наші "Тести по кардіології", або безкоштовно

ТЕМА ДНЯ

Україна

СНД

Світ

Події

Документи

Новые рекомендации Европейской Ассоциации Кардиологов (ESC-European Society of Cardiology) по острому коронарному синдрому без подъема сегмента ST: КТ-ангиография, высокочувствительный тропонин, клопидогрель и тикагрелор

31 августа 2011. Европейская целевая группа по ведению больных с ОКС без подъема сегмента ST выпустила новые рекомендации и представила их на конгрессе Европейского общества кардиологов (ESC) 2011. Рекомендации с обновлениями предыдущей версии, выпущенной в 2007 году содержит ряд новых важных обновлений.

Так, главные среди них - это стратификация риска нестабильной стенокардии у пациентов и предупреждение возникновения неблагоприятных исходов с реализацией рекомендаций ACC/ AHA (CRUSADE-Can Rapid Risk Stratification of Unstable Angina patients Suppress Adverse Outcomes with Early Implementation of the ACC/AHA Guidelines) - показатели риска возникновения внутрибольничных кровотечений.

Таким образом, это наиболее подтвержденные рекомендации, которые основаны на данных более чем 70 000 пациентов регистра CRUSADE и были апробированы в когорте более чем 17 000 пациентов...

Ищите нас на Facebook

facebook



WebCardioOrg

Мне нравится

83 пользователям нравится

WebCardioOrg



Registered

David

Arun

Знайдіть нас і тут:



WebCardioOrg

[Статистика](#) > [WebCardioOrg](#) > [Обзор](#)
[+ Создать объявление](#)

Статистика Страницы

Обзор

Пользователи

Взаимодействия

Неделя

Месяц

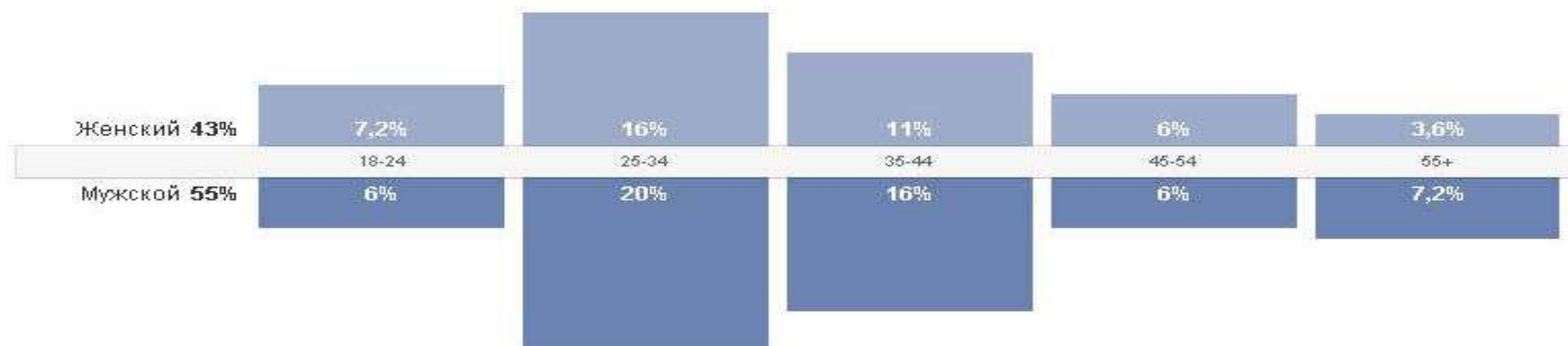
12.08.2011 - 10.09.2011

Экспорт

[Пользователи](#) [Подробнее](#)

Демография

Пол и возраст?



Страны?

- 37 Украина
- 6 Соединенное королевство
- 6 Алжир
- 6 Египет
- 4 США
- 3 Россия
- 3 Тунис
- 2 Германия
- 2 Индия
- 2 Иордания
- 2 Марокко
- 1 Бельгия
- 1 Грузия

Города?

- 29 Kyiv

Язык?

- 27 Русский
- 18 Английский (США)
- 11 Французский (Франция)
- 11 Украинский
- 9 Английский (Великобритания)
- 2 Болгарский
- 1 Арабский
- 1 Испанский
- 1 Македонский
- 1 Турецкий

[Меньше](#)

WebCardioOrg

Статистика > WebCardioOrg > Обзор

+ Создать объявление

Статистика Страницы

Обзор

Пользователи

Взаимодействия

Неделя

Месяц

12.08.2011 - 10.09.2011

↓ Экспорт

Пользователи Подробнее

Взаимодействия Подробнее

Просмотров записей?

6 703 ↑ 136%

Отправьте комментарий?

20

Отзыв о содержании страницы?

 Клики "Мне нравится" Комментарии