

УКРАИНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ДАВОС-2012

**В.о. заведующего кафедры
кардиологии и функциональной
диагностики
НМАПО им.П.Л.Шупика,
проф.Долженко М.Н.**

СОЛВА - СВАЛЯВА

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

→ Позиции метаболической терапии

ДІАГНОСТИКА

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

ДИСЛІПІДІЯ

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

ІХС

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

ГІПЕРТОНІЯ

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

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](#) [НАЛАШТУВАННЯ](#)

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

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

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

[ДИСТАНЦІЙНЕ НАВЧАННЯ](#) [НАЛАШТУВАННЯ](#)

→ Дистанційне навчання з кардіології в Україні



Дистанційне навчання з кардіології в Україні.
25.01.2012

ЗАПОВНИТЬ АНКЕТУ [НАЛАШТУВАННЯ](#)

[АНКЕТА](#) [НАЛАШТУВАННЯ](#)

→ 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:

Долженко

Ім'я:

Марина

По батькові:

Миколаївна

Категорія:

вища категорія ▼

Для підтвердження категорії:

Спеціаліст ▼

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 каротидного синуса
- ☐ 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



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
ПОЛІОРГАННА 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 реестра CRUSADE и были апробированы в когорте более чем 17 000 пациентов...

Ищите нас на Facebook
facebook



WebCardioOrg



83 пользователям нравится
WebCardioOrg.



Registered



David



Arun

Знайдіть нас і тут:



WebCardioOrg

Статистика > WebCardioOrg > Обзор

+ Создать объявление

Статистика Страницы

Обзор

Пользователи

Взаимодействия

Неделя

Месяц

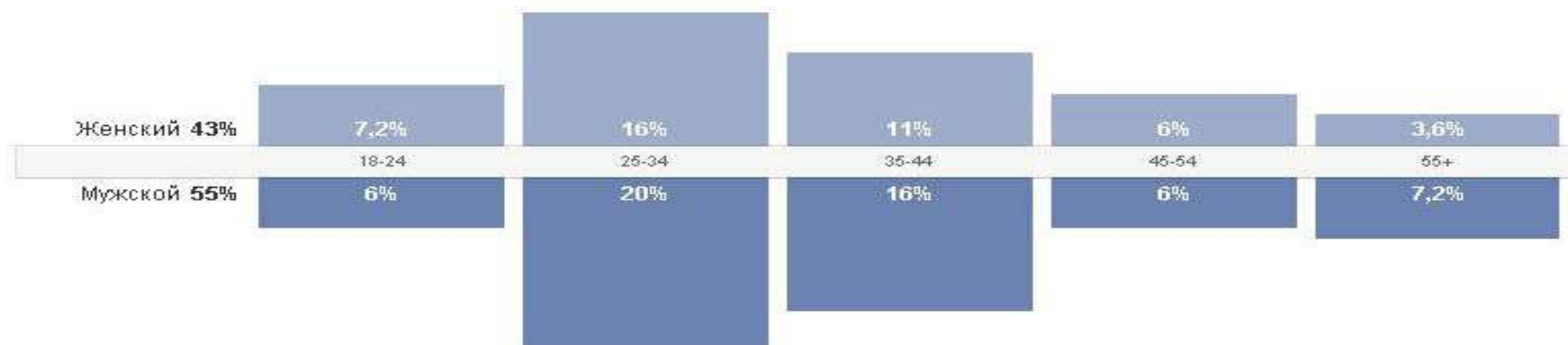
12.08.2011 - 10.09.2011

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



2009 ГОД

Европейское общество кардиологов

**Рекомендации по ведению пациентов с
синкопальными состояниями**

**РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО
КАРДИАЛЬНОГО РИСКА И ПЕРИОПЕРАЦИОННОМУ
КАРДИОЛОГИЧЕСКОМУ ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ
ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВНЕСЕРДЕЧНЫХ
ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ**

2010

**Рекомендации по реваскуляризации
миокарда**

**Рекомендации по ведению пациентов с
фибрилляцией предсердий**

**Рекомендации по ведению пациентов с
приобретенными пороками сердца**

2011 год

**Рекомендации по ведению пациентов с
ОКС без подъема сегмента ST**

**Рекомендации по ведению пациентов с
дислипидемиями**

**Рекомендации по диагностике и лечению
пациентов с поражением периферического
русла**

**Рекомендации по ведению беременных с
кардиваскулярным риском**

AHA/ASA Guideline

Guidelines for the Primary Prevention of Stroke

A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association

The American Academy of Neurology affirms the value of this guideline as an educational tool for neurologists.

**2011 ASA/ACCF/AHA/AANN/AANS/ACR/ASNR/CNS/
SAIP/SCAI/SIR/SNIS/SVM/SVS Guideline on the
Management of Patients With Extracranial Carotid and
Vertebral Artery Disease**

Guidelines for Management of Ischaemic Stroke 2008

**The European Stroke Organization
- ESO -**

**Executive Committee and
Writing Committee**

Рекомендации по ведению беременных с кардиоваскулярным риском

2011 год

Рекомендации	Класс	уровень
Предварительная оценка риска беременности и консультирование показано всем женщинам с известной или предполагаемой, врожденной или приобретенной <u>сердечно-сосудистой и аортальной патологией.</u>	I	C
Оценка риска должна проводиться у всех женщин с кардиальными заболеваниями в детородном возрасте и во время беременности.	I	C
<u>Пациенты высокого риска должны наблюдаться в специализированных многопрофильных в центрах.</u>	I	C
Генетическое консультирование должно быть предложено женщинам с врожденными пороками сердца или врожденными аритмиями, кардиомиопатиями, заболеваниями аорты или генетическими пороками развития, связанными с <u>сердечно-сосудистыми заболеваниями.</u>	I	C
<u>Эхокардиография должна быть выполнена у всех беременных с необъяснимым или впервые выявленными признаками или симптомами заболеваний сердечно-сосудистой системы.</u>	I	C
До операции на сердце полный курс лечения кортикостероидами следует назначать матери по мере возможности.	I	C
Для профилактики инфекционного эндокардита во время беременности должны быть использованы такие же меры, как у небеременных пациентов.	I	C
В качестве первого выбора у большинства пациентов рекомендуются вагинальные роды.	I	C

МРТ (без гадолиния) следует рекомендовать, если <u>эхокардиография</u> <u>неинформативна</u> для постановки диагноза.	Па	С
У больных с тяжелой гипертензией должны быть рассмотрены, вагинальные роды с эпидуральной анестезией и избирательное инструментальное <u>родоразрешение</u> .	Па	С
При сроке беременности, по крайней мере, 28 недель, следует рассматривать необходимость хирургического вмешательства.	Па	С
Кесарево сечение должно быть рассмотрено по акушерским показаниям или у пациентов с дилатацией восходящей аорты <u>> 45 мм</u> , выраженным стенозом аорты, преждевременными родами, у пациентов, которые принимают оральные антикоагулянты, с синдромом <u>Эйзенменгера</u> , или с тяжелой сердечной недостаточностью.	Па	С
Кесарево сечение может быть рассмотрено у пациентов с синдромом <u>Марфана</u> , с диаметром аорты 45-40мм.	Пб	С
Рентгенография грудной клетки с экранированием плода можно рассматривать, если другие методы диагностики не приводят к успеху в выяснении причин одышки.	Пб	С
Катетеризация сердца может быть рассмотрена по очень строгим показаниям, срокам и с экранированием плода.	Пб	С
КТ и электрофизиологические исследование с экранированием плода, могут рассматриваться у отдельных пациентов по жизненным показаниям.	Пб	С
АКШ или хирургическое вмешательство на клапанах можно проводить в угрожающих жизни матери ситуациях, когда консервативная и медикаментозная терапия не эффективна, и не поддающихся <u>перкутанному</u> лечению.	Пб	С
<u>Профилактическая антибиотикотерапия</u> во время родов не рекомендуется.	Ш	С

**РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО
КАРДИАЛЬНОГО РИСКА И ПЕРИОПЕРАЦИОННОМУ
КАРДИОЛОГИЧЕСКОМУ ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ
ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВНЕСЕРДЕЧНЫХ
ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ**

КЛАССЫ РЕКОМЕНДАЦИЙ

Классы рекомендаций	Определение
I	Имеются доказательства и/или общее согласие, что терапия или процедура полезны и эффективны
II	Имеются противоречивые доказательства и/или расхождение мнений относительно пользы/эффективности данного метода лечения или лечебной процедуры
IIa	Большая часть доказательств/мнений в пользу пользы/эффективности
IIb	Польза/эффективность подтверждаются меньшим количеством доказательств/мнений
III	Имеются доказательства или всеобщая убежденность в том, что данный метод лечения или лечебная процедура неэффективны и бесполезны, а в некоторых случаях могут быть вредны

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ХИРУРГИЧЕСКОГО РИСКА

Низкая степень риска < 1 %	Средняя степень риска 1–5 %	Высокая степень риска > 5 %
Молочная железа Стоматологические вмешательства Эндокринная система Офтальмология Гинекология Реконструктивные вмешательства Малая ортопедия (вмешательства на коленном суставе) Малая урология	Брюшная полость Вмешательства на сонных артериях Периферическая артери- альная ангиопластика Эндоваскулярная пластика аневризм Хирургия головы и шеи Нейрохирургия/большая ортопедия (вмешательства на тазобедренном суставе и позвоночнике) Трансплантация легких/ почек/печени Большая урология	Хирургия аорты и крупных сосудов Хирургия периферических сосудов

Индекс Lee и модель Erasmus: клинические факторы риска, используемые для предоперационной оценки риска ССЗ

Клинические характеристики	Индекс Lee	Модель Erasmus
ИБС (стенокардия и/или ИМ)	x	x
Риск хирургических вмешательств	Высокая степень риска	Высокая, средневысокая, средненизкая, низкая степень риска
Сердечная недостаточность	x	x
Инсульт/преходящее нарушение мозгового кровообращения	x	x
Сахарный диабет, инсулинозависимый	x	x
Нарушение функции почек/гемодиализ	x	x
Возраст		x

Оценка энергетических потребностей для различных видов деятельности

Функциональная способность

1 МЭТ

Способны ли Вы:

Заниматься
самообслуживанием?
Принимать пищу,
одеваться,
пользоваться туалетом?
Ходить в пределах
помещения?
Пройти 100 м по ровной
местности
со скоростью 3–5 км/ч?

4 МЭТ

4 МЭТ

Способны ли Вы:

Подняться на 2 лестничных
пролета или идти в гору?
Пробежать короткое
расстояние?
Выполнять тяжелую работу
по дому, например
мыть полы или передвигать
мебель?
Заниматься утомительными
видами спорта, такими
как плавание, теннис,
футбол, баскетбол,
катание на лыжах?

Более 10 МЭТ

Рекомендации по оценке степени риска хирургического вмешательства

Рекомендация	Класс рекомендаций	Уровень доказательств
Стрессорное воздействие на сердечно-сосудистую систему, оказываемое лапароскопическими вмешательствами, подобно воздействию «открытых» операций, поэтому необходим соответствующий дооперационный скрининг пациентов	I	A

Рекомендация	Класс рекомендаций	Уровень доказательств
Рекомендации использования индексов клинического риска для оценки степени послеоперационного риска	I	B
Рекомендации использования модели индекса Lee с 6 переменными для оценки степени периоперативного риска сердечно-сосудистых осложнений	I	A

Рекомендации по использованию биомаркеров

Рекомендация	Класс рекомендаций	Уровень доказательств
Для независимого прогнозирования сердечно-сосудистых осложнений в периоперационном и отдаленном периоде у пациентов с высокой степенью риска возможно использование уровней NT-проМП _н и МНП	IIa	B
Рутинное определение уровней биомаркеров с целью профилактики сердечно-сосудистых осложнений не показано	III	C

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ЭКГ

Рекомендация	Класс рекомендаций	Уровень доказательств
Дооперационная ЭКГ показана при наличии факторов риска пациентам, у которых запланировано проведение хирургических вмешательств средней и высокой степени риска	I	B
Возможно проведение пердооперационной ЭКГ при наличии факторов риска пациентам, у которых запланировано проведение хирургических вмешательств низкой степени риска	IIa	B
Возможно проведение предоперационной ЭКГ при отсутствии факторов риска пациентам, у которых запланировано проведение хирургических вмешательств средней степени риска	IIb	B
Предоперационная ЭКГ не показана при отсутствии факторов риска пациентам, у которым запланировано проведение хирургических вмешательств низкой степени риска	III	B

Рекомендации по проведению эхокардиографии в состоянии покоя

Рекомендация	Класс рекомендаций	Уровень доказательств
Возможно проведение эхокардиографии в состоянии покоя для оценки функции ЛЖ у пациентов, у которых запланировано проведение хирургических вмешательств высокой степени риска	IIa	C
Проведение эхокардиографии в состоянии покоя для оценки функции ЛЖ у бессимптомных пациентов не показано	III	B

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО СТРЕСС-ТЕСТИРОВАНИЮ В ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

Рекомендация	Класс рекомендаций	Уровень доказательств
Стресс-тестирование показано при наличии ≥ 3 клинических факторов риска пациентам, у которых запланировано проведение хирургических вмешательств высокой степени риска ^a	I	C
Возможно проведение стресс-тестирования при наличии ≤ 2 клинических факторов риска пациентам, которым запланировано проведение хирургических вмешательств высокой степени риска	IIb	B
Возможно проведение стресс-тестирования пациентам, у которых запланировано проведение хирургических вмешательств средней степени риска	IIb	C
Стресс-тестирование не показано пациентам, у которых запланировано проведение хирургических вмешательств низкой степени риска	III	C

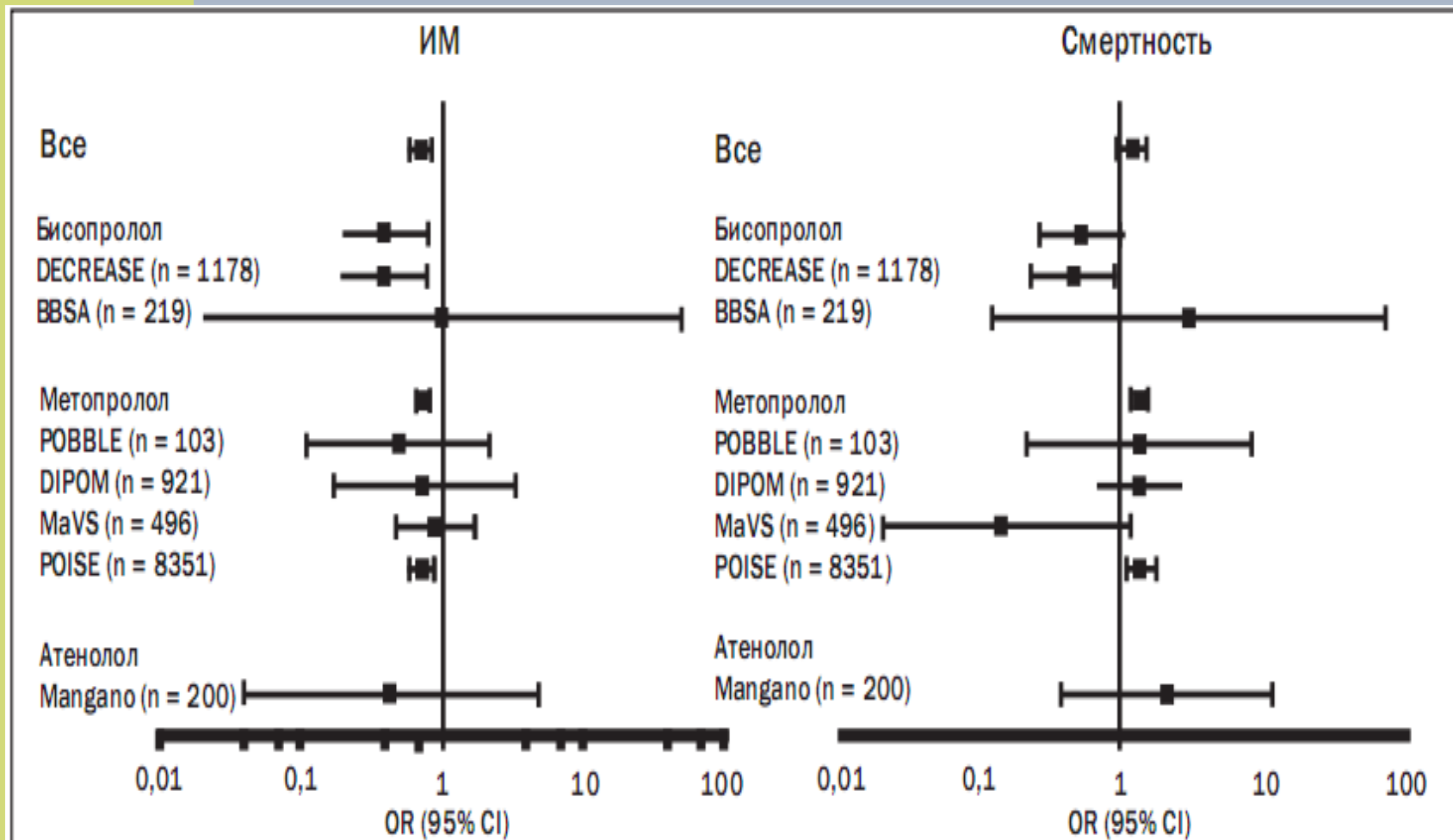
РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОВЕДЕНИЮ
ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ АНГИОГРАФИИ

Рекомендация	Класс рекомендаций	Уровень доказательств
Предоперационная ангиография венечных артерий рекомендована для пациентов с острым ИМСП ST	I	A
Предоперационная ангиография венечных артерий рекомендована для пациентов с ИМБП ST и нестабильной стенокардией	I	A
Предоперационная ангиография венечных артерий рекомендована для пациентов со стенокардией, неконтролируемой с помощью соответствующей консервативной терапии	I	A
Возможность проведения предоперационной ангиографии следует рассмотреть при наличии сердечно-сосудистых заболеваний со стабильным течением у пациентов, которым запланировано проведение хирургических вмешательств с высокой степенью риска	IIb	B
Возможность проведения предоперационной ангиографии следует рассмотреть при наличии сердечно-сосудистых заболеваний со стабильным течением у пациентов, у которых запланировано проведение хирургических вмешательств со средней степенью риска	IIb	C
Предоперационная ангиография венечных артерий не рекомендована для пациентов, у которых запланировано проведение хирургических вмешательств с низкой степенью риска	III	C

КОНТРОЛИРУЕМЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ВЛИЯНИЯ β-БЛОКАТОРОВ НА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННУЮ

Исследование	n	Ангиохирургические операции (%)	β-блокаторы				Подбор пациентов по степени риска сердечно-сосудистых осложнений	Смертность в течение 30 дней (%)		Частота ИМ без летального исхода в течение 30 дней (%)	
			Тип	Время начала приема (до операции)	Длительность приема (дней после операции)	Титрование дозы		На β-блокаторах	Контрольная группа	На β-блокаторах	Контрольная группа
Mangano et al. [76]	200	40	Атенолол	30 мин	7	Нет	ИБС или ≥ 2 факторов риска	5/99 (5,1 [*])	12/101 (11,9 [*])	–	–
DECREASE [9]	112	100	Бисопролол	7 дней	30	Да	Положительная ДСЭ	2/59 (3,4)	9/53 (17,0)	0/59 (0)	9/53 (17,0)
POBBLE [74]	103	100	Метопролол тартрат	< 24 ч	7	Нет	Нет	3/55 (5,4)	1/48 (2,1)	3/55 (5,5)	5/48 (10,4)
MaVS [77]	496	100	Метопролол сукцинат	2 ч	5	Нет	Нет	0/246 (0)	4/250 (1,6)	19/246 (7,7)	21/250 (8,4)
DIPOM [75]	921	7	Метопролол сукцинат	12 ч	8	Нет	Диабет	74/462 (16,0)	72/459 (15,7)	3/462 (0,6)	4/459 (0,9)
BBSA [78]	219	5	Бисопролол	> 3 ч	10	Да	ИБС или ≥ 2 факторов риска	1/110 (0,9)	0/109 (0)	0/110 (0)	0/109 (0)
POISE [10]	8351	41	Метопролол сукцинат	2–4 ч	30	Нет	ИБС, или атеросклероз, или операции на крупных сосудах, или ≥ 3 факторов риска	129/4174 (3,1)	97/4177 (2,3)	152/4174 (3,6)	215/4177 (5,1)

Влияние β -блокаторов на частоту возникновения ИМ и смертности в течении 30 дней наблюдения по данным 7 рандомизированных исследований



МЕТААНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ПРИМЕНЕНИЯ β -БЛОКАТОРОВ ПРИ ВНЕСЕРДЕЧНЫХ ОПЕРАЦИЯХ

	Смертность					Сердечно-сосудистая летальность				
	n	Процент умерших	OR (95% CI)	Значение P для гомогенности OR	Положительный эффект на 1000 случаев (квадратичное отклонение)	n	Процент умерших	OR (95% CI)	Значение P для гомогенности OR	Положительный эффект на 1000 случаев (квадратичное отклонение)
POISE										
На β -блокаторах	4174	129 (3,1)	1,34 (1,03–1,75)	0,027	-7,7 (3,6)	4174	75 (1,8)	1,30 (0,92–1,84)	0,086	-4,1 (2,7)
Контрольная группа	4177	97 (2,3)				4177	58 (1,4)			
Non-POISE										
На β -блокаторах	1896	36 (1,9)	0,74 (0,47–1,17)		6,4 (5,0)	1866	18 (1,0)	0,70 (0,37–1,31)		4,1 (3,7)
Контрольная группа	1615	41 (2,5)				1598	22 (1,4)			
Non-POISE, отмечались ОНМК										
На β -блокаторах	1536	31 (2,0)	1,01 (0,60–1,69)	0,017	-0,1 (5,2)	1536	16 (1,0)	1,08 (0,52–2,25)	0,021	-0,8 (3,7)
Контрольная группа	1346	27 (2,0)				1346	13 (1,0)			
Non-POISE, ОНМК не отмечались										
На β -блокаторах	360	5 (1,4)	0,26 (0,09–0,72)		38,2 (14,9)	330	2 (0,6)	0,16 (0,04–0,77)		29,7 (12,4)
Контрольная группа	269	14 (5,2)				252	9 (3,6)			

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРИМЕНЕНИЮ β-БЛОКАТОРОВ

Рекомендации	Класс рекомендаций	Уровень доказательств
β-блокаторы показаны пациентам при наличии ИБС или ишемии миокарда, выявленных при проведении предоперационных нагрузочных проб ^a	I	B
β-блокаторы показаны пациентам, у которых запланировано хирургическое вмешательство, сопряженное с высокой степенью риска ^a	I	B
Пациентам, которые ранее получали β-блокаторы по поводу ИБС, аритмий или гипертензии, показано продолжение их приема	I	C
Возможность применения β-блокаторов следует рассмотреть в отношении пациентов, у которых запланировано хирургическое вмешательство средней степени риска ^a	IIa	B
Возможность применения β-блокаторов следует рассмотреть в отношении пациентов, которые ранее получали β-блокаторы по поводу хронической сердечной недостаточности с систолической дисфункцией	IIa	C
Возможно применение β-блокаторов у пациентов, которым запланировано хирургическое вмешательство низкой степени риска, при наличии у них факторов риска ^a	IIb	B
Применение высоких доз β-блокаторов в периоперационном периоде без титрования дозы не рекомендовано	III	A
Не рекомендовано применение β-блокаторов у пациентов без факторов риска, у которых запланировано хирургическое вмешательство низкой степени риска	III	B

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРИМЕНЕНИЮ СТАТИНОВ

Рекомендации	Класс рекомендаций	Уровень доказательств
Пациентам, у которых запланировано хирургическое вмешательство, сопряженное с высокой степенью риска, рекомендовано начинать лечение статинами — с 30-го по 7-й день перед операцией	I	B
Рекомендовано продолжение приема статинов в периоперационном периоде	I	C

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРИМЕНЕНИЮ НИТРАТОВ

Рекомендации	Класс рекомендаций	Уровень доказательств
Возможно применение нитроглицерина в периоперационном периоде с целью предотвращения ишемических осложнений	IIb	B

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРИМЕНЕНИЮ ИНГИБИТОРОВ АПФ

Рекомендации	Класс рекомендаций	Уровень доказательств
Стабильным пациентам с систолической дисфункцией ЛЖ рекомендовано продолжение приема ИАПФ в случае внесердечных операций	I	C
ИАПФ рекомендованы пациентам с систолической дисфункцией ЛЖ при стабильном состоянии сердечно-сосудистой системы, у которых запланированы хирургические вмешательства высокой степени риска	I	C
Следует рассмотреть возможность назначения ИАПФ пациентам с систолической дисфункцией ЛЖ при стабильном состоянии сердечно-сосудистой системы, у которых запланированы хирургические вмешательства низкой и средней степени риска	IIa	C
Следует рассмотреть возможность временного прекращения приема ИАПФ перед внесердечными операциями у пациентов с гипертензией	IIa	C

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРИМЕНЕНИЮ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ

Рекомендации	Класс рекомендаций	Уровень доказательств
Пациентам со стенокардией Принцметала рекомендовано продолжение приема блокаторов кальциевых каналов в случае внесердечных операций	I	C
Возможно назначение блокаторов кальциевых каналов, снижающих ЧСС, в частности дилтиазема, перед внесердечными вмешательствами пациентам с противопоказаниями к назначению β -блокаторов	IIb	C
Рутинное применение блокаторов кальциевых каналов с целью снижения риска сердечно-сосудистых осложнений в периоперационном периоде не рекомендовано	III	C

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРИМЕНЕНИЮ ДИУРЕТИКОВ

Рекомендации	Класс рекомендаций	Уровень доказательств
Рекомендована коррекция электролитных нарушений до хирургического вмешательства	I	B
Пациентам с артериальной гипертензией в случае терапии низкими дозами диуретиков рекомендовано прекращение их приема в день операции и скорейшее возобновление их перорального приема	I	C
Пациентам с сердечной недостаточностью рекомендовано продолжение терапии диуретиками до дня операции, возобновление их внутривенного введения в периоперационном периоде и скорейшее возобновление их перорального приема	I	C

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРИМЕНЕНИЮ АСПИРИНА

Рекомендации	Класс рекомендаций	Уровень доказательств
Следует рассмотреть возможность продолжения терапии аспирином в периоперационном периоде у пациентов, которые ранее ее получали	IIa	B
Возможность прекращения терапии аспирином следует рассматривать только в случаях трудного интраоперационного гемостаза	IIa	B

«ПЕРЕНОСИМОСТЬ» ТЕРАПИИ АНТАГОНИСТАМИ ВИТАМИНА К- НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНЫМИ И НЕФРАКЦИОНИРОВАННЫМИ ГЕПАРИНАМИ У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ И НИЗКИМ РИСКОМ

Низкая степень риска тромбозмболических осложнений/низкая степень риска кровотечений:

— Продолжать антикоагулянтную терапию, поддерживая значения МНО в терапевтических пределах

Низкая степень риска тромбозмболических осложнений/высокая степень риска кровотечений:

— Прекратить антикоагулянтную терапию за 5 дней до вмешательства

— Начать профилактику НМГ 1 раз в сутки или НФГ в/в через 1 день после прекращения приема аценокумарола и через 2 дня после прекращения приема варфарина. Ввести последнюю дозу НМГ не менее чем за 12 ч до процедуры или последнюю дозу НФГ не менее чем за 4 ч

— Возобновить введение предоперационных доз НМГ или НФГ через 1–2 дня (не менее чем 12 ч) после операции — соответственно показателям гемостаза. Возобновить антикоагулянтную терапию через 1–2 дня после операции в предоперационных дозировках +50 % (доза насыщения) в течение 2 последовательных дней соответственно показателям гемостаза

— Продолжать прием НМГ или НФГ до возвращения значений МНО в пределы терапевтической нормы

Высокая степень риска тромбозмболических осложнений:

— Прекратить антикоагулянтную терапию за 5 дней до вмешательства

— Начать введение в терапевтических дозах НМГ 2 раза в сутки или НФГ в/в через 1 день после прекращения приема аценокумарола и через 2 дня после прекращения приема варфарина. Ввести последнюю дозу НМГ не менее чем за 12 ч до процедуры или последнюю дозу НФГ не менее чем за 4 ч

— Возобновить введение предоперационных доз НМГ или НФГ через 1–2 дня (не менее чем 12 ч) после операции в соответствии с показателями гемостаза

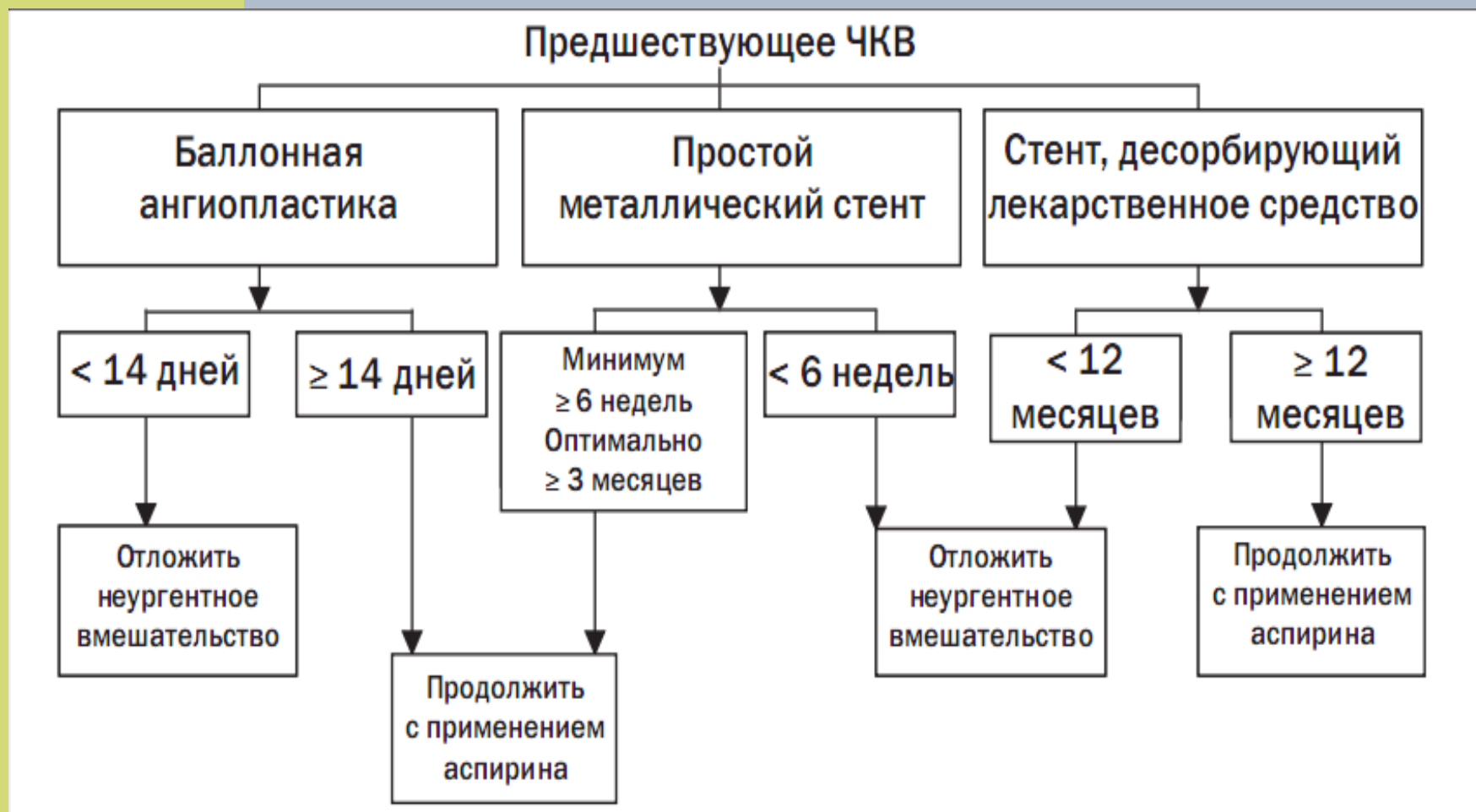
— Возобновить антикоагулянтную терапию через 1–2 дня после операции в предоперационных дозировках +50 % (доза насыщения) в течение 2 последовательных дней в соответствии с показателями гемостаза

— Продолжать НМГ или НФГ до возвращения значений МНО в пределы терапевтической нормы

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОТОКОЛОВ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ В СООПВЕТСТВИИ СО СТЕПЕНЬЮ РИСКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Вес, кг	Пациенты с высокой степенью риска тромбоэмболических осложнений		Пациенты с низкой степенью риска тромбоэмболических осложнений	
	Надропарин (2 р/сут, п/к) (МЕ)	Эноксапарин (2 р/сут, п/к) (МЕ)	Надропарин (1 р/сут, п/к) (МЕ)	Эноксапарин (1 р/сут, п/к) (МЕ)
< 50	2850	2000	2850	4000
50–69	3800	4000	3800	4000
70–89	5700	6000	5700	4000
90–110	7600	8000	5700	4000
> 110	9500	10000	5700	4000

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПЛАНИРОВАНИЮ НЕСЕРДЕЧНЫХ ОПЕРАЦИЙ У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ЧКВ



РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПЛАНИРОВАНИЮ ВНЕСЕРДЕЧНЫХ ОПЕРАЦИЙ ДЛЯ ПЕРЕНЕСШИХ РЕВАСКУЛЯРИЗИЮ ПАЦИЕНТОВ БЕЗ СИМПТОМОВ СО СТАБИЛЬНЫМ СОСТОЯНИЕМ ССС

Рекомендации	Класс рекомендаций	Уровень доказательств
Рекомендуется безотлагательно проводить внесердечные операции пациентам, перенесшим ПШВА в течение 5 предшествующих лет	I	C
Пациентам, перенесшим имплантацию простого металлического стента, внесердечные операции рекомендуется проводить не менее чем через 6 недель, а оптимально через 3 месяца после имплантации	I	B
Пациентам, перенесшим имплантацию металлического стента, десорбирующего лекарственное вещество, внесердечные операции рекомендуется проводить не менее чем через 12 месяцев после имплантации	I	B
У пациентов, перенесших баллонную ангиопластику, следует рассмотреть возможность откладывания внесердечных операций не менее чем на 2 недели от момента ангиопластики	IIa	B

ПШВА — протезное шунтирование венечных артерий.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ У СТАБИЛЬНЫХ, БЕЗСИМПТОМНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Рекомендации	Класс рекомендаций	Уровень доказательств
Возможность проведения поздней реваскуляризации после успешных внесердечных операций следует рассматривать на основе рекомендаций ESC по стабильной стенокардии	IIa	C
У пациентов с доказанной ИБС следует рассмотреть возможность профилактической реваскуляризации миокарда перед хирургическими вмешательствами, сопряженными с высокой степенью риска	IIb	B
Пациентам с доказанной ИБС перед хирургическими вмешательствами, сопряженными со средней степенью риска, профилактическая реваскуляризация миокарда не показана	III	B
Пациентам с доказанной ИБС перед хирургическими вмешательствами, сопряженными с низкой степенью риска, профилактическая реваскуляризация миокарда не показана	III	C

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВЫБОРУ ТИПА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕСТАБИЛЬНОЙ ИБС

Рекомендации	Класс рекомендаций	Уровень доказательств
В случае если внесердечная операция может быть отложена без риска для пациента, рекомендуются диагностика и лечение в соответствии с руководствами по ведению больных с нестабильной стенокардией	I	A
В маловероятной ситуации сочетания опасного для жизни состояния, требующего неотложной внесердечной операции, и ОКС, рекомендованный приоритет — операция	I	C
В дальнейшем рекомендуются агрессивное консервативное лечение и реваскуляризация миокарда в соответствии с руководствами по ведению больных с нестабильной стенокардией	I	B
Если показано ЧВБА, рекомендуется использование простого металлического стента или даже баллонной ангиопластики	I	C

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВЫБОРУ ТИПА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ ИБС

Рекомендации	Класс рекомендаций	Уровень доказательств
Рекомендуется проведение ПШВА и ЧВВА согласно соответствующим руководствам по ведению больных со стабильной стенокардией	I	A

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КЛАПАНОВ СЕРДЦА

Рекомендации	Класс рекомендаций	Уровень доказательств
При наличии острого заболевания клапанов сердца, перед внесердечной операцией рекомендовано проведение клинического и эхокардиографического обследования и, если необходимо, лечения	I	C

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РИТМА

Рекомендации	Класс рекомендаций	Уровень доказательств
Антиаритмические препараты рекомендованы пациентам со стойкими рецидивными ЖТ	I	B
Рекомендовано продолжение приема амиодарона и β -блокаторов перед хирургическим вмешательством	I	C
Тахикардию с широкими комплексами QRS в случае, если диагноз неясен, рекомендовано считать ЖТ	I	C
Пациентам со стойкой ЖТ с нарушениями гемодинамики показана скорейшая электрическая кардиоверсия	I	C
Следует рассмотреть возможность применения антиаритмических препаратов для начального лечения пациентов со стабильной стойкой мономорфной ЖТ	IIa	B
Пациентам с нестойкой ЖТ антиаритмические препараты не показаны	III	B
Пациентам с преждевременным сокращением желудочков антиаритмические препараты не рекомендованы	III	A

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ С НАДЖЕЛУДОЧКОВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РИТМА

Рекомендации	Класс рекомендаций	Уровень доказательств
Пациентам с ФП без нарушений гемодинамики показан контроль частоты сокращения желудочков	I	A
Рекомендовано продолжение приема пероральных антиаритмических препаратов перед хирургическим вмешательством	I	C
В случаях гемодинамических нарушений показана электрическая кардиоверсия	I	C
Для прекращения НЖТ у пациентов без нарушений гемодинамики показаны вагусные пробы и антиаритмическая терапия	I	C

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ИМПЛАНТИРУЕМЫМИ УСТРОЙСТВАМИ

Рекомендации	Класс рекомендаций	Уровень доказательств
Рекомендованы пред- и послеоперационное тестирование имплантируемых устройств	I	C
Рекомендовано назначение руководством госпиталя лиц, ответственных за пред- и послеоперационное программирование устройств	I	C

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО УЧЁТУ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК

Рекомендации	Класс рекомендаций	Уровень доказательств
Рекомендовано учитывать предоперационные показатели функции почек как независимый фактор риска сердечных осложнений как в периоперационном, так и в отдаленном периоде	I	B
Перед проведением процедур по медицинской визуализации сердца, которые сопряжены с инъекцией контрастных сред (например, ангиография венечных или периферических сосудов), пациентам с риском развития контраст-индуцированной нефропатии (КИН) показана гидратация изотоническим раствором хлорида натрия (в сочетании или без перорального приема N-ацетилцистеина) с целью профилактики КИН	I	B

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ИНСУЛЬТАМИ/ТИА

Рекомендации	Класс рекомендаций	Уровень доказательств
Если стеноз сонных артерий составляет > 70 %, рекомендовано дополнительное лечение, такое как антитромбоцитарная терапия и/или хирургическое вмешательство	I	A
Возможно проведение рутинного предоперационного скрининга на предмет выявления симптомного или бессимптомного стеноза сонных артерий	IIb	C

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ХОЗЛ

Рекомендации	Класс рекомендаций	Уровень доказательств
Пациентам с легочной гипертензией рекомендована оптимизация терапии до хирургического вмешательства	I	C
Пациентам с легочной гипертензией в случае прогрессирования правожелудочковой сердечной недостаточности рекомендованы оптимизация дозы диуретиков и при необходимости начало поддерживающей инотропной терапии добутамином	I	C
В случае развития острой правожелудочковой недостаточности, рефрактерной к поддерживающей терапии, возможно временное ингаляционное введение закиси азота или внутривенное введение эпопростенола под руководством специалиста с опытом лечения легочной гипертензии	IIb	C
Специфическое периоперационное ведение (с учетом риска сердечно-сосудистых осложнений) не показано больным с ХОЗЛ	III	C

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ЭКГ В 12 ОТВЕДЕНИЯХ

Рекомендации	Класс рекомендаций	Уровень доказательств
Мониторинг ЭКГ в 12 отведениях показан всем пациентам, которые являются объектом хирургических вмешательств	I	C
Следует рассмотреть возможность использования избранных отведений для лучшего выявления ишемии в операционной	IIa	B

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ИНТРА/ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ ЧЕРЕЗПИЩЕВОДНОЙ ЭХО КГ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ ИШЕМИИ

Рекомендации	Класс рекомендаций	Уровень доказательств
Следует рассмотреть возможность использования ЧПЭ в случаях, когда во время интра- или периоперационного ЭКГ-мониторинга были выявлены изменения сегмента ST	IIa	C
Возможно использование ЧПЭ при высоком риске развития ишемии миокарда у пациентов, в отношении которых запланированы «большие» некардиохирургические вмешательства	IIb	C

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ИНТРА/ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ ЧЕРЕЗПИЩЕВОДНОЙ ЭХО КГ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ ИШЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕСТАБИЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКОЙ

Рекомендации	Класс рекомендаций	Уровень доказательств
ЧПЭ рекомендована, когда острые стойкие нарушения гемодинамики развиваются во время хирургического вмешательства или в периоперационном периоде	I	C
Возможно проведение ЧПЭ-мониторинга у пациентов с повышенным риском значительных гемодинамических нарушений во время и после «больших» некардиохирургических вмешательств	IIb	C
Возможно проведение ЧПЭ-мониторинга в случаях выявления острого поражения клапанов сердца во время «больших» некардиохирургических вмешательств в сочетании со значительными расстройствами гемодинамики	IIb	C

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО КОНТРОЛЮ ГЛЮКОЗЫ КРОВИ

Рекомендации	Класс рекомендаций	Уровень доказательств
Послеоперационное предотвращение гипергликемии (целевой уровень как минимум ниже 10,0 ммоль/л (180 мг/дл)) при помощи интенсивной инсулинотерапии рекомендован у взрослых после массивных операций высокого риска или осложненных, если требуется госпитализация в ОИТ	I	B
Может рассматриваться интраоперационное предотвращение гипергликемии при помощи инсулина	IIb	C
Может рассматриваться послеоперационное предотвращение гипергликемии при помощи инсулина после неосложненной плановой операции	IIb	C

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО АНЕСТЕЗИИ

Рекомендации	Класс рекомендаций	Уровень доказательств
Необходимо решить, проводить ли грудную эпидуральную анестезию при операциях высокого риска у пациентов с кардиологической патологией	IIa	A
Использование нестероидных противовоспалительных средств и ингибиторов ЦОГ-2 для контроля послеоперационных болей не показано у пациентов с почечной и сердечной недостаточностью, инфарктом миокарда, у пожилых, а также у пациентов, принимающих диуретики или имеющих нестабильную гемодинамику	III	B

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РИСКА СС ОСЛОЖНЕНИЙ И ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Шаг	Срочность	Состояние сердечно-сосудистой системы	Тип оперативного вмешательства*	Функциональный резерв	Количество клинических факторов риска ^а	ЭхоКГ ЛЖ	ЭКГ	Стресс-тест ^с	β-блокаторы α	ИАПФ ^{д,е}	Аспирин ^д	Статины ^д	Реваскуляризация венечных артерий ^д
1	Ургентная операция					III C	IIa C	III C	IC	IC	IC	IC	III C
2	Плановая операция	Нестабильное				IC	IC	III C					IC
3	Плановая операция	Стабильное	Низкая степень риска (< 1 %)		Нет	III B	III B	III C	III B	IIa C	IIb C	IIa B	III C
					≥ 1	III B	IIa B	III C	IIb B (титрование) III A (без титрования)	IIa C	IIb C	IIa B	III C
4				Очень высокий или высокий		III B	IIa B	III C	IIb B (титрование) III A (без титрования)	IIa C	IIb C	IIa B	III C
									IIa B (титрование) III A (без титрования)				
5	Плановая операция		Средняя степень риска (1–5 %)	Умеренный или низкий	Нет	III B	IIb B	IIb C	IIa B (титрование) III A (без титрования)	IC	IIb C	IIa B	III B
					≥ 1	III B	IV	IIb C	IIa B (титрование) III A (без титрования)				
6	Плановая операция		Высокая степень риска (> 5 %)	Умеренный или низкий	≤ 2	IIa C	IV	IIb B	IV (титрование) III A (без титрования)	IC	IIb C	IV	IIb B
					≥ 3	IIa C	IV	IC	IV (титрование) III A (без титрования)				

ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЦА ДЕСТАБИЛИЗИРУЮЩИЕ ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ

Нестабильная стенокардия
Острая сердечная недостаточность
Выраженные аритмии сердца
Симптомные заболевания клапанов сердца
Недавно перенесенный ИМ ^а и остаточная ишемия миокарда

Стенокардия
Перенесенный ИМ ^а
Сердечная недостаточность
Острое/преходящее нарушение мозгового кровообращения
Нарушение функции почек (креатинин сыворотки > 170 μ моль/л или 2 мг/дл, или клиренс креатинина < 60 мл/мин)
Инсулинозависимый сахарный диабет

**Клинические
факторы
риска**



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

БЛОГИ СОТРУДНИКОВ КАФЕДРЫ

→ Блог Боброва Володимира Олексійовича



Володимир Олексійович Бобров, член-кореспондент АМН України, член-кореспондент НАН України, академік Академії Вищої школи, доктор медичних наук, професор, Заслужений діяч науки і техніки України, лауреат премії ім. М.Д. Стражеска, Міністр охорони здоров'я України (1994 р.-1995 р.), завідувач кафедри кардіології і функціональної діагностики Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика.

→ Блог Марини Николаевны Долженко



Марина Николаевна Долженко, Заслуженный лікар України, доктор медицинских наук, профессор Национальной медицинской академии после́дипломной освіти ім. П.Л. Шупика, Віце-президент Всеукраїнської громадської організації «Асоціація фахівців з ехокардіографії», член Європейського товариства кардіологів і Європейської академії природничих наук.

→ Блог Бобрової Олени Володимирівни Боброва Олена Володимирівна

→ Блог Давидової Ірини Володимирівни



Давидова Ірина Володимирівна к.мед.н., доцент кафедри кардіології та функціональної діагностики Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика.

Блог Зайцевої Віри Іванівни



Віра Іванівна Зайцева к.мед.н., доцент кафедри кардіології та функціональної діагностики Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика.

Блог Клименко Ліліани Вікторівни



Ліліана Вікторівна Клименко, кандидат медичних наук, асистент кафедри кардіології й функціональної діагностики НМАПО ім.П.Л.Шупика.

Блог Конопляник Лариси Іванівни



Конопляник Лариса Іванівна, кардіолог 1 категорії, кінцевий опинатор.

ПРОФІЛАКТИКА

→ Практические стратегии для вторичной профилактики ИМ.
→ Безпека застосування статинів
→ Цільовий рівень артеріального тиску. Як його досягти?

ДІАГНОСТИКА

→ Универсальное определение инфаркта миокарда
→ Издана монография "Эхокардиография у больных сердечной недостаточностью"
→ Сучасні уяви про діагностику й тактика при пролапсі мітрального клапану - норма або патологія?

ДИСЛІПІДЕМІЯ

→ Атеросклероз и метаболіческие факторы риска
→ Ішемічна хвороба серця на тлі цукрового діабету 2 типу: своєрідність перебігу та обґрунтування терапії
→ Ефективність застосування ентросорбції у хворих з метаболічним синдромом і неалкогольним стеатогепатитом

ІХС

→ Протокол для исключения сердечно-сосудистой патологии при боли в груди 2011
→ Новые рекомендации Европейской Ассоциации Кардиологов (ESC-European Society of Cardiology) по острому коронарному синдрому без подъёма сегмента ST: КТ-ангиография, высокочувствительный тропонин, клопидогрель и тикагрелор
→ Спазм коронарных артерий

ГІПЕРТОНІЯ

→ Место диуретиков в лечении артериальной гипертензии: пора расставить приоритеты.
→ В каких ситуациях при лечении АГ дигидропиридиновые антагонисты кальция имеют преимущества
→ До какого уровня следует снижать АД или роль J-кривой в прогнозе кардиоваскулярных событий?

АРИТМІЯ

→ Представляем Вашему вниманию клинический случай (задача) № 1
→ Діагностика та лікування фібриляції передсердь. Рекомендації робочої групи по порушенням серцевого ритму Асоціації кардіологів України. 2010р.
→ Раптова серцева смерть. Основи реанімації. Юридичні аспекти.

КАРДІОХІРУРГІЯ

→ Элютинг-стенты нового поколения. Евролимус-стенты. Конгресс Европейского общества кардиологов (ESC) 2011
→ PRODIGY поднимает вопрос о продолжительности приема клопидогреля. Конгресс Европейского общества

СЕРЦЕВА НЕДОСТАТНІСТЬ

→ Хроническая сердечная недостаточность №2
→ Хроническая сердечная недостаточность №1
→ Клинический разбор больного с ХСН