

Медицинский институт
ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов»
РЕКОМЕНДУЕТ



ТАКТИКА ВРАЧА- КАРДИОЛОГА

ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО

Под редакцией
члена-корреспондента РАН
Ж.Д. Кобалава



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

Участники издания.....	6
Предисловие.....	8
Список сокращений и условных обозначений.....	9
Клинические рекомендации и доказательная медицина.....	11
Глава 1. Тактика врача-кардиолога при оказании медицинской помощи по поводу заболевания.....	13
1.1. Первичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний. Дислипидемии.....	13
1.2. Артериальная гипертензия.....	24
1.3. Стабильная ишемическая болезнь сердца.....	46
1.4. Наджелудочковые тахикардии.....	64
1.5. Фибрилляция предсердий.....	78
1.6. Желудочковые тахикардии и профилактика внезапной сердечной смерти.....	91
1.6.1. Внезапная сердечная смерть.....	91
1.6.2. Желудочковые тахикардии.....	95
1.7. Брадиаритмии и атриовентрикулярные блокады.....	102
1.7.1. Общие положения и определения.....	102
1.7.2. Дисфункция синусового узла.....	102
1.7.3. Нарушения атриовентрикулярной проводимости.....	107
1.8. Клапанные пороки сердца.....	116
1.9. Инфекционный эндокардит.....	128
1.10. Врожденные пороки сердца у взрослых.....	140
1.11. Дилатационная кардиомиопатия.....	158
1.12. Гипертрофическая кардиомиопатия.....	172
1.13. Миокардит.....	184
1.14. Рестриктивная кардиомиопатия.....	194
1.15. Болезни перикарда.....	207
1.16. Сердечная недостаточность.....	221
1.17. Легочная гипертензия.....	236
1.18. Заболевания (атеросклероз) периферических артерий.....	250
1.19. Синкопальные состояния.....	270
1.20. Сердечно-сосудистые заболевания при беременности.....	278
1.20.1. Артериальная гипертензия.....	278
1.20.2. Врожденные пороки сердца и легочная гипертензия.....	283
1.20.3. Нарушения ритма сердца.....	284
1.20.4. Приобретенные пороки клапанов.....	284
1.21. Спортивная кардиология.....	286
Глава 2. Тактика врача-кардиолога при оказании медицинской помощи при неотложных состояниях.....	287
2.1. Острый коронарный синдром.....	287
2.2. Тромбоэмболия легочной артерии.....	303
Список литературы.....	312
Краткий справочник лекарственных средств.....	312

1.5. ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ

Фибрилляция предсердий (ФБ) — наджелудочковая тахиаритмия, характеризующаяся некоординированной активацией предсердий (>350 в минуту) с последующим ухудшением их механической функции.

КОДЫ ПО МКБ-10

I48.0 Пароксизмальная фибрилляция предсердий.

I48.1 Персистирующая фибрилляция предсердий.

I48.2 Хроническая фибрилляция предсердий.

Выделяют первичную ФП, не связанную с обратимой причиной, и вторичную, возникающую во время острого ИМ, операций на сердце, при перикардите, миокардите, гипертиреозе, ТЭЛА, пневмонии или другом остром заболевании легких, после приема алкоголя.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПО ТИПАМ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ, НЕ СВЯЗАННОЙ С ОБРАТИМОЙ ПРИЧИНОЙ

Тип	Определение
Впервые диагностированная	ФП, которая не была диагностирована ранее, независимо от продолжительности аритмии или тяжести связанных с ней симптомов
Пароксизмальная	Самостоятельно купирующаяся, в большинстве случаев в течение 48 ч. Некоторые пароксизмы ФП могут продолжаться до 7 сут*. Эпизоды ФП, купированные кардиоверсией в течение 7 дней, следует относить к пароксизмальной форме ФП
Персистирующая	ФП, которая длится более 7 дней, включая эпизоды, купированные кардиоверсией или медикаментозно спустя 7 сут и более
Длительно персистирующая	Длительный эпизод ФП более 1 года, но сохраняется возможность восстановления синусового ритма
Постоянная	Длительно существующая ФП, при которой кардиоверсия была неэффективна или не проводилась, например, по причине принятия решения (совместного — врача и пациента) о нецелесообразности восстановления синусового ритма**

Примечания. * Часто трудно дифференцировать пароксизмальную и персистирующую формы ФП. При одновременном сочетании пароксизмальной и персистирующей форм для классификации следует использовать преобладающий тип аритмии.

** Если возобновляются попытки удержания синусового ритма, аритмия должна быть заново классифицирована как длительно персистирующая.

Если у пациента было два приступа или более, ФП считают рецидивирующей (*recurrent*).

Выделяют бессимптомный (*silent*) вариант — ФП без клинических проявлений, выявляемую случайно при снятии ЭКГ, либо манифестирующую осложнениями (такими как инсульт, индуцированная тахикардией КМП).

В зависимости от выраженности клинических проявлений выделено четыре класса симптомов ФП.

Функциональная классификация фибрилляции предсердий по Европейской ассоциации сердечного ритма

Класс по Европейской ассоциации сердечного ритма	Симптомы	Описание
I	Отсутствуют	ФП не вызывает симптомов
IIa	Слабые	Нормальная повседневная активность не нарушена на фоне симптомов, связанных с ФП
IIb	Умеренные	Ощущения, связанные с ФП, беспокоят пациента, но нормальная повседневная деятельность не нарушается
III	Тяжелые	Нормальная повседневная активность нарушается из-за симптомов, вызванных ФП
IV	Инвалидизирующие	Нормальная повседневная активность невозможна

ПРИМЕРЫ ДИАГНОЗОВ

- Пароксизмальная форма ФП. Класс по Европейской ассоциации сердечного ритма IIa.
- Постоянная форма ФП. Класс по Европейской ассоциации сердечного ритма III.

МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ



ДИАГНОСТИКА

1. Стандартные методы исследования	
1.1. Клиническая картина	Клинические проявления ФП варьируют в широком диапазоне — от бессимптомного течения до выраженного влияния на качество и прогноз жизни пациентов. Особенности клинических проявлений зависят от ЧСС, характера заболевания сердца, длительности аритмии и особенностей индивидуального восприятия. Во время аритмии возможны сердцебиение, слабость, головокружение, дискомфорт в грудной клетке, предобморочные состояния и намного реже — потеря сознания. Тахикардия с высокой ЧСС, продолжающаяся недели и месяцы, может стать причиной развития КМП. Обморок — редкое, но серьезное осложнение, обычно связанное с дисфункцией синусового узла (ДСУ), препятствием кровотоку (аортальный стеноз или обструктивная форма ГКМП), дополнительным АВ-путем проведения импульса
1.2. ЭКГ	Играет решающую роль в диагностике ФП. ЭКГ-критерии — как правило, неправильный ритм желудочков, отсутствие зубцов P, частые волны ФП f

1.3. Лабораторное исследование	Клинический анализ крови, биохимический профиль, включая показатели функций почек, воспаления, повреждения миокарда, электролиты, гормоны щитовидной железы, могут дополнить информацию об этиологии аритмии
1.4. Трансторакальная ЭхоКГ	Имеет значение для уточнения этиологии аритмии, выраженности структурно-функционального ремоделирования миокарда, для выбора тактики лечения. Метод позволяет выявить органическую патологию (например, клапанные пороки), оценить размеры и функцию ЛЖ (систолическую и диастолическую), состояние предсердий и функцию правых камер сердца
2. Дополнительные методы исследования	
2.1. Методы продленного мониторингирования ЭКГ	Методы длительного наблюдения и регистрации ЭКГ (холтеровское мониторирование, мобильные записывающие устройства, имплантируемые мониторы) должны использоваться для скрининга бессимптомной ФП у пациентов, перенесших транзиторную ишемическую атаку или ишемический инсульт. Амбулаторный мониторинг ЭКГ позволяет оценить ЧСС, корреляцию симптомов и рецидивов аритмии во времени
2.2. Тесты с физической нагрузкой	Полезны при наличии симптомов и для объективизации признаков ишемии миокарда
2.3. Чреспищеводная ЭхоКГ	Используется для подробной оценки состояния клапанов сердца, исключения внутрисердечных тромбов, особенно в ушке левого предсердия (ЛП), а также в целях принятия решения о возможности ранней кардиоверсии или катетерной абляции



ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ



Показания к направлению больного в стационар:

- нестабильная гемодинамика;
- неконтролируемая ЧСС;
- необходимость в кардиоверсии, катетерной абляции, установке окклюдера в ушко ЛП или в хирургическом лечении;
- симптоматическая брадикардия, сохраняющаяся на фоне снижения дозы или полной отмены урежающих пульс препаратов;
- нестабильная стенокардия или снижение систолической функции ЛЖ;
- транзиторная ишемическая атака или инсульт.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение ФП направлено на улучшение прогноза пациентов, главным образом за счет профилактики тромбоэмболических осложнений с помощью антикоагулянтной терапии и коррекции сопутствующей сердечно-сосудистой патологии, и, кроме того, на уменьшение симптоматики посредством контроля ритма и ЧСС.

Ведение пациентов в зависимости от целей лечения фибрилляции предсердий

Категория	Вмешательство	Аспекты наблюдения	Ориентиры эффективности
Влияние на прогноз	Лечение сопутствующих заболеваний	Ожирение. АГ. ХСН. ИБС. Диабет. Клапанные пороки сердца	Снижение массы тела. Контроль за уровнем АД. Лечение ХСН и снижение числа госпитализаций. Прием статинов и антитромбоцитарных препаратов, реваскуляризация. Контроль гликемии. Пластика или протезирование клапанов
Влияние на прогноз	Применение антикоагулянтов	Показания (оценка рисков инсульта и кровотечений). Приверженность лечению [новые оральные антикоагулянты (НОАК) или антагонисты витамина К (АВК)] и уровень международного нормализованного отношения (МНО) (при приеме АВК). Дозирование НОАК (сопутствующие медикаменты, возраст, масса тела, функции почек)	Частота инсультов. Кровотечения. Смертность
Преимущественное влияние на симптомы, частично на прогноз	Контроль ЧСС	Симптомы. Средняя ЧСС в покое <110 в минуту	Модифицированная шкала Европейской ассоциации сердечного ритма. Степень компенсации ХСН.
Влияние на симптомы	Контроль ритма	Симптомы и побочные эффекты. Профилактика проаритмогенного действия (<i>P-R, QRS, Q-Tc</i>)	Функция ЛЖ. Толерантность к нагрузке. Частота госпитализаций. Осложнения терапии
Соблюдение режима терапии и приверженность лечению	Обучение пациентов и навыки самоконтроля	Информирование (о заболевании, методах и целях лечения). Обучение навыкам (действия в определенных ситуациях)	Приверженность лечению. Непосредственная оценка, основанная на систематических опросах и анкетировании
Длительный уход и ведение пациентов	Вовлечение родственников пациента	Кто наблюдает (супруги, родственники, врачи общей практики, медицинские сестры и специалисты по уходу на дому). Четкое разъяснение обязанностей. Знания и навыки	Непосредственная оценка выполнения заданий пациентами (к примеру, посредством заполнения карты пациента). Распределение и контроль за выданными препаратами. Отчет по визитам наблюдения

Профилактика инсульта у пациентов с ФП. Назначение антикоагулянтной терапии при ФП почти всегда имеет выраженное клиническое преимущество, за исключением пациентов с очень низким риском инсульта, поэтому их следует использовать в большинстве случаев вне зависимости от формы ФП.

Для оценки риска инсульта у пациентов с неклапанной ФП (без механических протезов клапанов или митрального стеноза средней/тяжелой степени) рекомендуется использование шкалы CHA₂DS₂-VASc.

- Антикоагулянтная терапия рекомендуется:
 - мужчинам с 2 баллами и женщинам с 3 баллами по шкале CHA₂DS₂-VASc (IA);

- мужчинам с 1 баллом и женщинам с 2 баллами по шкале CHA₂DS₂-VASc, имеющим один ФР инсульта с учетом индивидуальных особенностей и предпочтений пациента (IIaB).
- Женский пол не увеличивает риск инсульта при отсутствии других ФР инсульта.

Профилактика инсульта при фибрилляции предсердий



Примечания. ^a См. следующую таблицу. ^b Включает женщин без других факторов риска инсульта.

^c IIaB для женщин только с одним дополнительным фактором риска инсульта. ^d IV для пациентов с механическими клапанами сердца или митральным стенозом. УЛП — ушко левого предсердия

Факторы риска развития инсульта и системных тромбозов у больных с неклапанной фибрилляцией предсердий* по шкале CHA₂DS₂-VASc

ФР	Баллы
(C) Застойная СН Признаки/симптомы СН или объективные доказательства средне-тяжелого снижения ФВ ЛЖ или ГКМП	1
(H) АГ АД в состоянии покоя >140/90 мм рт.ст., по крайней мере при двукратном измерении или прием гипотензивных препаратов	1
(A) Возраст 75 лет или старше	2
(D) СД Гликемия натощак >125 мг/дл (7 ммоль/л) или лечение сахароснижающими препаратами	1

ФР	Баллы
(S) Перенесенный инсульт, транзиторная ишемическая атака или тромбоз эмболия	2
(V) Сосудистые заболевания Перенесенный ИМ, ЗПА или атеросклеротическая бляшка в аорте, или ангиографически подтвержденная значимая коронарная болезнь сердца	1
(A) Возраст 65–74 года	1
(S) Пол (женский)	1

Примечания. * Неклапанная ФП — без механических протезов клапанов или митрального стеноза средней/тяжелой степени. ГКМП — гипертрофическая кардиомиопатия.

Для оценки риска кровотечений используется шкала HAS-BLED.

Шкала риска кровотечений при антитромбоцитарной терапии пациентов с фибрилляцией предсердий (HAS-BLED)

ФР	Баллы
(H) Неконтролируемая артериальная гипертензия (САД ≥ 160 мм рт.ст.)	1
(A) Нарушение функции почек или печени (диализ, трансплантация, креатинин сыворотки >200 мкмоль/л, цирроз печени, билирубин >2 ВГН, АСТ/АЛТ/ЩФ >3 ВГН)	1–2
(S) Инсульт	1
(B) Кровотечение в анамнезе или предрасположенность (анемия или выраженная тромбоцитопения)	1
(L) Нестабильные значения МНО (время нахождения в терапевтическом диапазоне $<60\%$)	1
(E) Пожилой возраст (>65 лет)	1
(D) Применение ЛС (антиагрегтанты, НПВС) и употребление алкоголя	1–2
Максимальный балл	9

При наличии у больного 3 баллов и более риск кровотечений считается высоким, что не является противопоказанием к назначению антикоагулянтов, но требует особой осторожности при их применении. И здесь, прежде всего, необходимы тщательный мониторинг МНО (при назначении варфарина), состояния функций почек, печени, уровня гемоглобина, тромбоцитов, а также модификация таких ФР кровотечения, как неконтролируемая АГ, прием антиагрегантов, нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) и алкоголя.

Оральные антикоагулянты

Варфарин — АВК — дозируется по уровню МНО, целевой диапазон которого в большинстве случаев — 2,0–3,0, при механических протезах клапанов может быть выше.

Оральные антикоагулянты, не являющиеся АВК (НОАК): дабигатрана этексилат, ривароксабан, эдоксабан[®], апиксабан — имеют более предсказуемые фармакокинетику и фармакодинамику, не требуют контроля МНО, доза может зависеть от функций почек, возраста или массы тела пациента.

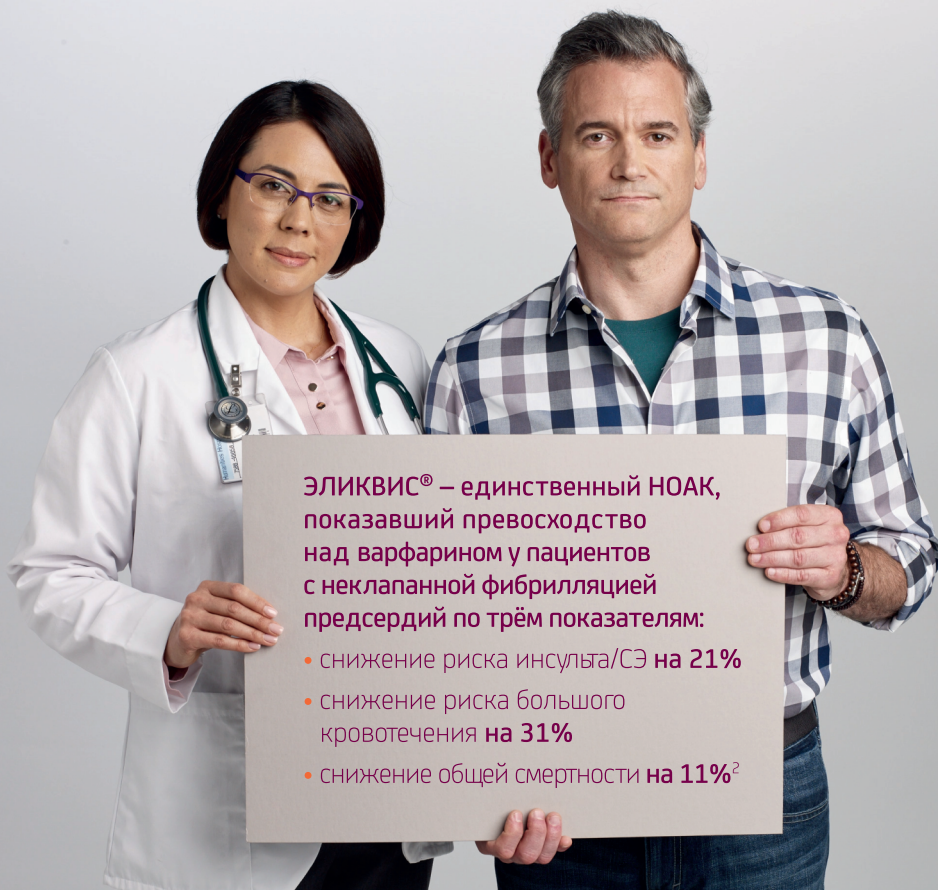
Препарат	Режим дозирования	Показания для снижения дозы
Варфарин 	Подбор дозы под контролем МНО (целевой уровень 2,0–3,0)	
Дабигатрана этексилат 	150 мг 2 раза в сутки или 110 мг 2 раза в сутки	110 мг 2 раза в сутки в следующих ситуациях: – возраст ≥ 80 лет; – одновременный прием верапамила; – высокий риск кровотечений
Ривароксабан 	20 мг 1 раз в сутки	15 мг 1 раз в сутки при КлКр 15–49 мл/мин
Апиксабан 	5 мг 2 раза в сутки	2,5 мг 2 раза в сутки при выполнении ≥ 2 из нижеперечисленных условий: – возраст ≥ 80 лет; – масса тела ≤ 60 кг; – креатинин сыворотки ≥ 133 мкмоль/л
Эдоксабан [®]	60 мг 1 раз в сутки	30 мг 1 раз в сутки при выполнении ≥ 1 из нижеперечисленных условий: – КлКр 15–50 мл/мин; – масса тела ≤ 60 кг; – одновременный прием дронедарона, циклоспорина, эритромицина или кетоконазола

Основные положения при назначении оральных антикоагулянтов

- НОАК рекомендуются как препараты первой линии для профилактики инсульта у соответствующих пациентов (IA);
- пациентам с умеренным/тяжелым митральным стенозом, механическими клапанами сердца следует назначать АВК (IB);
- НОАК (апиксабан, дабигатрана этексилат, эдоксабан[®] и ривароксабан) не рекомендуются для использования у пациентов с механическими клапанами сердца (IIb) или со средним и тяжелым митральным стенозом (IIc), но их назначение может быть рассмотрено при состояниях, связанных с другими пороками;
- у пациентов с ФП с баллами по шкале CHA₂DS₂-VASc ≥ 2 у мужчин или ≥ 3 у женщин и клиренсом креатинина < 15 мл/мин или у тех, кто находится на диализе, можно рассмотреть применение варфарина;
- при наличии противопоказаний к оральным антикоагулянтам можно рассмотреть в качестве метода профилактики инсульта окклюзию ушка ЛП (IIb);
- Аспирин[®] и другие антитромбоцитарные препараты не играют никакой роли в профилактике инсульта (IIIA).

Эликвис®
апиксабан

ПРОСТОЙ ПЕРОРАЛЬНЫЙ РЕЖИМ ПРИМЕНЕНИЯ ПРИ ВСЕХ ПОКАЗАНИЯХ¹



**ЭЛИКВИС® – единственный НОАК,
показавший превосходство
над варфарином у пациентов
с неклапанной фибрилляцией
предсердий по трём показателям:**

- снижение риска инсульта/СЭ на **21%**
- снижение риска большого кровотечения на **31%**
- снижение общей смертности на **11%**²

Краткая инструкция по медицинскому применению препарата ЭЛИКВИС®

Торговое название: Эликвис®, МНН: апиксабан. Лекарственная форма: таблетки, покрытые пленочной оболочкой. Состав: одна таблетка содержит 2,5 мг и 5 мг апиксабана. Показания к применению: – профилактика венозной тромбоэмболии у пациентов после планового эндопротезирования тазобедренного или коленного сустава; – профилактика инсульта и системной тромбоэмболии у взрослых пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий, имеющих один или несколько факторов риска (таких, как инсульт или транзиторная ишемическая атака в анамнезе, возраст 75 лет и старше, артериальная гипертензия, сахарный диабет, сопровождающаяся симптомами хронической сердечной недостаточности (функциональный класс II и выше по классификации NYHA). Исключение составляют пациенты с тяжелым и умеренно выраженным митральным стенозом или искусственными клапанами сердца; – лечение тромбоза глубоких вен (ТГВ), тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА), а также профилактика рецидивов ТГВ и ТЭЛА. Противопоказания: Повышенная чувствительность к апиксабану или любому другому компоненту препарата. Активное клинически значимое кровотечение. Заболевания печени, сопровождающиеся нарушениями в системе свертывания крови и клинически значимым риском развития кровотечений. Заболевания или состояния, характеризующиеся значимым риском большого кровотечения: существующее в настоящее время или недавнее обострение язвенной болезни желудочно-кишечного тракта; наличие злокачественного новообразования с высоким риском кровотечения; недавнее повреждение головного или спинного мозга; недавно перенесенное оперативное вмешательство на головном или спинном мозге, а также на органе зрения; недавно перенесенный геморагический инсульт; установленное или подозреваемое варикозное расширение вен пищевода; артериовенозная мальформация; аневризма сосудов или выраженные внутриспинальные или внутримозговые изменения сосудов. Нарушение функции почек с клиренсом креатинина менее 15 мл/мин, а также применение у пациентов, находящихся на диализе. Возраст до 18 лет (данные о применении препарата отсутствуют). Беременность (данные о применении препарата отсутствуют). Период грудного вскармливания (данные о применении препарата отсутствуют). Одновременное применение с любыми другими антикоагулянтными препаратами, включая нефракционированный гепарин (НФГ), низкомолекулярные гепарины (НМГ) онксепарин, далтепарин и др.), производные гепарина (фондапаринукс и др.), пероральные антикоагулянты (варфарин, ривароксабан, дабигатран и др.), за исключением тех ситуаций, когда пациент переводится на терапию или с терапии апиксабаном или если нефракционированный гепарин назначается в дозах, необходимых для поддержания проходимости центрального венозного или артериального катетера. Врожденный дефицит лактазы, непереносимость лактозы, глюкозо-галактозная мальабсорбция. Побочное действие: Частыми нежелательными реакциями были кровотечения (носовое, желудочно-кишечное, ректальное, кровотечение из десен, гематурия, кровоизлияния в ткани глазного яблока), кровоизлияние, гематома, анемия, закрытая травма, тошнота. Перечень всех побочных эффектов представлен в полной версии инструкции по медицинскому применению. Способ применения и дозы: Препарат Эликвис® принимают внутрь, независимо от приема пищи. Для пациентов, которые не могут проглотить таблетку целиком, ее можно измельчить и развести в воде или 5% водном растворе декстрозы, яблочном соке или породе и незамедлительно принять внутрь. В качестве альтернативы, таблетку можно измельчить и развести в воде или 5% водном растворе декстрозы и незамедлительно ввести полученную суспензию через назогастральный зонд. Лекарственное вещество в измельченных таблетках сохраняет стабильность в воде, водной декстрозе, яблочном соке или породе до 4 часов. У пациентов с фибрилляцией предсердий: по 5 мг два раза в сутки. У пациентов с фибрилляцией предсердий дозу препарата снижают до 2,5 мг два раза в сутки при наличии сочетания двух или более из следующих характеристик: – возраст 80 лет и старше, масса тела 60 кг и менее или концентрация креатинина в плазме крови $\geq 1,5$ мг/дл (133 мкмоль/л). У пациентов с нарушением функции почек тяжелой степени (с клиренсом креатинина 15–29 мл/мин) и фибрилляцией предсердий следует применять дозу апиксабана – 2,5 мг два раза в сутки. Не принимаями ранее антикоагулянты пациентам с фибрилляцией предсердий, которым требуется проведение кардиоверсии, для достижения антикоагуляции возможно назначение по крайней мере 5 доз препарата по 5 мг 2 раза в сутки (2,5 мг в сутки, если пациент подходит под критерии снижения дозы) перед проведением процедуры. Если проведение кардиоверсии требуется до назначения 5 доз препарата Эликвис®, возможно применение нагрузочной дозы апиксабана 10 мг по крайней мере за 2 часа до проведения процедуры с последующим приемом 5 мг 2 раза в сутки (2,5 мг в сутки, если пациент подходит под критерии снижения дозы). У пациентов после планового эндопротезирования тазобедренного или коленного сустава: 2,5 мг 2 раза в сутки (первый прием через 12–24 ч после оперативного вмешательства). У пациентов, перенесших эндопротезирование тазобедренного сустава, рекомендуемая длительность терапии составляет от 32 до 38 дней, коленного сустава – от 10 до 14 дней. Лечение тромбоза глубоких вен, тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА): По 10 мг два раза в сутки в течение 7 дней, затем 5 мг 2 раза в сутки. Продолжительность лечения определяется индивидуально с учетом соотношения ожидаемой пользы и риска возникновения клинически значимых кровотечений. Профилактика рецидивов тромбоза глубоких вен, тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА): По 2,5 мг два раза в сутки после как минимум 6 месяцев лечения тромбоза глубоких вен или ТЭЛА. Отпускается по рецепту врача. Срок годности: 3 года. Регистрационное удостоверение: ЛП-002007, ЛП-001475. Подробная информация содержится в Инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата, перед применением необходимо ознакомиться с полным текстом Инструкции.

1. Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения ЭЛИКВИС®.
2. Granger C.B. et al. N Engl J Med. 2011; 365: 981–992.

PP-ELU-RUS-0774 19.11.2019



ООО «Пфайзер Инновации». Россия, 123112, Москва,
Пресненская наб., д. 10, БЦ «Абсолют на Набережной»
(Блок С). Тел.: +7 (495) 287 50 00. Факс: +7 (495) 287
53 00. www.pfizer.ru



Служба Медицинской Информации:
MedInfo.Russia@Pfizer.com
Доступ к информации о рецептурных препаратах
Pfizer на интернет-сайте www.pfizermedinfo.ru

ИНТЕРНЕТ-МАГАЗИН



www.medknigaservis.ru
8-800-555-999-2

Введите название книги, автора, ISBN

🔍 Найти книгу

🛒 Корзина

Каталог

- ▶ Врачам и фармацевтам
- ▶ Студентам вузов
- ▶ Студентам колледжей
- ▶ Книги для среднего медицинского персонала
- ▶ Книги для косметологов
- ▶ Книги для массажистов
- ▶ Книги по ветеринарии
- ▶ Гомеопатам
- ▶ Переводная литература
- ▶ Книги на иностранном языке
- ▶ Книги для поступающих в вузы
- ▶ Журналы
- ▶ Национальные руководства
- ▶ СанПиНы
- ▶ Серийные издания
- ▶ Плакаты анатомические
- ▶ Анатомические модели
- ▶ Медицинские инструменты
- ▶ Одежда и обувь
- ▶ Распродажа
- ▶ Подарки для медиков
- ▶ Книги для пациентов
- ▶ Новинки

Новинки



Essential Biochemistry
for Medical Students with
Problem-Solving...

В КОРЗИНУ



Тактика врача-уролога.
Практическое
руководство

В КОРЗИНУ



Патофизиология.
Учебник в 2-х томах.
Том 1

В КОРЗИНУ



Здоровый человек
и его окружение.
Учебник

В КОРЗИНУ



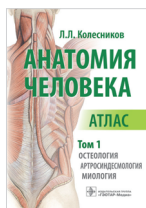
Основы
психофармакологии.
Теория и практика

В КОРЗИНУ



МРТ. Позвоночник
и спинной мозг.
Руководство...

В КОРЗИНУ



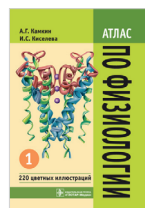
Анатомия человека.
Атлас в 3-х томах. Том 1.
Остеология, артроси...

В КОРЗИНУ



Анатомия человека.
Фотографический атлас
в 3-х томах...

В КОРЗИНУ



Атлас по физиологии.
Учебное пособие
в 2 томах. Том 1

В КОРЗИНУ

1

2

3

4

...

12

13

14

>

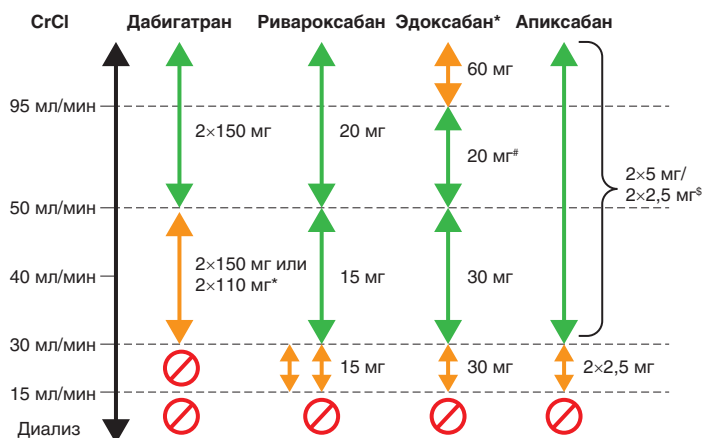
Целевое международное нормализованное отношение при механических клапанных протезах

Тромбогенность протеза	Факторы риска, связанные с пациентом ^a	
	Ни одного	≥1 фактора риска
Низкая ^b	2,5	3
Средняя ^c	3	3,5
Высокая ^d	3,5	4

Примечания. ^a Протезирование митрального или трехстворчатого клапана, предыдущая тромбоэмболия, фибрилляция предсердий, митральный стеноз любой степени, фракция выброса левого желудочка <35%.

^b Carbomedics, MedtronicHall, ATS, MedtronicOpen-Pivot, StJudeMedical, On-X, SorinBicarbon. ^c Другие двухстворчатые клапаны без дополнительных данных. ^d Lillehei-Kaster, Omniscience, Starr-Edwards (шаровой протез), Bjork-Shiley и другие поворотные-дисковые клапаны

Дозирование новых оральных антикоагулянтов в соответствии с клиренсом креатинина (CrCl)^a согласно рекомендациям EHRA



Примечания. ^a Функции почек должны оцениваться по клиренсу креатинина (формула Кокрофта-Голта). * 2x110 мг у пациентов с высоким риском кровотечения и у пациентов старше 75 лет. [#] Другие критерии снижения дозы: масса тела ≤60 кг, сопутствующая терапия ингибиторами P-GP. [§] 2x2,5 мг при наличии по крайней мере двух из трех: возраст ≥80 лет, масса тела ≤60 кг, креатинин ≥1,5 мг/дл (133 мкмоль/л). * Эдоксабан не зарегистрирован к применению в РФ на момент написания руководства. Сведения о дозах приведены в соответствии с Summary of Product Characteristics

Применение новых оральных антикоагулянтов у пациентов с печеночной недостаточностью

Тяжесть по Чайлду-Пью	Дабигатрана этексилат	Апиксабан	Эдоксабан [§]	Ривароксабан
A (5–6 баллов)	Доза не меняется	Доза не меняется	Доза не меняется	Доза не меняется
B (7–9 баллов)	Осторожно	Осторожно	Осторожно	Не используется
C (10–15 баллов)	Не используется	Не используется	Не используется	Не используется

Показания и противопоказания к назначению новых оральных антикоагулянтов пациентам с фибрилляцией предсердий и другими пороками сердца



При назначении оральных антикоагулянтов может возникнуть необходимость замены одного препарата другим.

Смена режима антикоагулянтной терапии

Перевод пациента с АВК на НОАК
МНО на фоне АВК: $\leq 2,0$ — лечение НОАК начинается немедленно; $2,0-2,5$ — можно назначить в тот же день или (лучше) на следующий день; $> 2,5$ — после отмены АВК и перед назначением НОАК необходимо повторно измерить этот показатель через 1–3 дня
Перевод пациента с НОАК на АВК
Начало терапии АВК на фоне НОАК при тщательном контроле МНО
Перевод пациента с НОАК на НОАК
Старт терапии НОАК на момент следующей дозы прежнего НОАК (но с учетом СКФ, гемостатического статуса)

Использование оральных антикоагулянтов у пациентов с ФП, подвергшихся ЧКВ:

- пациентам с ИБС после ЧКВ и ФП показано назначение НОАК (АВК менее предпочтительны) в сочетании с антиагрегантной терапией (клопидогрелом);
- продолжительность тройной терапии должна быть настолько короткой, насколько это возможно, в зависимости от риска развития инсульта, атеротромбоза и кровотечения;
- стратегия по умолчанию: одна неделя тройной терапии при ОКС с ЧКВ и без ЧКВ, после ЧКВ при стабильной ИБС — отправная точка для индивидуализации.

Антитромботическая терапия у больных с фибрилляцией предсердий после чрескожного коронарного вмешательства

Время от ЧКВ	Стратегия по умолчанию	Высокий ишемический/тромботический и низкий риски кровотечения	Низкий ишемический/тромботический и низкий риски кровотечения
Пери-ЧКВ	Тройная терапия (ОАК + ДАТТ)	Тройная терапия (ОАК + ДАТТ)	Тройная терапия (ОАК + ДАТТ)
1 мес	↓	↓	↓
3 мес	Двойная терапия до 12 мес (ОАК+Кл/Тика)	Тройная терапия	Двойная терапия до 6 мес (ОАК + Кл)
6 мес	↓	↓	↓
12 мес	Двойная терапия до 12 мес (ОАК + Кл/Тика)	Двойная терапия до 12 мес (ОАК + Кл/Тика)	↓
≥12 мес	↓	↓	↓
	ОАК	ОАК	ОАК

AF + PCI: A North American Perspective — 2018 Update

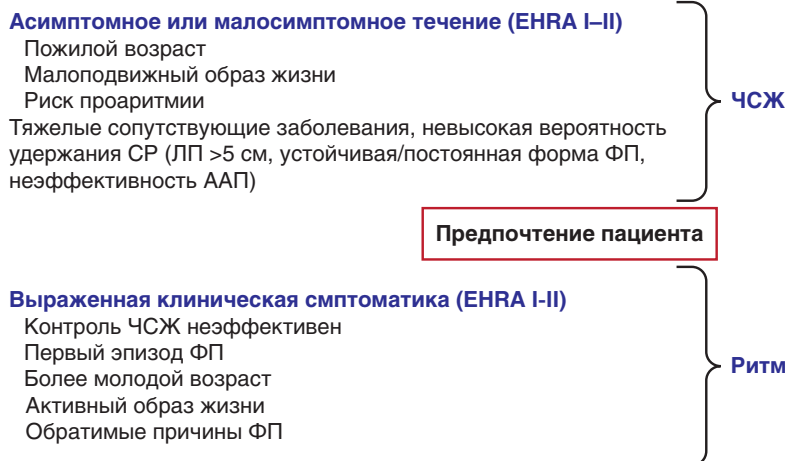
Примечания. ДАТТ — двойная антитромбоцитарная терапия; Кл — клопидогрел; Тика — тикагрелор

Мониторинг частоты желудочковых сокращений или ритма:

- отсутствуют доказательства преимуществ этих тактик по влиянию на прогноз;
- определяющим при выборе являются выраженность симптоматики и предпочтение пациента;

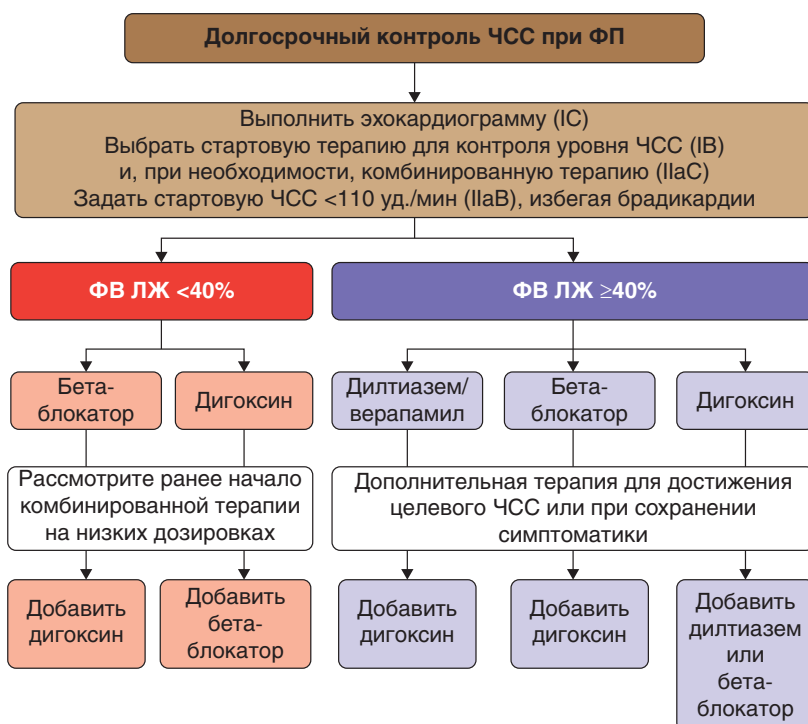
- при прогрессировании симптоматики (связанной с ФП, ХСН, ИБС) возможна смена подходов;
- тактика контроля ритма может считаться успешной даже при наличии рецидивов ФП, но отсутствии симптомов;
- выбор методов обеспечения той или иной тактики осуществляется с учетом выраженности структурно-функционального ремоделирования миокарда и риска развития проаритмии.

Выбор тактики — контроль частоты сокращений желудочков или ритма

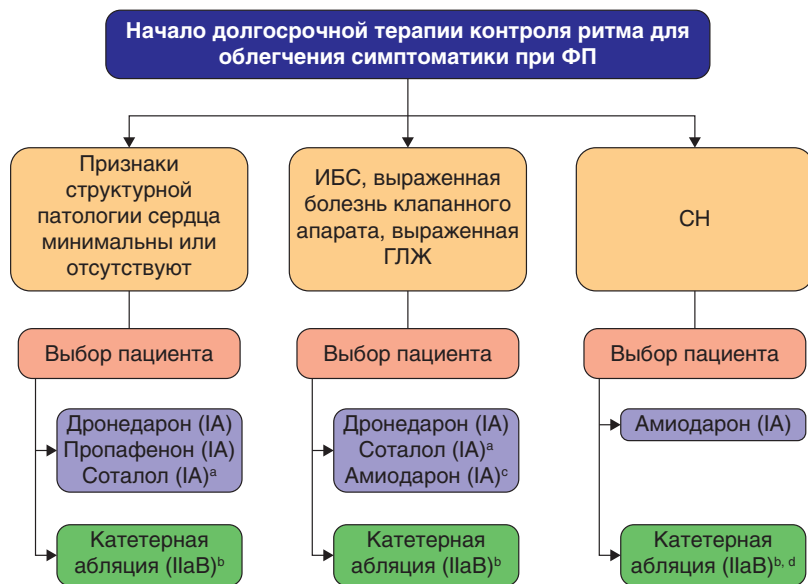


Примечание. СР — синусовый ритм

Контроль частоты желудочковых сокращений



Долгосрочная терапия в целях контроля ритма



Примечания. ^a Соталол требует тщательной оценки проаритмогенного риска. ^b Целью катетерной абляции является достижение изоляции легочных вен, процедура может выполняться с использованием радиочастотных катетеров. ^c Амиодарон используется у многих пациентов в качестве препарата второй линии терапии ввиду его внесердечных побочных эффектов. ^d Класс IB при развитии тахикардиомиопатии. Выраженная гипертрофия левого желудочка — толщина стенок левого желудочка >1,4 см.

Особенности применения некоторых ААП:

- соталол назначается по 80—160 мг/сут (2 раза в сутки), с осторожностью при сниженных функциях почек;
- амиодарон назначается в дозе 600 мг/сут (дробно) в течение 4 нед, затем по 400 мг/сут в течение 4 нед и далее по 200 мг/сут (при достижении антиаритмического эффекта);
- данных об эффективности и безопасности комбинации ААП недостаточно.

Особенности применения некоторых антиаритмических препаратов





ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ТЕРАПИИ

Приверженность терапии — соответствие поведения пациента рекомендациям врача, включая прием препаратов.

ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- Определяется связанным с ФП повышенным риском развития инсультов, тромбоэмболий, развитием и/или прогрессированием СН.
- При своевременном распознавании, соблюдении режима, всех правил лечения и рекомендаций лечащего врача прогноз при ФП благоприятный, с минимальным риском осложнений и возникновения побочных эффектов от терапии.

КАЧЕСТВО ТЕРАПИИ

- Терапия соответствует рекомендациям по лечению пациентов с ФП Европейского общества кардиологов/Европейской ассоциации сердечного ритма (2016–2018), российским рекомендациям.
- Несоблюдение врачебных требований, например отказ от лечения или его прерывание в силу разных причин, затягивает достижение терапевтических целей и повышает вероятность развития тяжелых и опасных для жизни осложнений.
- Зависит от степени мотивации и вовлеченности в процесс принятия решений и лечения пациента и/или его родственников.

ЦЕЛЬ ТЕРАПИИ — ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

- Лечение и профилактика ФР и заболеваний, приводящих к развитию и прогрессированию ФП (ожирение, АГ, ИБС, СН и др.), — одно из важнейших условий достижения цели.
- Регулярный, обоснованный прием оральных антикоагулянтов приводит к снижению риска развития тромбоэмболических осложнений.
- Оптимальный контроль ЧСС или ритма может позволить снизить риск развития и прогрессирования СН.

ЦЕЛЬ ТЕРАПИИ — УСТРАНЕНИЕ СИМПТОМОВ АРИТМИИ

- Оптимальный контроль ЧСС или ритма сердца способствует улучшению переносимости ФП.
- Назначение препаратов с учетом выраженности структурно-функционального ремоделирования миокарда позволит уменьшить риск проаритмий и прогрессирования СН.

ПРИМЕНЯЕМЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

- Все назначенные препараты разрешены к медицинскому применению в Российской Федерации.
- Способность оральных антикоагулянтов улучшать прогноз жизни пациентов с ФП продемонстрирована в крупных рандомизированных клинических исследованиях.
- При назначении лечения врач учитывает эффективность предлагаемых методов и возможные побочные эффекты.



- **Развернутые речевые модули формирования приверженности терапии**



ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА

- ▶ Основана на профилактике ожирения, профилактике и лечении таких заболеваний, как артериальная гипертензия, ИБС, сердечная недостаточность, сахарный диабет, пороки сердца, тиреотоксикоз

ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА

- ▶ Направлена на предупреждение прогрессирования фибрилляции предсердий (ФП) и таких ее осложнений, как инсульты, тромбоэмболии, сердечная недостаточность, внезапная сердечная смерть, а также — при необходимости — на улучшение ее переносимости



Правильное лечение АГ, ИБС, сердечной недостаточности, сахарного диабета, пороков сердца, тиреотоксикоза, снижение массы тела, отказ от алкоголя



Пациенты с любой формой ФП (постоянная, впервые диагностированная, пароксизмальная с редкими или частыми пароксизмами) и повышенным риском развития инсультов и тромбоэмболий (определяет врач) должны постоянно принимать оральные антикоагулянты — варфарин, дабигатран, ривароксабан, апиксабан или эдоксабан



Подбор дозы варфарина должен осуществляться под контролем МНО, определение которого проводится не реже 2 раз в неделю на этапе титрования дозы и не реже 1 раза в месяц в последующем на всем протяжении приема препарата. Целевой диапазон МНО для большинства больных составляет 2,0–3,0