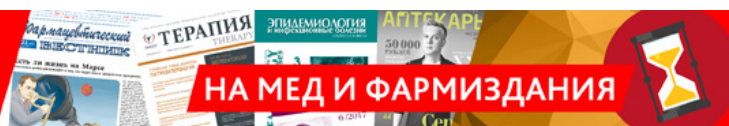


Фармамед.РФ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ЦЕНТРHeidelberg
University Hospital

Сече

СТАРТ 2018
ПОДПИСКИ

НА МЕД И ФАРМИЗДАНИЯ

НЕ ЖДИ!
ПОДПИШИСЬ![Главная](#) > [Школа клинициста](#) > [Алгоритм](#) > [Обзор обновлений зарубежных...](#)

Обзор обновлений зарубежных клинических рекомендаций по кардиологии за 2017 год

14.08.2017 649



Портал Medvestnik.ru и база медицинских знаний
Энциклопедия начинают совместную серию обзоров
обновлений зарубежных клинических рекомендаций. Наш
первый выпуск посвящен теме кардиологии.

Борьба с дислипидемией и борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями, ассоциированными с атеросклерозом. AACE, ACE 2017

Общие рекомендации по скринингу на дислипидемию

В качестве первого шага рекомендуется определять наличие факторов риска (ФР), которые позволяют персонализировать оптимальную терапию при дислипидемии (класс A, BEL 1).

Наличие сахарного диабета типа 2 рекомендуется рассматривать, как фактор увеличивающий степень риска сердечно-сосудистых заболеваний, ассоциированных с атеросклерозом - ССЗАА (класс B, BEL 3).

Наличие сахарного диабета 1 типа рекомендуется считать

Расскажите,
что вы о нас
думаете?

МВ МЕДВЕСТИК
WWW.MEDVESTNIK.RU

эквивалентным сахарному диабету 2 типа по степени риска, если продолжительность заболевания более 15 лет или имеется сочетание с двумя или более основными ФР развития ССЗАА (например, альбуминурией, хроническим заболеванием почек 3-4 стадии), или если имеет место плохо контролируемый уровень гликированного гемоглобина A1C или резистентность к инсулину при метаболическом синдроме (класс B, BEL 2).

10-летний риск коронарных событий должен определяться путем детальной оценки с использованием 1 или более нижеприведенных инструментов (в рекомендациях в таблице 8 приведены характеристики, уровни риска и клинические примеры, соответствующие определенным уровням риска) (класс C, BEL 4):

Framingham Risk Assessment Tool

Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA)

Reynolds Risk Score

United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS)

Особое внимание следует уделять оценке 10-летнего риска ССЗАА у женщин путем использования шкал **Reynolds Risk Score, the Framingham Risk Assessment Tool** (класс C; BEL 4).

Дислипидемия в детском и подростковом возрасте должна быть диагностирована как можно раньше для того, чтобы снизить уровень ЛПНП (класс A, BEL 1). Уровень ЛПНП ≥ 130 mg/dL в рекомендациях называется, как высокий для детей и подростков, 100-129- пограничный.

В тех случаях концентрация ЛПВП более 60 мг / дл, один фактор риска следует вычесть из суммы (бальной оценки) ФР (класс B, BEL 2).

Целевой уровень ТГ менее 150 мг/дл (класс B, BEL 2)

На семейную гиперхолестеринемию (СГХ) должны быть проверены лица, у которых в семье:

были случаи ранних ССЗАА (определенный ИМ или внезапная смерть в возрасте до 55 лет у отца или другого родственника первой степени или до 65 лет у матери или другого родственника первой степени по матери) или

регистрировались повышенные уровни холестерина (общий, неЛВП и/или ЛПНП) (класс C, BEL 4).

Ежегодный скрининг на выявление дислипидемии показан всем взрослым с сахарным диабетом (класс B, BEL 2).

В возрасте 20-45 лет для мужчин и 20-55 лет для женщин скрининг на дислипидемию показан каждые 5 лет как часть общей оценки риска (класс C, BEL 4)

В возрасте 45-65 лет для мужчин и 55-65 лет для женщины в отсутствие факторов риска ССЗАА скрининг показан не реже одного раза в 1-2 года. Более частое проведение оценки уровня липидов рекомендуется при наличии нескольких факторов риска ССЗАА(класс A, BEL 1).

Частота оценки уровня липидов должна основываться на индивидуальных клинических особенностях пациента и клиническом мышлении врача (степень C, BEL 4).

В возрасте старше 65 лет ежегодный скрининг показан как при отсутствии так и наличии 1 ФР (класс A, BEL 1).

Оценка липидного спектра показана всем пожилым (старше 65 лет) при наличии нескольких общих факторов риска ССЗАА(кроме возраста) (класс C, BEL 4).

Пожилым женщинам скрининг показан в той же степени, что и пожилым мужчинам (класс A, BEL 1)

При наличии данных за СГХ, скрининг должен быть проведен в возрасте 3 лет, повторно в возрасте от 9 до 11 лет, и затем в возрасте 18 лет (класс B, BEL 3).

Скрининг показан подросткам старше 16 лет каждые 5 лет или чаще, если у них есть ФР ССЗАА; избыточный вес или ожирение, синдром резистентности к инсулину, СГХ (класс B, BEL 3)

С полным текстом можно ознакомиться на портале [Энцикломедия - медицинская база знаний](#).

Инсульт и транзиторная ишемическая атака у людей старше 16 лет. Nice 2017

Быстрая диагностика

При внезапном появлении неврологических симптомов необходимо как можно раньше использовать валидированный тест FAST (Face Speech Test),

Лица с нарастающими симптомами ТИА (два или более ТИА в неделю) должны рассматриваться как лица с высоким риском инсульта, даже если у них число баллов по шкале ABCD2 - 3 и менее

При подозрении на ТИА - лицам с высоким риском развития инсульта (счет ABCD2 равен 4 или выше),:

немедленно дать аспирин (300 мг)

осмотр специалистом и проведение соответствующих исследований в течение 24 часов с момента появления симптомов

начать вторичную профилактику инсульта, как только диагноз подтвердится, включая обсуждение отдельных факторов риска.

С полным текстом можно ознакомиться на портале [Энцикломедия - медицинская база знаний](#).

Тактика оценки и коррекции сердечно-сосудистого риска у пациентов с ревматоидным артритом и другими воспалительными заболеваниями суставов. EULAR 2017

Общие принципы

Клиницисты должны знать о более высоком риске сердечно-сосудистых событий у пациентов с ревматоидным артритом по сравнению с общей популяцией. Это может также относиться к пациентам с анкилозирующим спондилоартритом и псориатическим артритом.

Ревматолог должен следить за тем, чтобы у пациентов с ревматоидным артритом и другими воспалительными заболеваниями суставов регулярно проводилась оценка риска и мероприятия по коррекции риска.

Применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) и кортикостероидов должны соответствовать рекомендациям EULAR и Международного общества спондилоартрита (ASAS). НПВП и кортикостероиды обычно используются для лечения воспалительных заболеваний суставов. Эти группы препаратов эффективно снижают активность процесса и воспалительные явления, но увеличивают риск сердечно-сосудистых событий. В то же время снижение активности болезни может оказывать благотворное влияние на риск ССС. Поэтому экспертная группа считает, что применение препаратов этих групп должно оцениваться на индивидуальном уровне в соответствии с рекомендациями, касающимися лечения.

С полным текстом можно ознакомиться на портале [Энцикломедия - медицинская база знаний](#).

Целевые критерии фармакологического лечения артериальной гипертензии у пациентов 60 лет и старше. ACP, AAFP 2017

Рекомендация 1

Американский колледж врачей (ACP) и Американская академия семейных врачей (AAFP) рекомендуют клиницистам начинать фармакологическое лечение у пациентов в возрасте 60 лет и старше, если систолическое АД (САД) постоянно равно или выше 150 мм рт.ст. с достижением целевого уровня САД менее 150 мм рт. ст. для снижения риска смерти, инсульта и сердечных событий (сильная рекомендация, высококачественные доказательства).

ACP и AAFP рекомендуют клиницистам периодически обсуждать с пациентом цели лечения, преимущества и вред достижения определенного целевого уровня артериального давления (АД).

Доказательства высокого качества показали, что лечение АГ у лиц старше 60 лет при целевом уровне менее 150/90 мм рт. ст. снижает смертность (абсолютное снижение риска = 1,64), развития инсульта (1,13) и сердечных событий (1,25). Эти данные были получены как для пациентов с сахарным диабетом, так и без сахарного диабета. Наиболее выражено снижение абсолютного риска было продемонстрировано в исследованиях, в которые включали пациентов с более высоким исходным уровнем САД (более 160 мм рт. ст.). Любое дополнительное преимущество от более агрессивного контроля АД было очень малым, с меньшей величиной пользы и несогласованными результатами по конечным исходам.

Несмотря на то, что при подготовке данных рекомендаций не сравнивались фармакологические и нефармакологические методы лечения АГ, несколько стратегий нефармакологического лечения приемлемы для применения. Эффективные нефармакологические методы, направленные на снижение АД включают - изменение образа жизни, потеря веса, оптимизация питания, например, диета DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension – диета, препятствующая гипертензии) и увеличение физической активности. Нефармакологические подходы к лечению обычно связаны с меньшим количеством побочных эффектов, чем фармакологическая терапия, и имеют другие положительные эффекты. В идеале, нефармакологические подходы рекомендуются в качестве терапии первого ряда или используются одновременно с медикаментозной терапией для большинства пациентов с АГ.

В качестве эффективных фармакологических групп препаратов в рекомендациях выделены: диуретики тиазидного типа (наиболее частые побочные эффекты - нарушения электролитов, дискомфорт в области желудочно-кишечного тракта, сыпь и другие аллергические реакции, сексуальная дисфункция у мужчин, реакции светочувствительности и ортостатическая гипотензия), ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ингибиторы АПФ) (побочные эффекты - кашель и гиперкалиемия), блокаторы рецепторов ангиотензина (побочные

эффекты - головокружение, кашель и гиперкалиемия), блокаторы кальциевых каналов (побочные эффекты - головокружение, головная боль, отек и запор) и бета-блокаторы (побочные эффекты - усталость и сексуальная дисфункция).

В большинстве исследований, включенных в анализ при подготовке рекомендаций, АД измеряли несколько раз в сидячем положении через 5 минут отдыха и в качестве показателя регистрировали среднее значение. Клиницистам рекомендуется следовать этим подходам и точно измерять АД до начала и в процессе лечения АГ. В рутинной практике возможно ограничиться 2 - 3 измерениями с интервалом в 1 минуту у сидящего в спокойном состоянии пациента.

С полным текстом можно ознакомиться на портале [Энциклопедия - медицинская база знаний](#).

Хирургическое лечение фибрилляции предсердий. STS 2017

Хирургическая абляция при фибрилляции предсердий используется, постоянно совершенствуясь, уже более 3-х десятилетий. Текущий консенсус в отношении применения методов хирургической абляции основан на результатах анализа многих исследований. Учитывая, что хирургическая абляция в настоящее время может применяться без увеличения оперативного риска смертности или серьезных осложнений при выполнении операций на сердце, и что преимущества долгосрочного контроля сердечного ритма и качества жизни кажутся очевидными, более частое применение хирургической абляций можно считать обоснованным для улучшения результатов лечения.

Операции на митральном клапане и сопутствующая хирургическая абляция

Хирургическая абляция при фибрилляции предсердий (ФП) может быть выполнена без дополнительного риска ранней послеоперационной смерти или серьезных осложнений и рекомендуется в качестве сопутствующей процедуры во время выполнения операции на митральном клапане для восстановления синусового ритма. (Класс I, уровень A)

Операции на аортальном клапане, операции коронарного шунтирования (КШ) и сопутствующей хирургической абляции

Хирургическая абляция для устранения ФП может быть выполнена без дополнительного риска ранней послеоперационной смерти или серьезных осложнений и рекомендуется для выполнения во время операции по изолированной замене аортального клапана, во время

изолированного КШ и сочетанной операции - замена аортального клапана плюс КШ для восстановления синусового ритма. (Класс I, уровень B нерандомизированные исследования).

Автономная хирургическая абляция при ФП

При симптомной ФА на фоне отсутствия «структурного поражения сердца»*, недостаточного эффекта от лечения антиаритмическими препаратами класса I / III или терапии в результате проведенной катетерной абляции, хирургическая абляция является целесообразным самостоятельным методом лечения для восстановления синусового ритма. (Класс IIA, уровень B нерандомизированные исследования)

*«структурное поражение сердца» согласно определениям «The Society of Cardiac Angiography and Intervention» и ESC, "не-коронарные сердечно-сосудистые заболевания и процессы связанные с этими заболеваниями» (Steinberg D.H. 2010).

Хирургическая абляция при симптомной постоянной форме ФП или длительно существующей постоянной форме ФП и отсутствии «структурного поражения сердца», выполненная методом Cox-Maze III/IV имеет преимущества над изоляцией легочных вен (Класс IIA, уровень B нерандомизированные исследования)

При симптомной ФП и увеличении левого предсердия ($\geq 4,5$ см) или более чем умеренной митральной регургитации хирургическая абляция только с применением изоляции легочных вен не рекомендуется. (Класс III – нет пользы, уровень C экспертное мнение).

С полным текстом можно ознакомиться на портале [Энциклопедия - медицинская база знаний](#).

Комментарии 1



Вы не можете оставлять комментарии

Пожалуйста, [авторизуйтесь](#)



Владимир Михайлович 17.08.2017 в 15:03

Очень актуальны для практического использования клинические рекомендации по предоставленным порталом Medvestnik вопросам:

- Борьба с дислипидемией и борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями, ассоциированными с атеросклерозом. AACE, ACE 2017.

- Инсульт и транзиторная ишемическая атака у людей старше 16 лет. Nice 2017.

- Тактика оценки и коррекции сердечно-сосудистого риска у пациентов с ревматоидным артритом и другими воспалительными заболеваниями суставов. EULAR 2017.

- Целевые критерии фармакологического лечения артериальной гипертензии у пациентов 60 лет и старше. ACP, AAFP 2017.

Поделюсь с коллегами из профильных клинических отделений.

Спасибо!

ПАРТНЕРЫ



Воспроизведение материалов допускается только при соблюдении **ограничений, установленных Правообладателем**, при указании автора



используемых материалов и ссылки на портал
Medvestnik.ru как на источник заимствования с
обязательной гиперссылкой на сайт

www.medvestnik.ru

[«Политика конфиденциальности»](#)

МЕДВЕСТНИК

ПОРТАЛ РОССИЙСКОГО
ВРАЧА

