

Харьковский национальный университет им. В. Н. Каразина
медицинский факультет
Харьков, Украина

Постоянная брадисистолическая фибрилляция предсердий у пациента с мультиморбидной патологией

Выполнили студенты 6 курса: Гуровая А.А., Ткаченко В. В.,
студентка 5 курса Гетманец А. С.

Научные руководители: Целик Н.Е., Яблучанский Н. И.

Определение мультиморбидности

► Согласно критериям ВОЗ мультиморбидность определяется как состояние, включающее наличие 2 хронических заболеваний и более, этиологически и патогенетически не связанных между собой (в среднем 5,8 заболевания на человека)

Определение коморбидности

- ▶ **Коморбидность** (лат. *co* - *вместе* + *morbus* - *болезнь*) – наличие дополнительной клинической картины, которая уже существует или может появиться самостоятельно, помимо текущего заболевания, и всегда отличается от него.

Согласно данным М. Fortin, основанным на анализе 980 историй болезни, взятых из ежедневной практики семейного врача, распространенность коморбидности составляет от 69 % у больных молодого возраста, до 93 % среди лиц средних лет и до 98 % - у пациентов старшей возрастной группы.

«Неизбежные спутники старения»

Национальная академия наук США ввела в практику врача термин, который включает в себя:

- деменцию
- остеоартроз (ОА)
- остеопороз
- перелом бедра
- ишемическую болезнь сердца
- инсульт
- сахарный диабет
- рак

ФП и ИБС 1

- ▶ У пациентов с выявленной ФП, наблюдающихся как терапевтами, так и кардиологами, в 95% случаев данная патология расценивается как следствие ИБС. Однако достоверные клинические подтверждения ИБС, такие как перенесенный ИМ, положительный стресс-тест (по ЭхоКГ, ОФЭКТ или ПЭТ) и/или признаки коронароангиографии, отмечались только у 40,8% пациентов
- ▶ Достоверно, что чаще ИБС ассоциирована с возникновением ФП у лиц мужского пола
- ▶ На возникновение ФП выраженное влияние оказывает длительность течения ассоциированных сердечно-сосудистых заболеваний, при этом анамнез АГ > 10 лет имеет большее значение, чем такой же длительности анамнез ИБС

ФП и ИБС 2

- ▶ Механизмы развития ФП при неосложненной ИБС (ишемия предсердий) и взаимодействие между ФП и коронарной перфузией не установлены
- ▶ Среди факторов, определяющих развитие постоянной формы ФП у пациентов до 60 лет являются метаболические нарушения, патология щитовидной железы, а у пациентов пожилого и старческого возраста – АГ и СОАС (синдром обструктивного апноэ во сне)

ФП и АГ

В настоящее время АГ рассматривается как определяющий, независимый, потенциально обратимый фактор риска развития ФП. Роль АГ подтверждена в нескольких крупных клинических исследованиях: STOP-2, CAPPP, LIFE

Механизм развития ФП при АГ:

- ▶ Гемодинамические изменения – снижение скорости трансмитрального кровотока в момент сокращения левого предсердия
- ▶ Структурное ремоделирование – ГЛЖ приводит к увеличению ригидности левого желудочка, вследствие этого происходит повышение давления в левом предсердии и его дилатация, что было показано во Фремингемском исследовании. Также происходит изменение числа и размеров кардиомиоцитов, гибернация, воспаление, развитие жировой дегенерации, накопление внеклеточного матрикса и формирование фиброза
- ▶ Электрофизиологическое ремоделирование – является следствием структурного ремоделирования предсердий, т.к. участки гипертрофии, апоптоза, некроза и фиброза в миокарде ЛП замедляют проведение импульса и создают множественные участки micro re-entry

ФП и ХОБЛ

ХОБЛ увеличивают риск ФП и это обусловлено следующим:

- ▶ нарушение реологических свойств крови – гиперкоагуляция;
- ▶ изменение вентиляции ведет к гипоксии; есть предположение, что первопричиной гипоксии является редукция капиллярного русла;
- ▶ у этих пациентов развивается легочная гипертензия, которая ведет к увеличению размеров левого предсердия и правого желудочка, а это, в свою очередь, – к развитию диастолической дисфункции сердца;
- ▶ прогрессирования атеросклеротического поражения коронарных сосудов за счет нарушения прооксидантно-оксидантной системы. Активация системы перекисного окисления липидов усугубляет бронхиальную проходимость за счет отека слизистой, что вызывает нарушение микроциркуляции, ведущее к ухудшению реологических свойств крови, гиперкоагуляции и снижению фибринолиза.
- ▶ По данным литературы, пациенты с ХОБЛ наиболее часто погибали не от респираторных заболеваний, а от сердечно-сосудистых причин (около 25% случаев)

Паранеопластические синдромы

Анемия

При тромботической тромбоцитопенической пурпуре, врождённых сосудистых аномалиях, гемолитико-уремической синдроме, при раке желудочно-кишечного тракта, сердца, лёгких, предстательной железы, при химиотерапии митомизином С может быть микроангиопатическая гемолитическая анемия. Обычно сочетается с тромбоцитопенией. У пациентов также обычно наблюдается шистоцитоз и микросфероцитоз.

Тромбоцитоз

Тромбоцитоз наблюдается при болезни Ходжкина, лимфомах, некоторых карциномах и лейкозах. Тромбоцитоз встречается при многих миелопролиферативных заболеваниях, включая истинную полицитемию и хронический миелогенный лейкоз, при воспалительных заболеваниях, кровотечениях, недостаточности железа, гемолитической анемии, после спленэктомии. Механизм его - это выработка опухолью тромбопоэтина. Тромбоцитоз при опухолях очень редко приводит к тромбозам и кровотечениям и лечения обычно не требуется.

Тромбофлебит

Характерен мигрирующий характер тромбофлебита. Рецидивирующие тромбозы глубоких вен, устойчивость к варфарину, тромбозы в нетипичных местах должны усилить подозрение на рак. Особенно высок риск мигрирующего тромбофлебита при раке поджелудочной железы, но он также может быть при раке груди, яичников, простаты. У раковых больных повышены факторы свёртывания крови. Муцинозные аденокарциномы продуцируют сиаловую кислоту, которая активирует фактор X и приводит к гиперкоагуляционному состоянию. При опухолевых тромбозах происходит ряд нарушений в системе свёртывания крови: повышение катаболизма фибриногена и тромбоцитов, снижение протеина С, S и антитромбина, прямое образование тромбина, тромбоцитоз.

Артриты опухолевого генеза

Обычно развиваются у пациентов в возрасте старше 65 лет. У 80% женщин с этим синдромом диагностируют рак молочной железы. Ревматоидноподобный артрит ассоциируется с лимфолиферативными процессами (лимфома, миеломная болезнь, лейкоз), раком легкого, желудочно-кишечного тракта, предстательной железы. У 4% взрослых первыми проявлениями лейкоза являются суставной синдром, который проявляется симметричным или мигрирующим полиартритом; оссалгией, болью в спине по типу радикулопатии. Суставные проявления являются результатом лейкоцитарной инфильтрации синовиальной оболочки, геморрагий в сустав или периартикулярные ткани.

ФП и ОА

ОА – самое распространенное из ревматических заболеваний: частота его в общей популяции составляет 13,3%

► Среди больных, с диагнозом ОА, артериальная гипертензия была диагностирована у 58%, а ИБС – у 22,6% пациентов

► Большая распространенность АГ среди пациентов с заболеваниями суставов обусловлена различными причинами, основная из них связана с развитием воспалительного процесса в перихондральных тканях и в эндотелиальной оболочке сосудов (так называемая эндотелиальная дисфункция – основная причина АГ)

► Вторая по значимости причина связана с приемом лекарств, в том числе нестероидных противовоспалительных препаратов, что может приводить к ухудшению структуры хряща, изменению эластичности эндотелия, дестабилизации артериального давления, прогрессированию сердечной недостаточности и повышению риска развития сердечно–сосудистых событий

Определение фибрилляции предсердий (Рекомендации ESC/EACTS по ФП, 2016)

Фибрилляция предсердий (ФП) представляет собой суправентрикулярную тахикардию, характеризующуюся хаотической электрической активностью предсердий, высокой ЧСС (>350 уд/мин) и нерегулярным ритмом желудочков (при условии отсутствия полной АВ-блокады), с неэффективными сокращениями предсердий, ассоциирующуюся с повышением риска тромбоэмболий

Факторы риска развития ФП

- ▶ Возраст более 65 лет
- ▶ Артериальная гипертензия
- ▶ Ишемическая болезнь сердца (ИБС)
- ▶ Структурные болезни сердца (дисфункции клапанного аппарата, гипертрофическая кардиомиопатия, систолические/диастолические дисфункции сердца, ХСН)
- ▶ Гипертиреоз
- ▶ Ожирение
- ▶ Сахарный диабет
- ▶ Хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ)
- ▶ Апноэ во время сна
- ▶ Хроническая болезнь почек

Этиология ФП

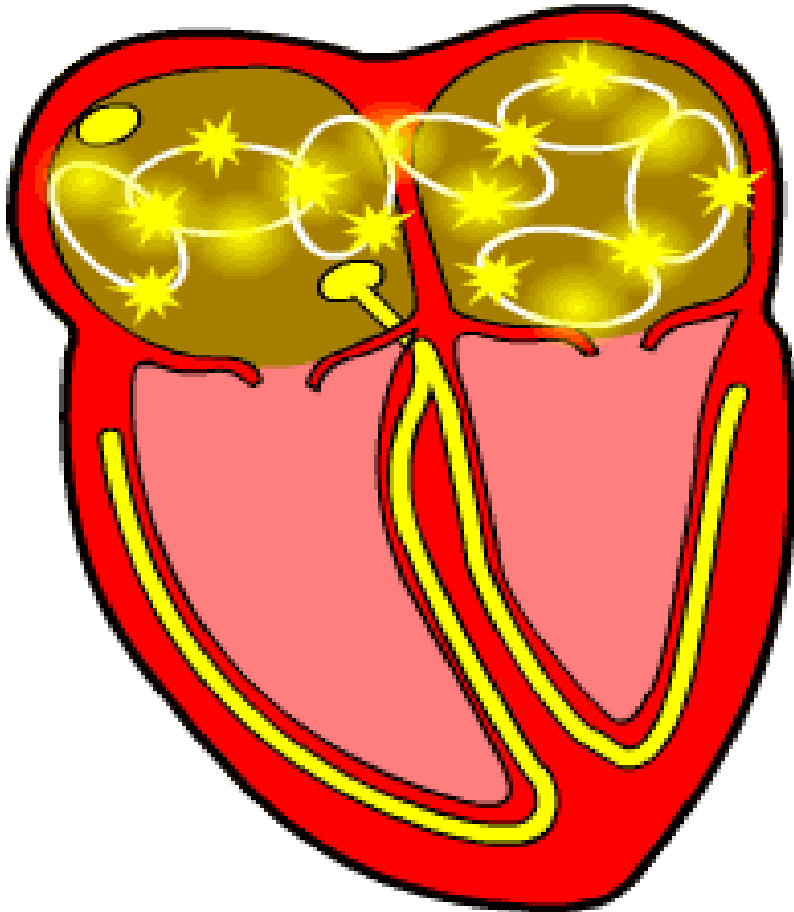
- ▶ Врожденная патология миокарда предсердий и сосудов сердца
- ▶ Заболевания сердца с **гипертрофией и дилатацией предсердий**
- ▶ **Метаболические и дистрофические изменения миокарда**
- ▶ Электрическое ремоделирование предсердий при нарушениях ритма сердца
- ▶ Идиопатические форма

Эпидемиология ФП

(Feinberg W., 1995 г.)

- ▶ ФП составляет 40% всех нарушений сердечного ритма
- ▶ ФП выявляется у 0,9% населения, а в возрасте ≥ 65 лет встречается в 5,9% случаев
- ▶ 30% инсультов у пациентов в возрасте ≥ 65 лет связано именно с ФП

Патогенез ФП



- источник возбуждения – множественные micro re-entry
- частота возбуждения предсердий – 350-600 в мин.
- нерегулярное проведение импульсов через АВ узел к желудочкам

Осложнения ФП

- ▶ Тромбоэмболические осложнения:
 - в 5 раз увеличивается риск инсульта
 - увеличивается риск повторных инсультов, инвалидности
 - в 2 раза выше риск смерти от инсультов
- ▶ Сердечная недостаточность
- ▶ Проаритмии (фибрилляция желудочков)

Цели терапии при ФП

- ▶ Снижение проявлений клинических симптомов (синдромов)
- ▶ Профилактика тромбозов
- ▶ Оптимальное лечение сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний
- ▶ Контроль ЧСС
- ▶ Коррекция дисбаланса сердечного ритма

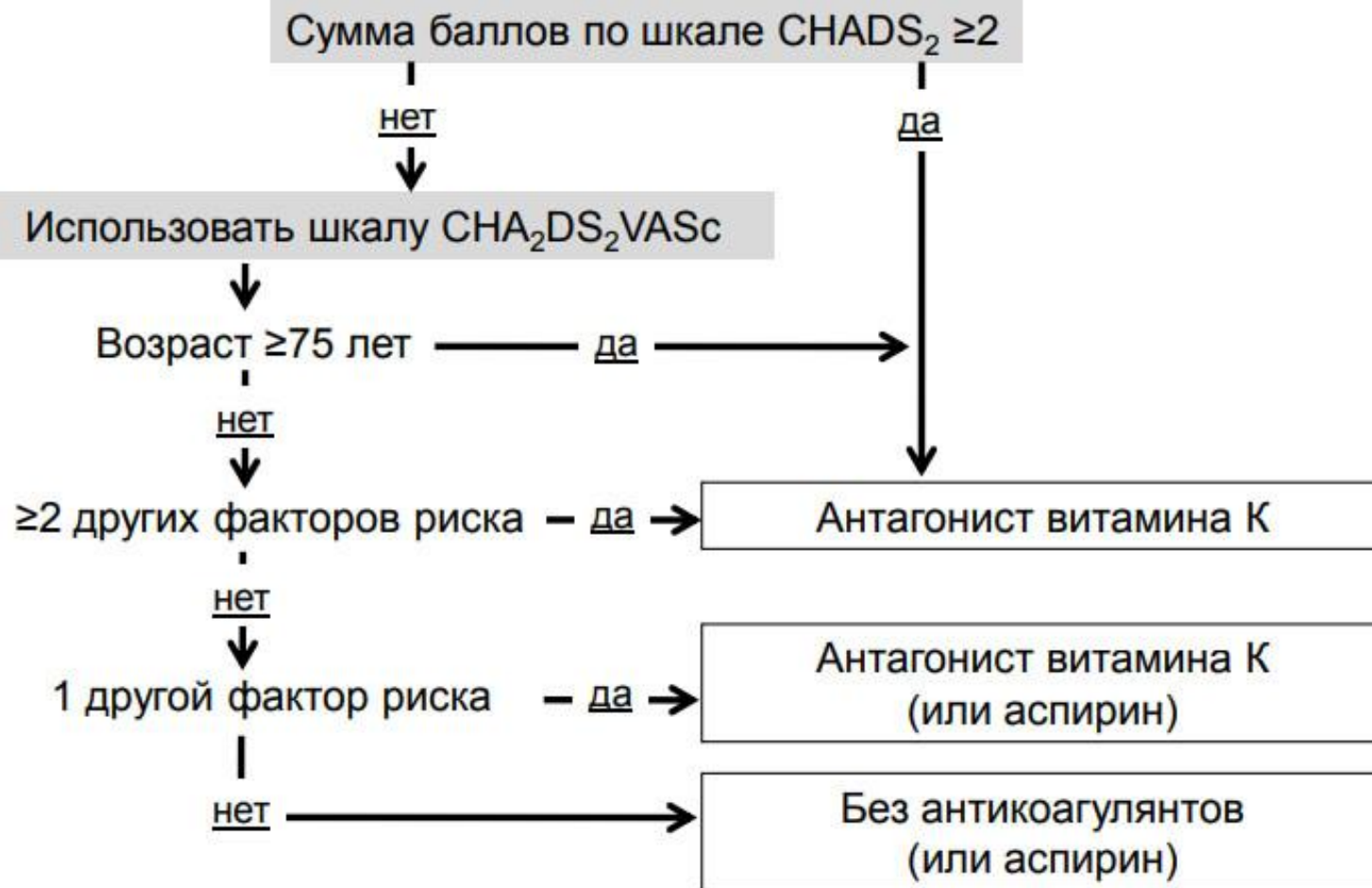
Тактика ведения больных с ФП

(Рекомендации Рабочей группы по нарушениям сердечного ритма Украинского научного общества кардиологов, 2009)



Тактика ведения больных с ФП

Применение антикоагулянтов для профилактики инсульта при неклапанной ФП



Тактика ведения больных с брадисистолическим вариантом ФП

(Рекомендации Рабочей группы

Украинского научного общества кардиологов, 2009 г.)

- ▶ «Для регуляции желудочкового ритма при ФП может использоваться их электрическая стимуляция (ЭС) с частотой, приближающейся к средней ЧЖС при спонтанном АВ проведении. ЭС желудочков используют для уменьшения степени нерегулярности желудочкового ритма. Ее можно применить у пациентов с выраженной вариабельностью желудочкового ритма, а также у больных с брадикардией в покое при лечении препаратами для контроля ускорения ЧЖС при ФН »

Показания к имплантации желудочкового ЭКС

(по рекомендациям Американского колледжа кардиологии (ACC),
Американской ассоциации сердца (AHA) и Общества сердечного ритма
(HRS), 2008 г.)

- ▶ **Дисфункция синусового узла**
- ▶ Приобретенная AV- блокада у взрослых
- ▶ Би- и трифасцикулярная блокада
- ▶ После острого инфаркта миокарда
- ▶ Синдром повышенной чувствительности каротидного синуса и нейрокардиогенные синкопальные состояния
- ▶ После трансплантации сердца
- ▶ Для предотвращения тахиаритмий
- ▶ Пациентам с врожденными пороками сердца

Показания к имплантации к однокамерного желудочкового ЭКС

- ▶ Преходящая атриовентрикулярная блокада II–III ст. с приступами Морганьи-Эдемса-Стокса (МЭС) при условии редких эпизодов брадикардии
- ▶ Дисфункция СУ с документированной брадикардией или паузами, сопровождающимися симптомами; абсолютные показания, класс I
- ▶ Преходящий или хронический синдром Фредерика (атриовентрикулярная блокада III ст. при наличии фибрилляции или трепетания предсердий)
- ▶ Врожденная полная АВ блокада в детском возрасте (менее 5 лет) при наличии приступов МЭС, критической для данного возраста брадикардии

Наш пациент:

- ▶ Мужчина
- ▶ 79 лет
- ▶ Пенсионер, бывший работник железной дороги, слесарь-ремонтник
- ▶ Дата поступления в стационар: 28.09.2017
- ▶ Диагноз направившего ЛПУ: Синусовая брадикардия. Синдром слабости синусового узла? Гипертоническая болезнь II ст. Гипертензивное сердце. СН I ст.
- ▶ Диагноз при госпитализации: ИБС: стабильная стенокардия напряжения III ФК. Фибрилляция предсердий

Жалобы при поступлении

- ▶ Ощущение неритмичного сердцебиения без четкой связи с какими-либо факторами, ЧСС: 39-40 уд/мин
- ▶ Шаткость при ходьбе, головокружения при снижении пульса ниже 40 уд/мин
- ▶ Боли в грудной клетке давящего характера, преимущественно за грудиной, при ходьбе на расстояние около 150 м, сопровождающиеся одышкой
- ▶ Головные боли, в затылочной области, при повышении САД выше 150/90 мм. рт. ст.
- ▶ Отеки н/3 голени по вечерам
- ▶ Периодический кашель по утрам, с выделением небольшого количества светлой мокроты
- ▶ Повышенная утомляемость, чувство общей слабости
- ▶ Утренняя скованность суставов кистей до 10-15 минут. Постоянные боли, ограничение движений в мелких суставах кистей, лучезапястных суставах усиливающиеся при физической нагрузке

Анамнез заболевания

- ▶ 1997 г. –повышение АД, максимально до 200/100 мм. рт. ст. Лечился амбулаторно, медикаменты регулярно не принимал
- ▶ 2012 г. - ИБС: стабильная стенокардия II ФК. ГБ III стадии 2 степени. СН I ст.
- ▶ 2015 г. - документально подтверждена фибрилляция предсердий. Антикоагулянты не принимал
- ▶ 2016-2017 г. - головокружение и шаткость при ходьбе, на фоне снижения ЧСС ниже 40 уд/мин
- ▶ 2017 г. – неоднократно повышение САД до 180-200 мм. рт. ст., для снижения АД принимал эналаприл по рекомендации жены, работавшей фельдшером
- ▶ Настоящая госпитализация в ХКБ ЖТ№1 в связи с вышеописанными жалобами

Анамнез жизни 1

- ▶ Профессия – 37 лет работал слесарем-ремонтником вагонного депо (работа была связана с высокой физической нагрузкой, регулярными переохлаждениями, работал до 61 года)
- ▶ 1957 г. – осколочное ранение н/3 правой нижней конечности, полученное при прохождении срочной службы в армии
- ▶ 1962 г. – аппендэктомия
- ▶ 1949-1975 г. - курил с 10 до 26 лет по пачке в день (16 пачка/лет).
- ▶ 1977 г. – шейный остеохондроз
- ▶ 1992 г. - травма грудной клетки, ЧМТ, люмбаишиалгия
- ▶ 1997 г. – жалобы на боли в лучезапястных и коленных суставах
- ▶ 2012 г. – отеки на нижних конечностях в области лодыжек
- ▶ 2017 г. – посттромбофлебитический синдром, ХВН II-III ст., лимфостаз, лимфедема, лимфоррея. Хронический колит, долихосигма. Эрозии желудка. Аденома предстательной железы

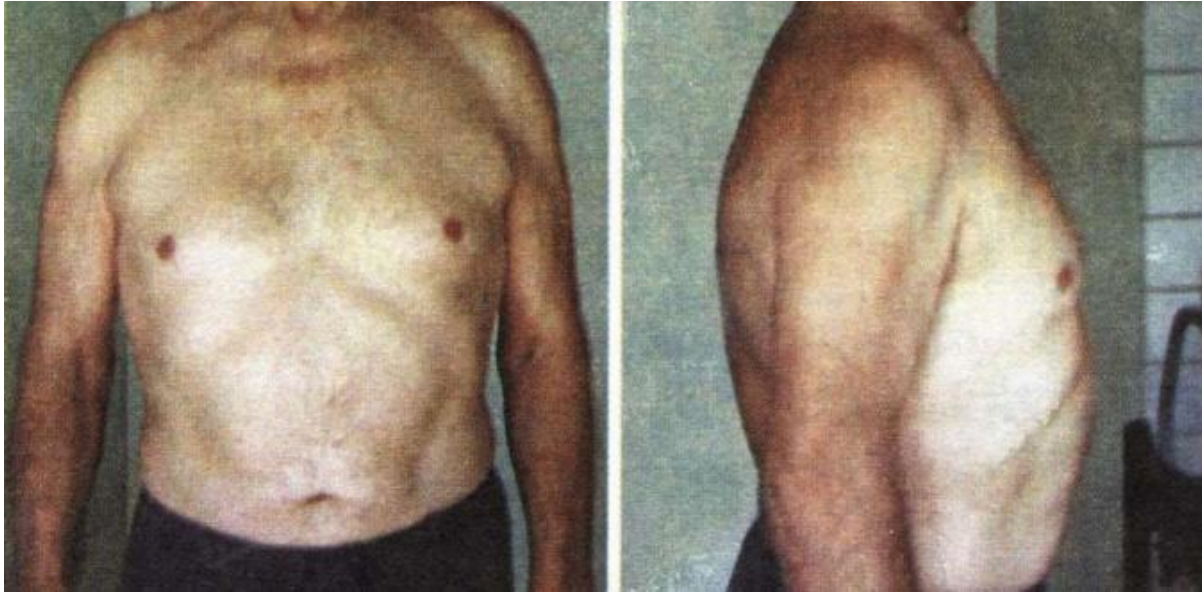
Анамнез жизни 2

- ▶ В течение жизни болел простудными заболеваниями (о.бронхит, о.фарингит), которые имели сезонный характер (в зимне-осенний период), 3-4 раза в год. Зачастую недомогание переносил «на ногах». Крайнее обострение 2 года назад
- ▶ 20 лет назад после перенесенной ОРВИ появились отеки суставов кистей рук, утренняя скованность. К врачу не обращался. Самостоятельно принимал НПВС для купирования боли
- ▶ Туберкулез, сахарный диабет, венерические заболевания, ревматизм, онкологические, психические заболевания в анамнезе отрицает
- ▶ Наследственный анамнез отягощен: у отца была – стабильная стенокардия, гипертоническая болезнь. Умер после перенесенного инсульта в возрасте 80 лет
- ▶ Аллергический анамнез не отягощен

Объективный статус 1

- ▶ Общее состояние относительно удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Эмоционально стабилен
- ▶ Нормостеник. Эмфизематозная форма грудной клетки. Рост 172 см, масса тела 73 кг. ИМТ= 24,7
- ▶ Кожные покровы без особенностей. Периферические лимфоузлы не увеличены
- ▶ Щитовидная железа четко не определяется
- ▶ Костно-мышечная система: деформация, подвывихи пястно-фаланговых суставов, умеренная болезненность при активных движениях. Над лучезапястными суставами умеренная гиперемия и отечность. Единичные узлы «Бушара» в области проксимальных межфаланговых суставов кистей рук. Коленные суставы не деформированы, не отечны, умеренно болезненны при активных движениях
- ▶ ССС: ЧСС 60 уд./мин., пульс 56 уд./мин., дефицит пульса 4 уд., АД 140/69 мм. рт. ст. на фоне гипотензивной терапии. При перкуссии границы сердца расширены на 1 см кнаружи от среднеключичной линии в 5 межреберье слева. При аускультации тоны сердца приглушены, аритмичные, акцент II тона над ЛА

Объективный статус 2



Объективный статус 3

- ▶ Дыхательная система: ЧДД - 18. Перкуторно над легкими легочный звук с коробочным оттенком. Аускультативно дыхание жесткое, в нижних отделах ослаблено, выслушиваются единичные хрипы слева в нижних отделах, которые проходят после форсированного дыхания
- ▶ Язык влажный, обложен белесым налетом, преимущественно у корня. Имеются следы от зубов на боковых поверхностях языка. Живот обычных размеров, мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края правой реберной дуги, при пальпации безболезненна. Стул нерегулярный, 1 раз в двое суток, утром, жалобы на запоры
- ▶ Мочеиспускание не затруднено, безболезненно, 3-4 раза/сутки. Во второй половине ночи постоянно 1 раз встает в туалет
- ▶ Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон
- ▶ Выраженные отеки н/3 голеней, глубокие следы от резинки носков. Также отмечается шелушение кожи, неравномерная пигментация, трофические нарушения, резкое уплотнение мягких тканей на обеих ногах, варикозно расширенные вены до уровня коленей
- ▶ На голени наложен компрессионный трикотаж по поводу варикозной болезни вен нижних конечностей

Предварительный диагноз

▶ **Основной:** ИБС: стабильная стенокардия напряжения III ФК. ГБ III стадии, 3 степени. Постоянная форма ФП, брадисистолический вариант. Синдром МАС? EHRA III, CHADS-VASc-4, HAS-BLEED-2, СН IIA, III ФК по NYHA. Очень высокий дополнительный кардиоваскулярный риск

▶ **Сопутствующий:** Первичный полиостеоартроз, с поражением мелких суставов кистей, лучезапястных суставов. НФС 2ст. Ro? Хроническая обструктивная болезнь легких в фазе ремиссии. Хроническая анемия 1 степени. Посттромбофлебитический синдром, ХВН II-III ст. Хронический колит, долихосигма. Аденома предстательной железы

План обследования в стационаре

1. Клинический анализ крови
2. Клинический анализ мочи
3. Биохимический анализ крови (глюкоза, мочеви́на, билирубин общий, АЛТ, АСТ, общий холестерин, СРБ)
4. ЭКГ
5. Амбулаторное мониторирование ЭКГ с суточным мониторированием АД
6. УЗИ сердца, ОБП, почек
7. Рентгенография ОГК
8. Консультация сосудистого хирурга
9. УЗД вен нижних конечностей

Наши рекомендации по дообследованию:

1. Биохимический анализ крови (мочевая кислота, сиаловая кислота, РФ, серомукоиды, церулоплазмин, anti ССР, Са⁺, Na⁺, К⁺)
2. Коагулограмма и МНО, АЧТВ
3. Липидный спектр
4. Сывороточное железо, трансферрин, ферритин, В12, фолиевая кислота
5. Анализ крови на ТТГ
6. Spiрография
7. Ro исследование кистей рук с захватом лучезапястных, коленных суставов
8. Исследование кала на скрытую кровь
9. УЗИ предстательной железы и консультация уролога
10. МРТ органов брюшной полости и малого таза (для исключения онкопатологии)

План лечения в стационаре

- ▶ Клопидогрель 75 мг вечером
- ▶ Эналаприл 10 мг 2 раза в день
- ▶ Торасемид 10 мг утром
- ▶ Спиринолактон 50 мг утром
- ▶ Пантопразол 40 мг за 30 мин до еды
- ▶ Кардикет ретард 10 мг утром и днем
- ▶ Тиотриозалин 40 на физиологическом растворе 100,0 в/в капельно
- ▶ Нимид гель местно 2-3 раза в день

Клинический анализ крови

Показатели	Результаты 29.09.17	Результаты 09.10.17	Норма
Гемоглобин	125	125	130 – 160 г/л
Эритроциты	4,13	4,18	4,0 – 5,0 Т/л
Лейкоциты	5,4	5,5	4,0 – 9,0 Г/л
СОЭ	52	41	1 – 10 мм/ч
Лимфоциты	18,8	25,8	19,0 – 37,0%
Тромбоциты	219	387	180,0 – 320 г/л
Ht	37,2	37,6	40 – 48%

Снижение гемоглобина и гематокрита, резко повышенное СОЭ и тромбоциты.

Клинический анализ мочи (29.09.17)

Показатели	Результаты	Норма
Удельный вес	1, 010	1, 001 – 1, 040
рН	6,5	5,0 – 7,0
Белок	следы	<0,033 г/л
Глюкоза	нет	нет
Эритроциты	0-1	
Лейкоциты	10-13	6-8 в поле зрения
Эпителий переходный	0-2	единичный в поле зрения
Слизь	Небольшое количество	единичная

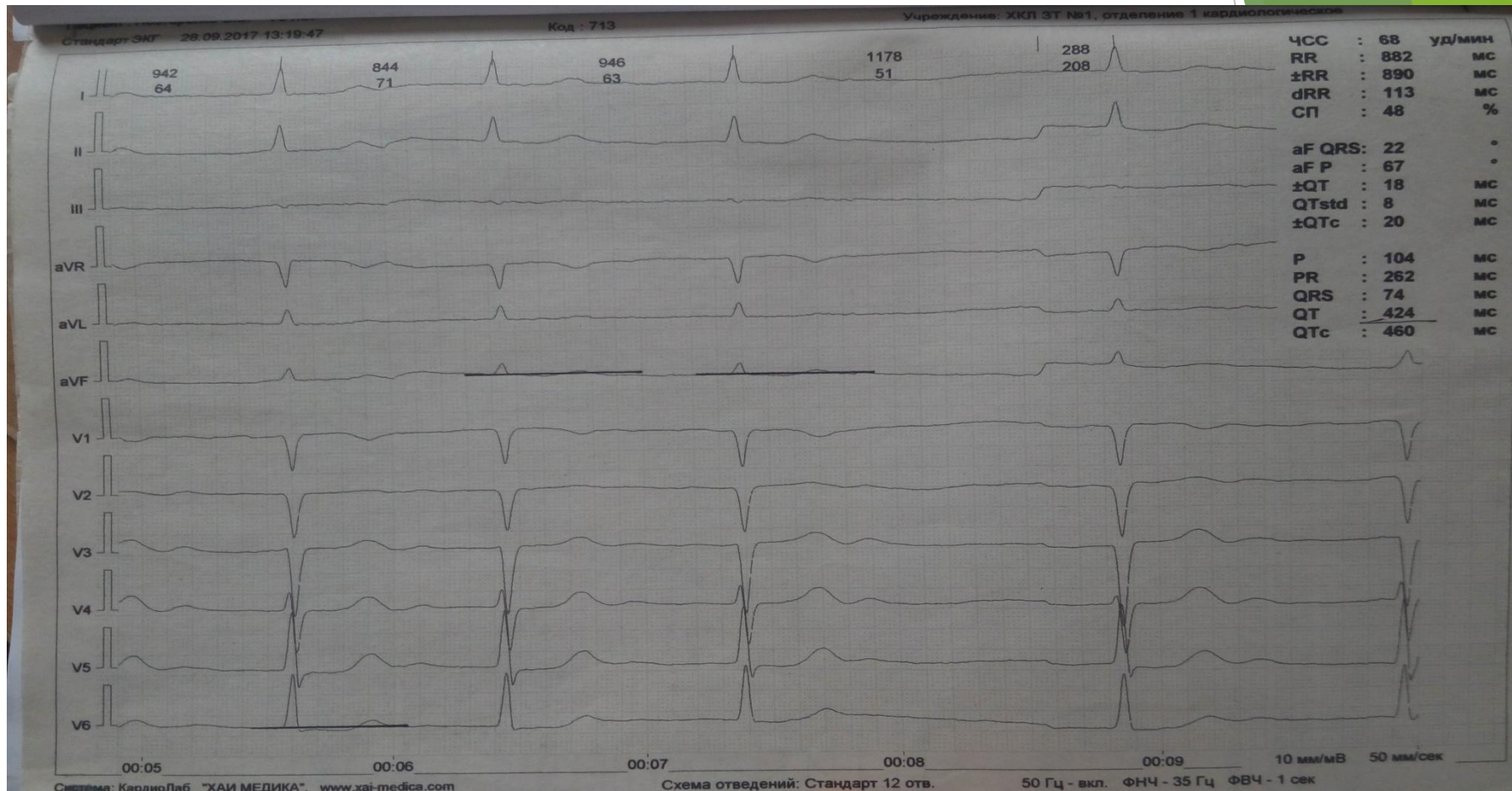
Небольшое увеличение количества лейкоцитов, эритроцитов, переходного эпителия.

Биохимический анализ крови (29.09.17)

Показатель	Результат	Норма
Креатинин	95	62,0– 106,0 мкмоль/л
Билирубин общий	11,2	8,6 – 25,5 мкмоль/л
Глюкоза	4,41	3,9-6,4 ммоль/л
АлАТ	13,9	< 47 у/л
АсАТ	20,3	< 35 у/л
ХС общий	5,33	<5,2 ммоль/л
СРБ	12	<6

Увеличение уровня СРБ в 2 раза, незначительное увеличение уровня общего холестерина

ЭКГ (28.09.2017)



Фибрилляция предсердий с ЧСС 68 уд./мин. Удлинение интервала QTc. Рубцовые изменения миокарда в перегородочно-верхушечной области. Нарушение процессов реполяризации по боковой стенке ЛЖ в виде депрессии сегмента St на 1 мм.

Рентгенография ОГК (02.10.17)

На цифровых полипозиционных рентгенограммах органов грудной клетки (ЭЭД 0,3 мЗв):

Очаговые и инфильтративные изменения в легких не выявлены. Диффузный пневмофиброз. Признаки венозной гипертензии. Корни структурны, расширены за счет сосудистого компонента. В синусах следы жидкости. Сердце резко расширено в поперечнике. Аорта в области дуги склерозирована. Определяется расширение верхнего средостения.

УЗИ ОБП (02.10.2017)

ОБП: Диффузные изменения паренхимы печени и поджелудочной железы. Гепатоспленомегалия. ЖКБ. Калькулез желчного пузыря. Отключенный желчный пузырь.

Почки: Микроуролитиаз. Неполное удвоение правой почки.

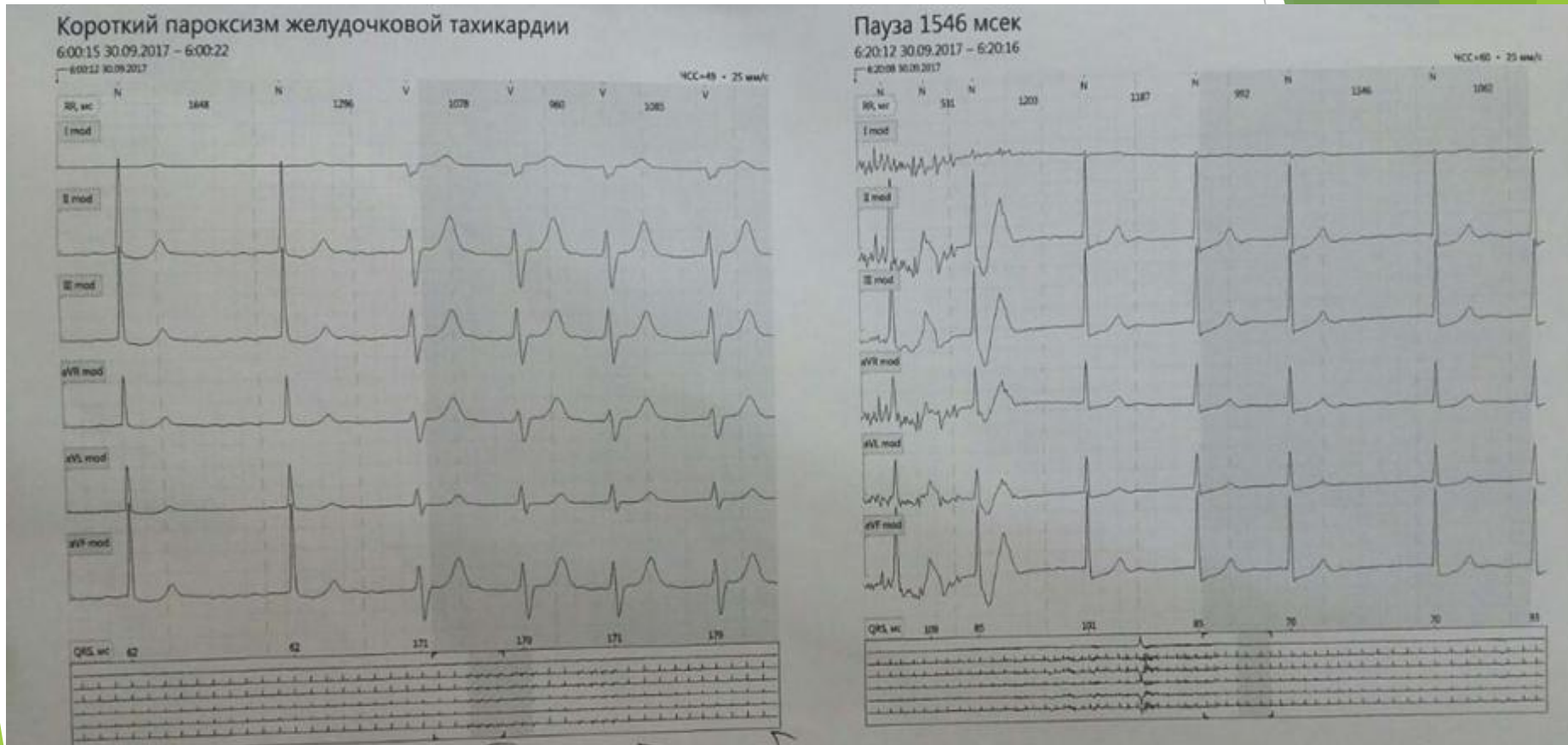
Суточное мониторирование ЭКГ

(20:58 29.09.17 – 6:42 30.09.17)

За время мониторирования (9 часов 40 мин.) на фоне синусового ритма с ЧСС от 35 до 82 (в среднем 45) были зафиксированы :

- ▶ Эпизоды брадикардии (102)
- ▶ Паузы до 2000 мсек (5)
- ▶ Желудочковые экстрасистолы (372), втч одиночные (357)
- ▶ Короткий пароксизм желудочковой тахикардии (3), пробежка максимальной длины имела 7 комплексов с ЧСС 51 уд./мин
- ▶ Наджелудочковые экстрасистолы (1812), втч одиночные (876), спаренные (155), пара с наименьшим R-R 320 мс
- ▶ Эпизоды наджелудочкового ритма (167), пробежка максимальной длины в 11 комплексов с ЧСС 77 уд./мин
- ▶ Эпизодов элевации и депрессии ST не обнаружено

Суточное мониторирование ЭКГ 1 (20:58 29.09.17 – 6:42 30.09.17)



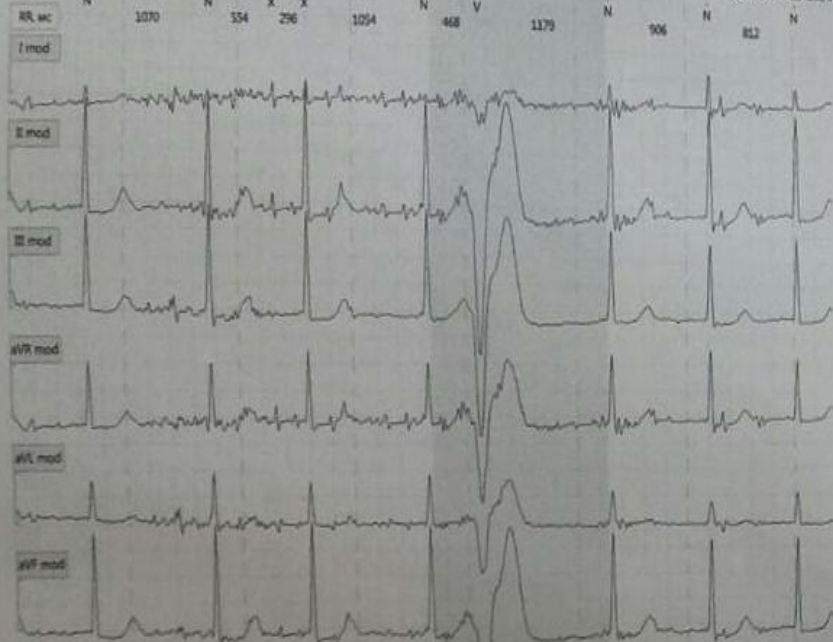
Суточное мониторирование ЭКГ 2 (20:58 29.09.17 – 6:42 30.09.17)

Одиноклая желудочковая э/с

17:13:20 29.09.2017 – 17:13:21

17:13:16 29.09.2017

RR, мс N 1070 X 354 X 296 1054 N 468 V 1179 N 906 N 812 ЧСС=67 • 25 мм/с



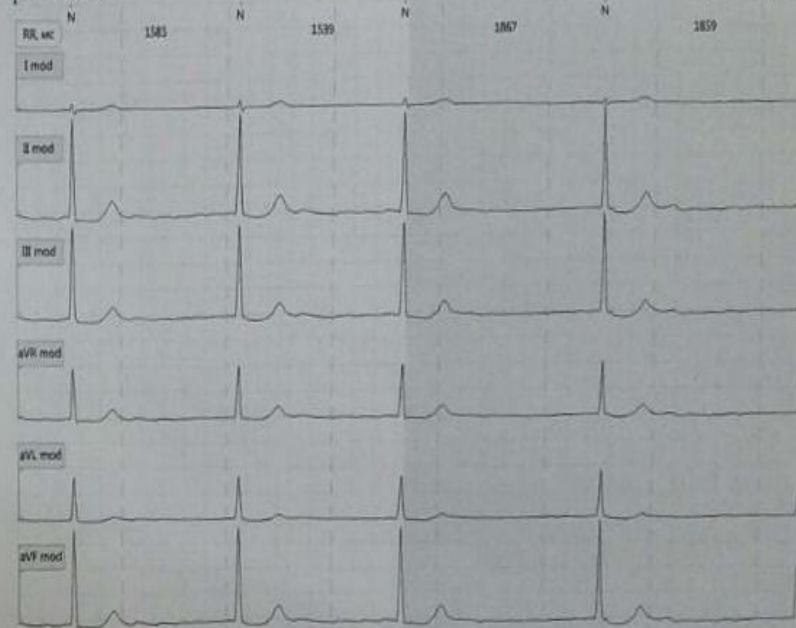
QRS, мс 82 95 70 70 78 148 140 78 54

ЭКГ с минимальной ЧСС

2:11:55 30.09.2017 – 2:12:01

2:11:51 30.09.2017

ЧСС=38 • 25 мм/с



QRS, мс 85 78 70 46

УЗИ сердца с доплером 1 (02.10.17)

АОРТА

- $D = 35,6$ ($N = 20-37$ мм)
- восходящий отдел не расширен
- **ЭХОПЛОТНОСТЬ СТенок ПОВЫШЕННАЯ**
- **САМИ СТЕНКИ УТОЛЩЕНЫ**

КЛАПАН АОРТЫ

- трехстворчатый
- открытие створок = $24,7$ мм ($N = 17-26$ мм)
- **ЭХОПЛОТНОСТЬ СТВОРОК ПОВЫШЕННАЯ**
- **САМИ СТВОРКИ УТОЛЩЕНЫ**
- фиброз створок не определяется
- есть признаки регургитации
- гр в систолу = 9 мм.рт.ст.

ЛЕВОЕ ПРЕДСЕРДИЕ

- **расширено**
- **передне-задний размер = 46 мм ($N =$ до 38 мм)**

УЗИ сердца с доплером 2 (02.10.17)

МИТРАЛЬНЫЙ КЛАПАН

- амплитуда открытия створок = 30,6 мм (N = 28 мм)
- эхоплотность створок повышенная
- сами створки утолщены
- движение створок разнонаправлено
- фиброз створок не определяется
- регургитация I степени
- скорость диастолического прикрытия = 50 мм/с (N = 50-180 мм/с)
- митрально-септальная сепарация (E-Septum) 6 мм (N = 0-10 мм)
- гр в диастолу = 5 мм.рт.ст.

ЛЕВЫЙ ЖЕЛУДОЧЕК

- КДД = 62,4 (N = 35-55 мм)
- КСД = 39,4 (N = 23-38 мм)
- задняя стенка ЛЖ = 13,5 мм (N = 6-11 мм)
- амплитуда движения задней стенки ЛЖ = 13,5 мм (N = 7-13 мм)
- полость ЛЖ расширена
- сократимость не снижена, нормокинезия
- аневризмы нет, дополнительных хорд нет
- фракция выброса = 83% (N = 55-78%)
- фракция укорочения = 53% (28-44%)

УЗИ сердца с доплером 3 (02.10.17)

МЕЖЖЕЛУДОЧКОВАЯ ПЕРЕГОРОДКА	<ul style="list-style-type: none">- толщина 12,9 мм (N = 6-11 мм)- амплитуда движения МЖП = 16 мм (N = 4-10 мм)
ПРАВЫЙ ЖЕЛУДОЧЕК	<ul style="list-style-type: none">- не расширен- D = 32,4 мм (N = 9-26 мм при измерении в М-режиме)толщина передней стенки ПЖ = 4,5 мм (N = 3-6 мм)
ПРАВОЕ ПРЕДСЕРДИЕ	<ul style="list-style-type: none">- расширено- D = 44 мм
МЕЖПРЕДСЕРДНАЯ ПЕРЕГОРОДКА	<ul style="list-style-type: none">- не изменена
ТРИКУСПИДАЛЬНЫЙ КЛАПАН	<ul style="list-style-type: none">- регургитация II степени- гр в систолу = 40 мм.рт.ст.
КЛАПАН ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ	<ul style="list-style-type: none">- створки не изменены- регургитация физиологическая I степени- гр в систолу = 4 мм.рт.ст.- ствол ЛА = 41 мм
ПЕРИКАРИАЛЬНАЯ	<ul style="list-style-type: none">- не расширена

Заключение УЗИ сердца с доплером (02.10.17)

- ▶ Склеротические изменения стенок аорты, створок аортального и митрального клапанов
- ▶ Гипертрофия миокарда ЛЖ по эксцентрическому типу
- ▶ Дилатация всех полостей сердца
- ▶ Показатели сократимости миокарда и насосной функции ЛЖ сохранены
- ▶ Митральная регургитация I степени
- ▶ Трикуспидальная регургитация II степени
- ▶ Признаки легочной гипертензии I степени

Консультация ангиохирурга (02.10.17)

Посттромбофлебитический синдром обеих нижних конечностей, ХВН II-III ст.

Рекомендовано:

- ▶ УЗД вен нижних конечностей
- ▶ При наличии симптомной брадикардии — имплантация ЭКС.

Постановка клинического диагноза согласно действующим классификациям

Классификация ИБС 1

(по рекомендациям Европейского общества кардиологов ESC, 2013)

▶ **Внезапная сердечная смерть**

▶ **Острый коронарный синдром**

▶ — Острый инфаркт миокарда с элевацией сегмента ST

▶ — Острый инфаркт миокарда без элевации сегмента ST

▶ — Нестабильная стенокардия

▶ **Стенокардия напряжения** (классификация Канадского сердечно-сосудистого общества)

▶ — **I функциональный класс (I ФК)**. Обычная физическая активность, такая как ходьба или подъем по лестнице, не вызывает стенокардию. Стенокардия возникает при напряженной или быстрой, или длительной нагрузке во время трудовой деятельности или активного отдыха.

▶ — **II функциональный класс (II ФК)**. Незначительное ограничение обычной активности: быстрая ходьба или подъем по лестнице, ходьба в гору, ходьба или подъем по лестнице после еды, при холодном ветре, или при эмоциональном стрессе, или в первые несколько часов после пробуждения. Ходьба на расстояние более чем два квартала (более 500 м) и подъем более чем на один пролет обычной лестницы в обычном темпе и в обычных условиях.

Классификация ИБС 2

- ▶ **III функциональный класс (III ФК).** Выраженное ограничение обычной физической активности: ходьба на расстояние одного или двух кварталов (100-150м) и подъем на менее чем один пролет обычной лестницы в обычном темпе.
- ▶ **IV функциональный класс (IV ФК).** Стенокардия возникает при небольших физических нагрузках, при ходьбе по ровному месту на расстояние менее 100 м. Характерно возникновение приступов стенокардии в покое. Возможно возникновение приступов, пробуждающих больного ночью, после еды, при переходе из вертикального в горизонтальное положение (увеличение венозного притока крови к сердцу).
- ▶ **Безболевая ишемия миокарда**
- ▶ **Особые формы стенокардии**
 - Синдром Х
 - Вазоспастическая стенокардия
- ▶ **Постинфарктный кардиосклероз**
- ▶ **Ишемическая кардиомиопатия**

Факторы риска ИБС

- ▶ Дислипидемия
- ▶ Артериальная гипертензия
- ▶ Курение
- ▶ Сахарный диабет
- ▶ Возраст – **мужчины старше 45 лет**, женщины старше 55 лет, либо с ранней менопаузой без заместительной терапии эстрогенами
- ▶ Неблагоприятная наследственность – инфаркт миокарда или внезапная смерть ближайших родственников в возрасте до 55 лет для мужчин и до 65 лет для женщин

Классификация офисных показателей артериального давления (мм.рт.ст.)

(the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) 2013 и Ассоциация кардиологов Украины 2013)

Категория	Систолическое		Диастолическое
Оптимальное	< 120	и	< 80
Нормальное	120-129	и/или	80-84
Высокое нормальное	130-139	и/или	85-89
АГ 1 степени	140-159	и/или	90-99
АГ 2 степени	160-179	и/или	100-109
АГ 3 степени	≥ 180	и/или	≥ 110
Изолированная систолическая АГ	≥ 140	и	< 90

Классификация стадий АГ

(Рекомендации Ассоциации кардиологов Украины, 2016г)

Стадия	Объективные признаки органического поражения органов мишеней
I	Нет объективных изменений со стороны органов-мишеней.
II	<p>Есть объективные признаки поражения органов-мишеней без симптомов с их стороны или нарушения функции:</p> <ul style="list-style-type: none">• гипертрофия левого желудочка (по данным ЭКГ, УЗИ, Ro)• генерализованное сужение артерий сетчатки• микроальбуминурия и/или небольшое увеличение концентрации креатинина (у м. – 115 – 133 ммоль/л, у ж. – 107 – 124 ммоль/л)• поражение сонных артерий – утолщение интимы-медии > 0,9 мм или наличие атеросклеротических бляшек
III	<p>Есть объективные признаки поражения органов-мишеней с симптомами с их стороны и нарушением функции</p> <ul style="list-style-type: none">• сердце – инфаркт миокарда, сердечная недостаточность II А - III стадии• мозг – инсульт, транзиторная ишемическая атака, острая гипертензивная энцефалопатия, сосудистая деменция• глазное дно – кровоизлияние и экссудаты в сетчатке с отеком диска зрительного нерва или без него• почки – концентрация креатинина в плазме у мужчин > 133 мкмоль/л , у женщин > 124 мкмоль/л• сосуды – расслаивающаяся аневризма аорты; окклюзия периферических артерий

Стратификация риска у больных с АГ

(Рекомендации Ассоциации кардиологов Украины, 2013г)

Факторы риска	Высокое нормальное 130-139/85-89	АГ 1-й степени 140-159/90-99	АГ 2-й степени 160-179/100-109	АГ 3-й степени >180/110
Др. факторов риска нет		Низкий риск	Средний риск	Высокий риск
1-2 фактора риска	Низкий риск	Средний риск	Средний и высокий риск	Высокий риск
3 и более факторов риска	Низкий и средний риск	Средний и высокий риск	Высокий риск	Высокий риск
Поражение органов-мишеней , ХБП 3 ст. или СД	Средний и высокий риск	Высокий риск	Высокий риск	Высокий и очень высокий риск
Клинически манифестные сердечно-сосудистые заболевания, ХБП ≥ 4 ст. или диабет с поражением органов-мишеней или факторами риска	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск

Факторы риска, влияющие на прогноз при АГ

- ▶ Мужской пол
- ▶ Возраст (≥ 55 лет у мужчин, ≥ 65 лет у женщин)
- ▶ Курение
- ▶ Дислипидемия
 - Общий холестерин $> 4,9$ ммоль/л (190 мг/дл) и/или
 - Холестерин липопротеинов низкой плотности $> 3,0$ ммоль/л (115 мг/дл) и/или
 - Холестерин липопротеинов высокой плотности
 - Триглицериды $> 1,7$ ммоль/л (150 мг/дл)
- ▶ Глюкоза плазмы натощак 5,6–6,9 ммоль/л (102–125 мг/дл)
- ▶ Нарушение толерантности к глюкозе
- ▶ Ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м²)
- ▶ Абдоминальное ожирение (окружность талии: ≥ 102 см у мужчин, ≥ 88 см у женщин) (для лиц европейской расы)
- ▶ Семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний (< 55 лет у мужчин, < 65 лет у женщин)

Классификация фибрилляции предсердий

(ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation, 2016;
Ассоциация кардиологов и аритмологов Украины, 2016 г.)

По течению:

- ▶ Впервые выявленная (вне зависимости от продолжительности и тяжести приступа)
- ▶ Пароксизмальная (длительностью менее 7 сут., чаще 48 часов)
- ▶ Персистирующая (длительностью свыше 7 сут. или кардиоверсия)
- ▶ Длительно персистирующая (более 12 мес.)
- ▶ **Постоянная (длительно существующая ФП, кардиоверсия неэффективна или не проводилась)**

Классификация фибрилляции предсердий

(ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation, 2016;
Ассоциация кардиологов и аритмологов Украины, 2016 г.)

По типу:

- ▶ **Вторичная**
- ▶ Фокальная
- ▶ Полигенная
- ▶ Послеоперационная
- ▶ ФП у пациентов с митральным стенозом или протезом клапана
- ▶ ФП спортсменов
- ▶ Моногенная

Классификация фибрилляции предсердий в зависимости от частоты желудочковых сокращений

(Украинское общество кардиологов, 2009 г.)

- ▶ **Брадисистолическая – ЧСС ниже 60 уд/мин**
- ▶ Эусистолическая – ЧСС 60-90 уд/мин
- ▶ Тахисистолическая – ЧСС более 100 уд/мин

Индекс симптомов фибрилляции предсердий (EHRA)

(Европейская ассоциация сердечного ритма
European Heart Rhythm Association, 2016 г.)

- ▶ EHRA I — отсутствие симптомов;
- ▶ EHRA IIa — легкие симптомы, не нарушающие повседневную активность;
- ▶ EHRA IIb — умеренные симптомы, не нарушающие повседневную активность, но вызывающие дискомфорт у пациента;
- ▶ EHRA III — **тяжелые симптомы, нарушающие повседневную активность;**
- ▶ EHRA IV — инвалидизирующие симптомы, исключая повседневную активность.

Шкала оценки риска тромбоэмболических осложнений у больных с ФП (CHA₂DS₂-VASc) (ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation, 2011 г.)

Факторы риска	Баллы
Хроническая сердечная недостаточность/дисфункция ЛЖ	1
Возраст ≥ 75 лет	2
Артериальная гипертензия	1
Сахарный диабет	1
Заболевание сердечно-сосудистой системы (ИМ в анамнезе, периферический атеросклероз, атеросклеротические бляшки в аорте)	1
Инсульт, транзиторная ишемическая атака или тромбоэмболия в анамнезе	2
Женский пол	1
Возраст 65 – 74 года	1

Сумма баллов у данного пациента – 5.

Ожидаемая частота инсультов за год – 6.7%

Расчет риска кровотечений на фоне анти тромботической терапии по шкале HAS-BLED

(ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation, 2011 г.)

Факторы риска	Баллы
Артериальная гипертензия (САД > 160 мм рт.ст.)	1
Нарушение функции печени : тяжелое хр. заболевание или повышение билирубина ≥ 2 раза от верхней границы нормы в сочетании с повышением \geq АСТ/АЛТ ≥ 3 раза	1
Нарушение функции почек : креатинин ≥ 200 , диализ, трансплантация	1
Инсульт	1
Кровотечение в анамнезе или предрасположенность к нему	1
Лабильное МНО (нестабильное или высокое в терапевтическом диапазоне менее 60% времени)	1
Возраст более 65 лет	1
Прием др. лекарств, повышающих риск кровотечения (НПВС, антиагреганты и др.)	1

Сумма баллов у данного пациента – 3

Высокий риск кровотечений

Клинические стадии ХСН

(по Стражеско Н. Д., Василенко В. Х., 1935 г.; Рекомендации Ассоциации кардиологов Украины, 2017 г.)

- ▶ **Стадия I** – начальная недостаточность кровообращения, появляющаяся только при физической нагрузке (одышка, тахикардия, утомляемость); в покое гемодинамика и функции органов не нарушены
- ▶ **Стадия II** – выраженная длительная недостаточность кровообращения. Нарушение гемодинамики (застой в малом и большом кругах кровообращения), нарушение функции органов и обмена веществ выражены в покое
- ▶ **Период А** – начало стадии, нарушения гемодинамики выражены умеренно; наблюдается нарушение функции сердца или только какого-то из его отделов
- ▶ **Период Б** – окончание длительной стадии. Глубокие нарушения гемодинамики (гемодинамические нарушения как в большом, так и в малом кругах кровообращения)
- ▶ **Стадия III** – конечная, дистрофическая стадия с тяжелыми нарушениями гемодинамики, стойкими изменениями обмена веществ и функций органов, необратимыми изменениями структуры органов и тканей, полная утрата трудоспособности

Классификация функциональных классов ХСН

(НУНА, 1964 г.; Рекомендации ассоциации кардиологов Украины, 2013 г.)

- ▶ **ФК I** - Пациенты с заболеванием сердца, не приводящим к ограничению физической активности
- ▶ **ФК II** - Пациенты с заболеванием сердца, которое вызывает небольшое ограничение физической активности. Обычная физическая нагрузка вызывает чрезмерную усталость, сердцебиение, одышку или стенокардию
- ▶ **ФК III** - Пациенты с заболеванием сердца, которое вызывает значительное ограничение физической активности
- ▶ **ФК IV** - Пациенты с заболеванием сердца, из-за которого они не могут выполнять даже минимальную физическую нагрузку

Варианты ХСН

(Рекомендации Европейского общества кардиологов ESC, 2013 г. и Ассоциации кардиологов Украины, 2017 г.)

- ▶ СН со сниженной ФВ ЛЖ (ФВ <40%)
- ▶ СН с сохраненной ФВ ЛЖ (ФВ ≥ 40%)

Классификация форм остеоартроза 1

Ассоциация ревматологов Украины (2004 г.)

- ▶ **I. Патогенетические варианты**
- ▶ 1. **Первичный** (идиопатический)
- ▶ 2. Вторичный (обусловлен дисплазией, травмами, нарушениями статики, гипермобильностью суставов, артритами и др.)
- ▶ **II. Клинические формы**
- ▶ 1. **Полиоостеоартроз: узелковый, безузелковый**
- ▶ 2. Олигоостеоартроз
- ▶ 3. Моноартроз
- ▶ 4. В сочетании с остеохондрозом позвоночника, спондилоартрозом.
- ▶ **III. Преимущественная локализация**
- ▶ 1. **Межфаланговые суставы (узелки Гебердена, Бушара)**
- ▶ 2. Тазобедренные суставы (коксартроз)
- ▶ 3. Коленные суставы (гонартроз).
- ▶ 4. Другие суставы

Классификация остеоартроза 2

(Институт ревматологии РАМН (2001 г.) на III Конгрессе ревматологов Украины)

▶ **IV.** Рентгенологическая стадия

▶ 1. (по Келлгрону): I, II, III, IV

▶ 2. (по Косинской): I, II, III

▶ **V.** Синовит:

▶ – имеется

▶ – отсутствует

▶ **VI.** Функциональная способность больного

▶ 1. Трудоспособность ограничена временно (ФН₁)

▶ 2. **Трудоспособность утрачена (ФН₂)**

▶ 3. Нуждается в постороннем уходе (ФН₃)

Дифференциальная диагностика остеоартроза и ревматоидного артрита

Ревматоидный артрит	Остеоартроз
Утренняя скованность не менее 1 часа	Утренняя скованность менее 30 минут или отсутствует
Артрит 3х и более суставных зон	Моно- и олигоартрит чаще
Артрит суставов кистей	Чаще поражаются крупные суставы - тазобедренный, коленный реже суставы кистей
Симметричный артрит	Чаще характерна асимметричность поражения
Боль не связана с физической активностью и не исчезает в покое	Боль связана с физической активностью и исчезает в покое
Ревматоидные узелки	Узелки Бушара, Гебердена
Повышение СОЭ, СРБ	Не характерно
Ревматоидный фактор или anti-CCP / МСV в сыворотке крови	Не характерно
Эрозии или остеопороз на рентгенограммах кистей	Сужение суставной щели, образование остеофитов, субхондральное утолщение костей или кисты на рентгенограмме

Основные принципы оценки тяжести ХОБЛ

Рекомендации GOLD-2018

Оценка симптомов
риска обострений

История
обострений

GOLD 4	C	D	≥ 2 или ≥ 1
GOLD 3			обострения с госпитализацией
GOLD 2	A	B	0-1
GOLD 1			обострения без госпитализаций
	mMRC 0-1 CAT <10	mMRC ≥ 2 CAT ≥ 10	

Факторы риска ХОБЛ

ХОБЛ возникает в результате воздействия комплекса факторов риска в течение длительного времени:

- ▶ **Курение**
- ▶ Генетическая предрасположенность
- ▶ **Пол и возраст**
- ▶ Рост и развитие легких
- ▶ Ингаляционные воздействия
- ▶ Социально-экономический статус
- ▶ Бронхиальная астма и бронхиальная гиперреактивность
- ▶ **Хронический бронхит**
- ▶ **Инфекции**

Международная классификация венозной недостаточности CEAP 1

► I. Клиническая классификация (C)

C0: Отсутствие симптомов болезни вен при осмотре и пальпации

C1: Телеангиэктазии / ретикулярные вены.

C2: Варикозно расширенные вены

C3: Отек

C4a: Пигментация и/или венозная экзема

C4b: Липодерматосклероз

C5: Кожные изменения, указанные выше, и зажившая язва.

C6: Кожные изменения, указанные выше, и активная язва

A: Без симптомов

S: С субъективными симптомами (тяжесть, чувство распираания, судороги и др.)

Международная классификация венозной недостаточности СЕАР 2

▶ II. Этиологическая классификация (E)

Es: Врожденное заболевание

Ep: Первичное с неизвестной причиной

Es: Вторичное с известной причиной: посттромботическое, посттравматическое и др.

En: Не удается установить причину заболевания

▶ III. Анатомическая классификация (A)

AS: Поверхностные вены

▶ Телеангиэктазии и ретикулярные вены

▶ Большая подкожная вена выше колена

▶ Большая подкожная вена ниже колена

▶ Малая подкожная вена

▶ Изменение вен вне бассейна БПВ или МПВ AD: Глубокие вены

▶ Нижняя полая

▶ Общая подвздошная

▶ Внутренняя подвздошная

▶ Наружная подвздошная

Международная классификация венозной недостаточности СЕАР 3

- ▶ Тазовые — гонадная, широкой связки матки и др.
- ▶ Общая бедренная
- ▶ Глубокая бедренная
- ▶ Поверхностная бедренная
- ▶ Подколенная
- ▶ Вены голени — передняя и задняя большеберцовые, малоберцовая (все парные)
- ▶ Мышечные — икроножные, камбаловидные и др.

AP: Перфорантные вены

- ▶ Бедро
- ▶ Голени

An: Нет изменений в венозной системе

▶ **IV.** Патофизиологическая классификация (P)

Pr: Рефлюкс

Po: Обструкция

Pr,o: Рефлюкс + обструкция

Pn: Нарушений венозного оттока не обнаружено

Оценка мультиморбидности (система CIRS)

Заболевания	Баллы				
	0	1	2	3	4
Болезни сердца				✓	
Болезни сосудов				✓	
Болезни крови	✓				
Болезни дыхательной системы			✓		
Болезни органов чувств	✓				
Болезни верхних отделов ЖКТ			✓		
Болезни нижних отделов ЖКТ			✓		
Болезни печени		✓			
Болезни почек		✓			
Болезни мочеполовой системы			✓		
Болезни опорно-двигательного аппарата				✓	
Болезни ЦНС И ПНС	✓				
Болезни эндокринной системы и метаболические нарушения			✓		
Психические нарушения	✓				
Сумма баллов	21				

Коморбидность (система CIRS)

Принцип выставления баллов:

- ▶ «0» - отсутствие заболеваний выбранной системы;
- ▶ «1» — легкие отклонения от нормы или перенесенные в прошлом заболевания;
- ▶ «2» - болезни, нуждающиеся в назначении медикаментозной терапии;
- ▶ «3» - заболевания, ставшее причиной инвалидности;
- ▶ «4» — тяжелая органная недостаточность, требующая проведения неотложной терапии.

Система CIRS оценивает коморбидность по сумме баллов, которая может варьировать от 0 до 56. По мнению ее разработчиков, максимальные результаты не совместимы с жизнью больных.

У данного пациента сумма баллов составляет 21.

План обследования

План обследования в стационаре

1. Клинический анализ крови
2. Клинический анализ мочи
3. Биохимический анализ крови (глюкоза, мочеви́на, билирубин общий, АЛТ, АСТ, общий холестерин, СРБ)
4. ЭКГ
5. Амбулаторное мониторирование ЭКГ с суточным мониторированием АД
6. УЗИ сердца, ОБП, почек
7. Рентгенография ОГК
8. Консультация сосудистого хирурга
9. УЗД вен нижних конечностей

Наши рекомендации по дообследованию

1. Биохимический анализ крови (мочевая кислота, сиаловая кислота, РФ, серомукоиды, церулоплазмин, anti ССР, Са⁺, Na⁺, К⁺)
2. Коагулограмма и МНО, АЧТВ
3. Липидный спектр
4. Сывороточное железо, трансферрин, ферритин, В12, фолиевая кислота
5. Анализ крови на ТТГ
6. Spiрография
7. Ro исследование кистей рук с захватом лучезапястных, коленных суставов
8. Исследование кала на скрытую кровь
9. УЗИ предстательной железы и консультация уролога
10. МРТ органов брюшной полости и малого таза (для исключения онкопатологии)
11. Консультация онколога после дообследования

Окончательный диагноз

Основной: ИБС. Стабильная стенокардия напряжения III ФК. ГБ III стадии, 3 степени. Постоянная форма ФП, брадисистолический вариант (ЧСС-35 уд/мин и средн-45). EHRA III, CHADS-VASc-5, HAS-BLEED-3, CH IIa с сохраненной ФВ ЛЖ

Сопутствующий:

- ▶ Первичный полиостеоартроз, с поражением мелких суставов кистей, лучезапястных, суставов. НФС 2ст. Ro? Ревматоидный артрит?
- ▶ Хроническое обструктивная болезнь легких, смешанный тип, группа B, ремиссия. ЛН IIст.
- ▶ Хроническая анемия 1 ст.
- ▶ Посттромбофлебитический синдром, ХВН II-III ст.
- ▶ Хронический колит, долихосигма
- ▶ Аденома предстательной железы
- ▶ ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит в стадии ремиссии.
Гепатоспленомегалия
- ▶ Микроуролитиаз. Неполное удвоение правой почки

Размышления 1

Учитывая:

- ▶ Преклонный возраст пациента (79 лет)
- ▶ Наличие факторов риска – курение в течение 16 лет, постоянные переохлаждения, частые ОРВИ, ХОБЛ, аденомы предстательной железы
- ▶ Наличие симптомов, которые могут наблюдаться при паранеопластическом синдроме – анемия, тромбоцитоз, артрит, тромбофлебит, гепатоспленомегалия
- ▶ Данные результатов обследования: увеличение СОЭ в 4 раза, СРБ в 2 раза, что не характерно для ОА

Необходимо провести тщательное дообследование пациента для исключения сопутствующего онкологического заболевания

Размышления 2

Уточнение диагноза ОА после дообследования

В пользу активности РА на фоне ОА будет свидетельствовать:

- положительный результат РФ, anti-CCP /МСV в сыворотке крови и соответствующая картина на рентгенограммах кистей

В пользу ОА и наличия онкологического процесса будет говорить:

- Отрицательный результат выше перечисленных анализов и соответствующая картина на рентгенограммах кистей
- Увеличение СОЭ в 4 раза, СРБ в 2 раза, что не характерно для ОА

Лечение в стационаре

- ▶ Клопидогрель 75 мг вечером
- ▶ Эналаприл 10 мг 2 раза в день
- ▶ Торасемид 10 мг утром
- ▶ Спиринолактон 50 мг утром
- ▶ Пантопразол 40 мг за 30 мин до еды
- ▶ Кардикет ретард 10 мг утром и днем
- ▶ Тиотриозалин 40 на физиологическом растворе 100,0 в/в капельно

Лечение согласно протоколов

- ▶ Модификация образа жизни
- ▶ Дабигатрана этексилат 150 мг 2 раза в день
- ▶ Эналаприл 10 мг вечером
- ▶ Тамсулозина гидрохлорид (Омник) 0,4 мг утром
- ▶ Индапамид 1,5 мг утром
- ▶ Изосорбид динитрат 10 мг утром и днем
- ▶ Диклофенак гель местно на кисти при болях
- ▶ Пантопразол 40 мг за 30 мин до еды
- ▶ Хондроитин сульфат (Структум) 500 мг 2р/день
3 месяца

Наши рекомендации по ведению пациента

Не медикаментозная терапия

Модификация образа жизни:

- ▶ Полноценный сон (не менее 8 часов в сутки)
- ▶ Ограничить чрезмерное употребление жидкости
- ▶ Ограничить чрезмерного употребления соли (>6 г/сут)
- ▶ Соблюдение диеты и рекомендаций физической активности
- ▶ Контроль АД и пульса

Медикаментозная терапия

- ▶ Консультация кардиохирурга для решения вопроса о ЭКС
- ▶ Дабигатрана этексилат 150 мг 2 раза в день
- ▶ Тамсулозина гидрохлорид (Омник) 0,4 мг утром
- ▶ Индапамид 1,5 мг утром
- ▶ Изосорбид динитрат 10 мг утром и днем
- ▶ Диклофенак гель местно на кисти при болях

Выводы

- Брадисистолическая форма фибрилляции предсердий в пожилом возрасте у большей части пациентов сочетается с множеством других заболеваний
- В изложенном клиническом случае ФП сочетается с ИБС, АГ, СН, ХОБЛ, ОА, анемией, ПТФС, аденомой предстательной железы, колитом, ЖКБ, удвоением правой почки, гепатоспленомегалией
- Для определения тактики ведения данного пациента необходимо дообследование в плане онкопатологии и ОА
- Наличие такого количества заболеваний у одного пациента требует улучшения качества жизни за счет модификации образа жизни и тщательного подбора медикаментов
- Существует опасность полипрагмазии поэтому необходимо определить тот минимум медикаментов, который необходим на данный момент

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

