

Харьковский национальный университет
имени В. Н. Каразина

Кафедра внутренней медицины

ГУ “Институт общей и неотложной хирургии
имени В.Т.Зайцева”

**Опыт ведения пациента с
дислокацией левожелудочкового
электрода при
кардиоресинхронизирующей терапии**

Выполнили студенты 6 курса Дрокин Д.Г., Парфёнова А.А.
Руководители Шанина И.В., Волков Д.Е., Лысенко Н.В., Яблчанский Н.И.

Наш пациент

- Пациент мужчина 62 года
- Главный конструктор в сфере энергетики
- Диагноз:

Основное заболевание: Атеросклероз аорты, церебральный атеросклероз

Осложнения основного заболевания: Комбинированный аортальный порок с преобладанием недостаточности (2 ст.), относительная недостаточность митрального (2 ст.), трикуспидального клапанов, относительная недостаточность клапанов легочной артерии. Артериальная гипертензия III ст., 2 ст., очень высокий риск. Кардиомегалия. ХСН II Б ст., ФК III ст. (со сниженной систолической функцией левого желудочка ФВ-17%). Малый ишемический инсульт в вертебро-базилярном бассейне с вестибуло-атактическим синдромом, левосторонней пирамидальной недостаточностью (2012 год). Дисциркуляторная энцефалопатия II ст. Состояние после имплантации ресинхронизирующего DDD (RV) ЭКС. Дислокация ЛЖ электрода.

Сопутствующие заболевания:

Подагра, подагрический артрит, интермиттирующее течение с поражением левого первого плюснефалангового сустава. Акт. 0.

Вторичный остеоартроз. Остеохондроз нижнегрудного и поясничного отдела. ФНС 0.

Диагноз направившего учреждения

Основной: ДКМП. Синдром вторичной легочной гипертензии. Гипертоническая болезнь II ст., 2 ст., высокий риск. Относительная недостаточность митрального и трикуспидального клапанов. ХСН II Б ст., ФК III ст. (со сниженной систолической функцией левого желудочка ФВ-17%). Состояние после имплантации ресинхронизирующего DDD (RV) ЭКС. Дислокация ЛЖ электрода.

Сопутствующий: ХОЗЛ. Подагра, подагрический артрит, стадия ремиссии. Анкилозирующий спондилоартрит, центральная форма, клиническая стадия III, ФК II.

Основные жалобы

- Общая слабость, снижение работоспособности
- Одышка при незначительной физической нагрузке (подъеме по лестнице на один этаж, ходьба около 500 м), усиливающаяся в клиностазе, особенно в ночное время
- Кашель со скудной мокротой белого цвета в ночное время
- Пастозность стоп и голеней

Сопутствующие жалобы

- Боль в левом первом плюснефаланговом суставе на фоне отечности и гиперемии
- Боли, хруст и ограничение при движении в нижнегрудном и поясничном отделах позвоночника, особенно после состояния покоя и в ночное время, утренняя скованность
- Похудение на 20 кг в мае - августе 2013 (причина - тяжелый дистресс), быстрый набор веса на 7 кг в сентябре - октябре 2013

Анамнез болезни 1

- Февраль 2002. Нестабильная стенокардия. Одышка, возникающая при подъеме на лестницу (на 2-ой этаж), ходьбе (около 500 м). В декабре одышка усугубилась. Терапия: Аспирин, Нитроглицерин, Атенолол, Надропарин кальция.
- Апрель 2007. На ЭХОКГ: Кальциноз задней створки аортального клапана с ограничением её подвижности (возможно атеросклеротической природы либо вследствие перенесенного вальвулита). Незначительное ускорение кровотока на Ао клапане, недостаточность Ао клапана 2 степени. Дилатация левых отделов сердца. Относительная недостаточность митрального клапана 2 степени. Относительная недостаточность трикуспидального и легочного клапана. Диффузное снижение сократительной функции миокарда ЛЖ, посткапиллярная легочная гипертензия 1 степени. Эхо признаки аортального порока – Ао недостаточности с “митрализацией”. Кардиопатия. Терапия: Аспирин, Каптоприл, Карведилол, Индапамид.
- Ноябрь 2008. Стационарное лечение. Терапия: Карведилол, Эналаприл, Фуросемид.
- Апрель 2009. Плановое обследование. Терапия: Ивабрадин, Спиринолактон, Торасемид, Рамиприл, Эноксапарин натрия.

Анамнез болезни 2

- Март 2010. Диагноз: ДКМП неясной этиологии. Синдром вторичной легочной гипертензии. Гипертоническая болезнь II ст. СН II Б. Со сниженной систолической функцией левого желудочка (ФВ-23%) , ФК IV с приступами ОЛЖН (сердечная астма). Двусторонний застойный гидроторакс. Терапия: Ивабрадин, Спиринолактон, Рамиприл, Апиксабан.
- Сентябрь 2012. Диагноз: малый ишемический инсульт в вертебро-базиллярном бассейне с вестибуло-атактическим синдромом, левосторонней пирамидальной недостаточностью. Церебральный атеросклероз. Дисциркуляторная энцефалопатия II ст. ИБС. Диффузный кардиосклероз. Ишемическая дилатационная кардиомиопатия. Блокада ЛНПГ. СН II А с систолической дисфункцией левого желудочка (ФВ-23%), QRS комплекс – 160 мс, рефрактерность к медикаментозной терапии, отрицательная динамика ЭХОКГ, наличие ЭХОКГ маркеров диссинхронии сердца. Рекомендовано плановое оперативное лечение – имплантация ресинхронизирующего ЭКС. Терапия: Кристаллоидный плазмозаменитель, L-лизина эсцинат, Цитиколин, Актовегин, [Этилметилгидроксипиридина сукцинат](#), Гепарин, Метоклопрамид, Дексаметазон.

Анамнез болезни 3

- Октябрь 2012 – установка ЭКС Medtronic Vitatron в режиме DDD (RV):
 - предсердный электрод – ушко правого предсердия,
 - правожелудочковый электрод – МЖП,
 - левожелудочковый электрод – боковая стенка ЛЖ.



11.10.12
QRS 160 мс

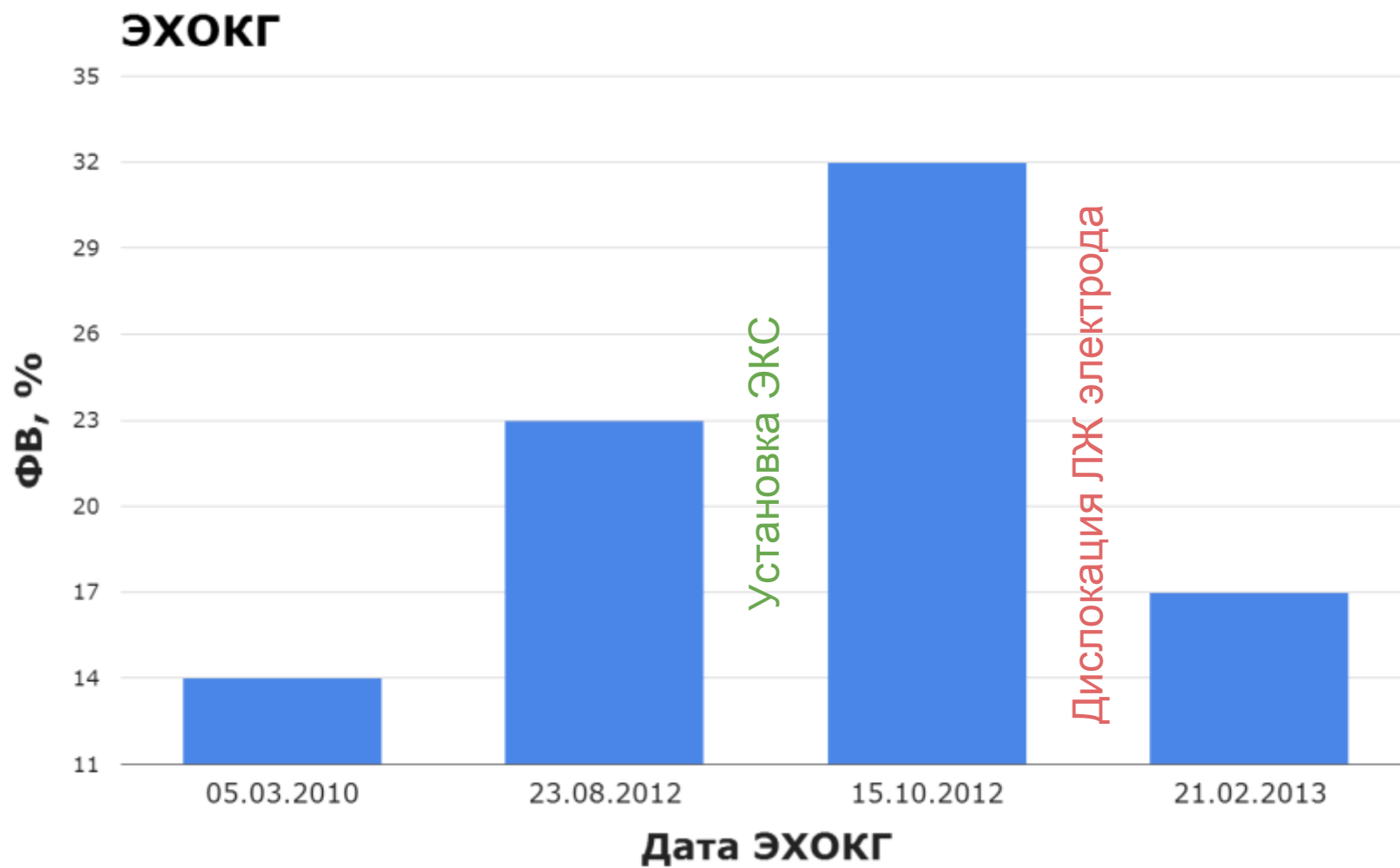


16.10.12
QRS 120 мс

Анамнез болезни 5

- Июнь 2013. Усилилась одышка, появились отеки на нижних конечностях, снизилась толерантность к физической нагрузке, госпитализирован по направлению участкового кардиолога. Рентгенографически - дислокация ЛЖ электрода. Аппарат отключен.
- Направлен в кардио-хирургическое отделение «Института общей и неотложной хирургии имени В.Т. Зайцева» для проведения операции - замена ЭКС

Анамнез болезни 4



Анамнез жизни

- 2007. Подагра, подагрический полиартрит, акт. 0 (Аллопуринол 100 мг/сут).
- 2007. Анкилозирующий спондилоартрит, центральная форма, акт. 0. ФНС III ст.
- 2013. ХОЗЛ. Хронический обструктивный бронхит, легкое течение. ЛН 1 ст.
- Сахарный диабет, болезнь Боткина, ревматизм, туберкулез, венерические заболевания отрицает.
- Курение, злоупотребление алкоголем, прием наркотических веществ отрицает.
- Аллергический анамнез не отягощен.

Объективный статус при поступлении

- Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы бледного цвета.
- При перкуссии - границы легких в пределах нормы. Аускультация легких - ослабленное везикулярное дыхание.
- При перкуссии - границы относительной сердечной тупости расширены:
 - правая - в III м/р на 1,5 см кнаружи от L.parasternalis dextra,
 - левая - в V м/р на 1,5 см кнаружи по L.clavicularis media,
 - верхняя - в III м/р по L.parasternalis sinister.
- Сердечные тоны ритмичные, приглушены во всех точках аускультации. Ослабление I тона на верхушке и у основания мечевидного отростка. Усиление II тона над аортой и над легочной артерией. Систолический шум на верхушке.
ЧСС=Ps=52 раз/мин. АД – 110/70 мм рт.ст. на обеих руках.
- Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка не пальпируется. Размеры печени по Курлову 11x10x9.
- Периферические отеки на уровне голеней и стоп, пастозность.
- Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон.

Предварительный диагноз

Основное заболевание: Атеросклероз аорты, церебральный атеросклероз

Осложнения основного заболевания: Комбинированный аортальный порок с преобладанием недостаточности (2 ст.), относительная недостаточность митрального (2 ст.), трикуспидального клапанов, относительная недостаточность клапанов легочной артерии. Артериальная гипертензия III ст., 2 ст., очень высокий риск. Кардиомегалия. ХСН II Б ст., ФК III ст. (со сниженной систолической функцией левого желудочка ФВ-17%). Малый ишемический инсульт в вертебро-базилярном бассейне с вестибуло-атактическим синдромом, левосторонней пирамидальной недостаточностью (2012 год). Дисциркуляторная энцефалопатия II ст. Состояние после имплантации ресинхронизирующего DDD (RV) ЭКС. Дислокация ЛЖ электрода.

Сопутствующие заболевания:

Подагра, подагрический артрит, интермиттирующее течение с поражением левого первого плюснефалангового сустава. Акт. 0. Вторичный остеоартроз. Остеохондроз нижнегрудного и поясничного отдела. ФНС 0.

План обследования

- Клинический анализ крови
- Клинический анализ мочи
- Исследование на маркеры вирусных гепатитов В, С
- Биохимические показатели (общий белок, общий билирубин, прямой билирубин, мочевины крови, креатинин, АлАТ, АсАТ)
- Коагулограмма
- Рентгеноскопия ОГК
- ЭКГ в 12 отведениях
- ЭХОКГ
- УЗИ ОБП

Клинический анализ крови (11.10.13)

Показатель/ед	Результат	Норма
Гемоглобин, г/л	140	130-160
Эритроциты, Т/л	$4,5 \cdot 10^{12}$	$4,0-5,0 \cdot 10^{12}$
Цветовой показатель	0,9	0,85-1,15
Лейкоциты, Г/л	$5 \cdot 10^9$	$4,0-9,0 \cdot 10^9$
Палочкоядерные,%	4	1-6
Сегментоядерные,%	60	47,0-72,0
Эозинофилы,%	2	0,5-5
Лимфоциты,%	28	19-37
Моноциты,%	6	3-11
СОЭ, мм/час	10	1-10

Заключение: норма

Клинический анализ мочи (11.10.13)

Показатель	Результат	Норма
Количество, мл	100,0	
Цвет	Светло-желтый	Светло-желтый
Прозрачность	Умеренная	Прозрачная
Удельный вес	1,020	1,001-1,040
Реакция pH	7,0	5,0-7,0
Белок	-	-
Глюкоза	-	-
Эритроциты	Не измененные местами	
Лейкоциты	4-5 в п/з	5-6 в п/з
Слизь	Умеренное количество	Умеренное количество

Заключение: норма

Биохимический анализ крови

Показатель	Результат	Норма
Общий белок	57,6	65-85 г/л
Общий билирубин	41,9	4,3-20,5 мкмоль/л
Прямой билирубин	13,5	0-8,5 мкмоль/л
Мочевина крови	18,7	2,5-8,3 мкмоль/л
Креатинин крови, ммоль/л	0,204	0,04-0,11 ммоль/л
Аспартатаминотрансфераза, Е/л	31,409	0 – 40 Е/л
Аланинаминотрансфераза, Е/л	72,174	0 – 40 Е/л
Щелочная фосфатаза, Е/л	264	98 – 279 Е/л
Глюкоза крови, ммоль/л	5,39	4,22-6,11 ммоль/л

Заключение: гипербилирубинемия, в основном за счет непрямой фракции; повышение уровня АлАТ, повышение креатинина и мочевины крови.

Антитела к вирусным гепатитам

Поверхностный антиген HBsAg вируса гепатита В	Не найден
Антитела к вирусному гепатиту С	Не найдены

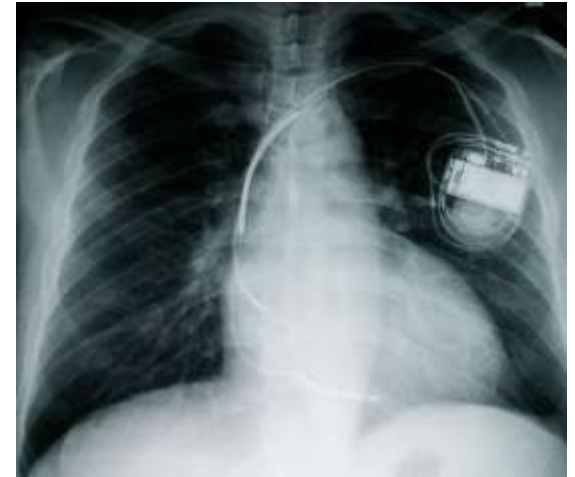
Коагулограмма

Показатель	Результат	Норма
Время свертывания крови, мин	8	5-10 мин
Время рекальцификации, с	130	60-120 с
Протромбиновый индекс, %	94,7	93—107 %
Протромбиновое отношение	1,05	0,9 — 1,3
Фибриноген, г/л	3,1	2—4 г/л

Заключение: повышено время рекальцификации.

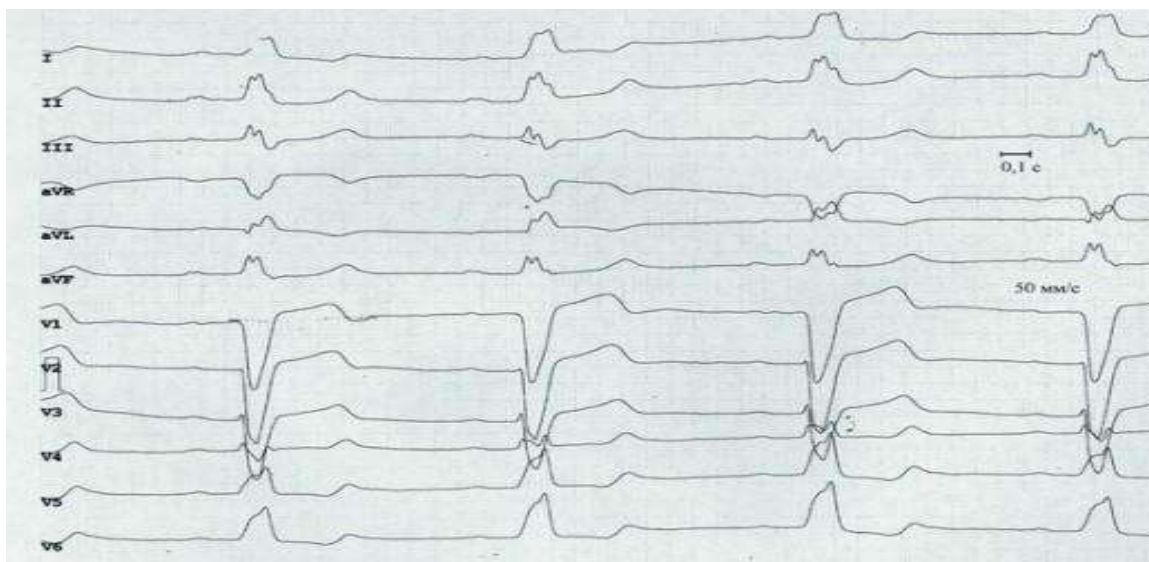
Рентгенография ОГК (9.10.2013)

- Слева в мягких тканях - ЭКС
- Ткань легких прозрачна
- Легочный рисунок диффузно усилен за счет венозных сосудов
- Корни не изменены, синусы свободные
- Сердце резко расширено в поперечнике за счет левого предсердия и желудочков
- Аортосклероз



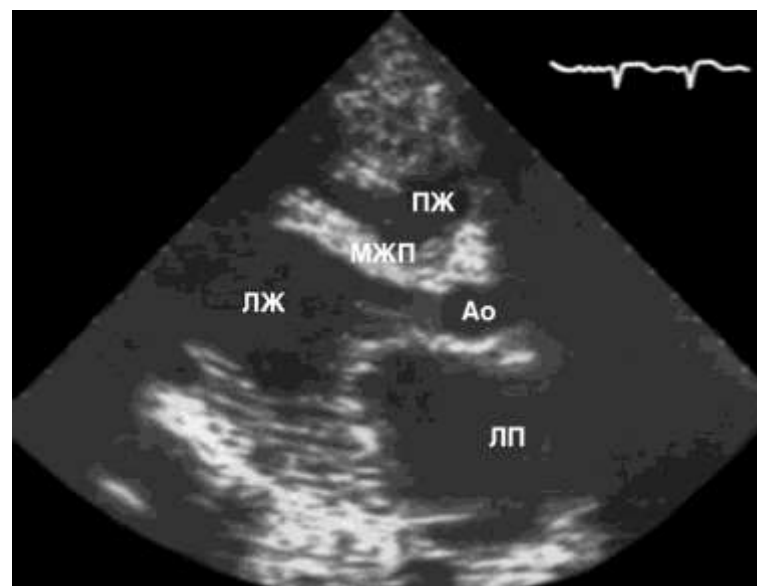
ЭКГ (11.10.13)

Ритм синусовый, правильный, блокада левой ножки пучка Гиса, ЧСС = 62 раз/мин, QRS = 138 мс.



ЭХОКГ

Показатель	Результат	Норма
ФВ, %	17	55 - 75
КДР, см	9,4	3,7 - 5,5
ПЖ, см	2,4	0,95-2,05
ЛП, см	4,9	1,85-3,3
ТМЖП	1,2	0,7-1,0
ТЗСЛЖ	1,2	менее 0,8



Заключение: Склеротические изменения аорты до 47 мм, дилатация левых полостей и правого предсердия, выраженная гипертрофия левого желудочка, умеренная легочная гипертензия, небольшая НАК и НМК, электроды в правых полостях сердца. Систолическая дисфункция ЛЖ.

УЗИ ОБП (11.10.13)

- Печень увеличена, однородна, контур гладкий.
- Желчный пузырь спавшийся с анэхогенным содержимым.
- Нижняя полая вена дилатирована до 25-33 мм в диаметре, печеночные вены диаметром до 18 мм, проходимы.
- Поджелудочная железа 27x14x15 мм, четко очерчена, однородна.
- Селезенка, почки без особенностей.
- В брюшной полости и МТ 300 см³ свободной анэхогенной жидкости.

Заключение: Косвенные признаки застойных явлений в большом круге кровообращения. Свободная жидкость в брюшной полости.

Не проведенные рекомендованные обследования

- Липидограмма (ЛПНП, ЛПОНП, ЛПВП, общий холестерин, ТГ, КА) – позволила бы оценить целесообразность назначения статинов.
- Проба Реберга – установить СКФ, для оценки функции почек.
- Анализ мочи по Нечипоренко - определение количества лейкоцитов, эритроцитов и цилиндров.
- Консультация окулиста – оценить степень выраженности ангиоретинопатии.
- Рентгенография грудного и поясничного отдела позвоночника для подтверждения диагноза остеоартроз.
- Рентгенография первого левого плюснефалангового сустава для уточнения диагноза подагра.
- Мониторирование уровня мочевой кислоты в крови - для оценки эффективности терапии подагры.

Постановка диагноза

Основные клинические синдромы

- Кардиомегалия
- Хроническая сердечная недостаточность
- Цитолиз
- Холестаз
- Суставной синдром
- Дисциркуляторный синдром

Диагностические критерии ДКМП (L. Mestroni, 1992)

- **Большие гемодинамические критерии:**

ФВ ЛЖ менее 45% или фракционное укорочение переднезаднего размера ЛЖ менее 25% (по данным ЭхоКГ, радионуклидного сканирования, ангиографии) КДР ЛЖ $>117\%$ от предусмотренного значения с учетом возраста и площади тела ($> 2,7 \text{ см/м}^2$ поверхности тела)

- **Критерии исключения:**

артериальная гипертензия (АД > 160 и 100 мм рт. ст.), документированная и подтвержденная повторными измерениями и/или наличием поражения органов-мишеней ИБС, хроническое употребление алкоголя (ежедневно более 40 г этанола в сутки женщинами и более 80 г мужчинами в течение 5 лет и более, с ремиссией ДКМП после 6 месяцев абстиненции), системные заболевания, перикардиты, легочное сердце, врожденные пороки сердца, длительные или пароксизмальные суправентрикулярные аритмии

У пациента ДКМП нет.

Классификация уровней артериального давления и определение артериальной гипертензии

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

Стратификация риска у больных АГ

ФР, ПОМ или АКС	Категория АД			
	Высокое нормальное	АГ 1-й степени	АГ 2-й степени	АГ 3-й степени
Нет	Незначительный риск	Низкий риск	Умеренный риск	Высокий риск
1–2 ФР	Низкий риск	Умеренный риск	Умеренный риск	Очень высокий риск
3 ФР или ПОМ	Высокий риск	Высокий риск	Высокий риск	Очень высокий риск
АКС или СД	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск

ФР — факторы риска способствующие развитию заболевания

ПОМ — поражение органов-мишеней

АКС — ассоциированные клинические состояния

СД — [сахарный диабет](#)

Классификация АГ в зависимости от поражения отдельных органов (ВОЗ, 1993)

Стадия I — объективные признаки поражения органов-мишеней отсутствуют.

Стадия II — присутствует как минимум один из нижеперечисленных признаков поражения органов-мишеней:

- а) гипертрофия левого желудочка, выявленная при рентгенологическом исследовании, ЭКГ или эхокардиографии;
- б) генерализованное или фокальное сужение артерий сетчатки;
- в) микроальбуминурия, протеинурия или незначительное повышение концентрации креатинина плазмы крови (1,2–2 мг/дл или 106–176 мкмоль/л);
- г) **атеросклеротические изменения (бляшки) по данным ультразвукового обследования или ангиографии в бассейнах сонных артерий, аорты, подвздошной и бедренной артерий.**

Стадия III — помимо перечисленных признаков поражения органов-мишеней присутствуют признаки:

- а) сердце — стенокардия, инфаркт миокарда, сердечная недостаточность;
- б) мозг — **инсульт**, транзиторные нарушения мозгового кровообращения, гипертоническая энцефалопатия, сосудистые деменции;
- в) сетчатка — геморрагии и экссудаты с отеком диска зрительного нерва или без него. Эти признаки характерны для злокачественной или быстро прогрессирующей формы гипертензии;
- г) почки — креатинин плазмы крови более 2 мг/дл (177 мкмоль/л), почечная недостаточность;
- д) сосуды — расслаивающая аневризма аорты, окклюзирующие поражения артерий с клиническими проявлениями.

Классификация хронической сердечной недостаточности (Рекомендации Украинской ассоциации кардиологов, 2008)

- I – начальная недостаточность кровообращения; выявляется только при физической нагрузке (одышка, тахикардия, утомляемость); в покое гемодинамика и функции органов не нарушены.
- II – выраженная длительная недостаточность кровообращения; нарушение гемодинамики (застой в малом и большом кругах кровообращения), нарушение функции органов и обмена веществ присутствуют в покое
- IIА – начало стадии, нарушение гемодинамики выражено умеренно; отмечают нарушения функции сердца или какого-то из его отделов.
- IIБ – конец длительной стадии: глубокие нарушения гемодинамики, затронута вся сердечно-сосудистая система
- III – конечная, дистрофическая недостаточность кровообращения, тяжелое нарушение гемодинамики, стойкие изменения обмена веществ и функции органов, необратимые изменения структуры тканей и органов.

Функциональные классы NYHA

1964 (Рекомендации Украинской ассоциации кардиологов, 2008)

I - нет ограничений физической активности

II - легкие ограничения физической активности

III - значительное ограничение физической активности

IV - неспособность выполнять любую физическую нагрузку без появления одышки

Классификация ХСН (по Н.Д.Стражеско и В.Х.Василенко)

I вариант – Систолическая дисфункция левого желудочка: фракция выброса 40% и менее

II вариант – Сохраненная систолическая функция: фракция выброса более 40%

ХОЗЛ

Характерные клинико-лабораторные показатели

1. Курение;
2. Другие факторы риска: внешние – профессиональная пыль и химикаты, домашние и внешние воздушные поллютанты, частые инфекции; внутренние – дефицит альфа1-антитрипсина;
3. Кашель с мокротой, одышка, снижение толерантности к физической нагрузке;
4. Клинико-рентгенологические и инструментальные признаки эмфиземы легких;
5. Индекс Тиффно меньше 70%;
6. Ежегодное снижение ОФВ1 на 50 мл и более;
7. Малообратимая бронхиальная обструкция (проба с бронхолитиками отрицательная);
8. Нарушение газообмена ($PaCO_2$ больше 45 мм рт.ст.);
9. Исключение заболеваний легких со сходными признаками (туберкулез легких, бронхоэктатическая болезнь, врожденная патология легких и др.).

Выделенный клинический признак у пациента развивается в результате застоя в сосудах малого круга кровообращения на фоне ХСН, поэтому нет оснований для подтверждения диагноза ХОЗЛ.

Анкилозирующий спондилоартрит

Римские
диагностические критерии (Международный конгресс, 1961, Рим)

1. Боль в нижнем поясничном сегменте позвоночного столба, его тугоподвижность, продолжающаяся свыше 3 месяцев и не поддающаяся лечению покоем
2. Боль и тугоподвижность (скованность) грудной клетки
3. Ограничение движений поясничного отдела позвоночника
4. Ограничение распространенных движений и разгибания в грудном отделе позвоночника
5. Ирит и его осложнения
6. Рентгенологические признаки двустороннего сакроилеита

Диагноз считается достоверным при наличии 4 из 5 диагностических критериев или критерия 6 в сочетании с любым другим.

У пациента с учетом клинической картины и диагностических критериев достоверных данных за анкилозирующий

Критерии постановки диагноза подагры

(S. L. Wallace et al., 1977)

1. Наличие характерных кристаллических уратов в синовиальной жидкости.
 2. Подтвержденный тофус (с помощью химического анализа или поляризационной микроскопии).
 3. Наличие любых 6 из 12 ниже перечисленных признаков:
 - более одной атаки острого артрита в анамнезе;
 - максимальное развитие воспаления сустава в первый день болезни;
 - моноартрит;
 - гиперемия кожи над пораженным суставом;
 - боль и припухание в первом плюснефаланговом суставе;
 - асимметричное поражение первого плюснефалангового сустава;
 - одностороннее поражение суставов стопы;
 - асимметричный отек суставов;
 - подозрение на тофусы;
 - гиперурикемия;
 - субкортикальные кисты без эрозий при рентгенографическом исследовании;
 - отрицательные результаты при посеве синовиальной жидкости.
- Диагноз подагры считается окончательным при подтверждении наличия

Остеоартроз

Критерии диагноза Американской ревматологической ассоциации
(Нью-Йорк, 1995)

1. Ночная боль в суставах
2. Боль в суставах при движениях
3. Утренняя скованность
4. Ограничение движений и хруст в суставах
5. Костные разрастания в полости сустава
6. Сужение суставной щели
7. Краевые остеофиты и узелки
8. Субхондральный склероз
9. Кистовидные просветления в эпифизах костей
10. Боли после состояния покоя

≥ 6 из 10 - определенный остеоартроз

≥ 3 из 10 - вероятный остеоартроз

< 3 из 10 - отвергнуть диагноз остеоартроз

Как и в случае анкилозирующего спондилоартрита, для определенного диагноза недостает рентгеновских данных

Клиническая классификация остеоартроза

(рекомендована Ассоциацией ревматологов Украины, 2005)

I. Первичный (идиопатический).

А. Локальный (<3 суставов).

Суставы кистей, стоп, колен, тазобедренные, позвоночник и др.

Б. Генерализованный (>3 суставов).

1. С поражением дистальных и проксимальных межфаланговых суставов (узелки Гебердена, Бушара).
2. С поражением крупных суставов.
3. Эрозивный.

II. Вторичный.

А. Посттравматический.

Б. Врожденные, приобретенные или эндемические заболевания (болезнь Пертеса, синдром гипермобильности и т.д.).

В. Метаболические болезни.

Г. Эндокринопатии: акромегалия, гиперпаратиреоз, сахарный диабет, гипотиреоз.

Д. Болезнь отложения кальция.

Е. Нейропатии (болезнь Шарко).

Ж. Другие заболевания (аваскулярный некроз, ревматоидный артрит, болезнь Педжета и т.д.).

III. Рентгенологическая стадия (по J.H. Kellgren, J.S. Lawrence (1957)):

0, I, II, III, IV

IV. Синовит.

С синовитом и без синовита.

V. ФНС (функциональная недостаточность суставов):

ФНС 0 — работоспособность сохранена.

ФНС I — работоспособность временно ограничена.

ФНС II — работоспособность утрачена.

ФНС III — требует сторонней помощи.

КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ПОДАГРЫ

(Институт ревматологии РАМН, 1995)

1. Этиопатогенетическая характеристика:

- **первичная;**

- вторичная.

2. Клинические формы:

- типичный острый приступ подагрического артрита;

- псевдофлегмонозная;

- ревматоидоподобная;

- подострая;

- полиартрит по типу инфекционно-аллергического;

- псориатическая;

- астеническая;

- abortивная;

- внесуставная.

3. Периоды:

- преморбидный;

- **интермиттирующий (острорецидивирующий);**

- хронический

4. Варианты течения:

- **легкое;**

- среднетяжелое;

- тяжелое.

5. Фазы:

- обострения (активная);

- **ремиссии (неактивная).**

6. Рентгенологические стадии поражения суставов:

I – крупные кисты (тофусы) в субхондральной кости и в более глубоких слоях,

иногда уплотнение мягких тканей;

II – крупные кисты вблизи суставов и мелкие эрозии суставных поверхностей, постоянное уплотнение околосуставных мягких тканей, иногда с кальцификатами;

III – большие эрозии не менее чем на 1/3 суставной поверхности, остеолит эпифиза, значительное уплотнение мягких тканей с отложением извести.

7. Периферические тофусы и их локализация:

- имеются;

- **отсутствуют**

8. Степень функциональной недостаточности:

0 – функция сохранена;

I – сохранена профессиональная способность;

II – утрачена профессиональная способность;

III – утрачена способность к самообслуживанию.

9. Активность подагры:

Клинический диагноз

Основное заболевание: Атеросклероз аорты, церебральный атеросклероз

Осложнения основного заболевания: Комбинированный аортальный порок с преобладанием недостаточности (2 ст.), относительная недостаточность митрального (2 ст.), трикуспидального клапанов, относительная недостаточность клапанов легочной артерии. Артериальная гипертензия III ст., 2 ст., очень высокий риск. Кардиомегалия. ХСН II Б ст., ФК III ст. (со сниженной систолической функцией левого желудочка ФВ-17%). Малый ишемический инсульт в вертебро-базилярном бассейне с вестибуло-атактическим синдромом, левосторонней пирамидальной недостаточностью (2012 год). Дисциркуляторная энцефалопатия II ст. Состояние после имплантации ресинхронизирующего DDD (RV) ЭКС. Дислокация ЛЖ электрода.

Сопутствующие заболевания:

Подагра, подагрический артрит, интермиттирующее течение с поражением левого первого плюснефалангового сустава. Акт.0. Вторичный остеоартроз. Остеохондроз нижнегрудного и поясничного отдела. ФНС 0.

План лечения

ЭТАП I

КРТ (кардиоресинхронизирующая терапия)

ЭТАП II

Медикаментозная терапия

Установка ЭКС. Ход операции

- 21.10.2013. Замена ЭКС DDD(R) на кардиоресинхронизирующее устройство:
 - предсердный и правожелудочковый электрод - прежняя локализация,
 - левожелудочковый заменен на новый и установлен в вену меньшего диаметра

Характеристика ЭКС

Medtronic Consulta CRT-P (пэйсмейкер):

- Синхронная предсердно-желудочковая стимуляция
- QRS 126 мс.
- Нижняя граница частоты сердечных сокращений 55 раз/минуту, верхняя - 130 раз/минуту.
- АВ-задержка 180 мс.
- VV задержка 20 мс.
- Предсердный электрод униполярный, левожелудочковый - мультиполярный (LV tip - LV ring).



Задачи медикаментозной терапии

- Профилактика развития атеросклероза
- Контроль АД
- Устранение одышки, утомляемости
- Защита органов-мишеней от поражения (сердце, почки, мозг, сосуды, мускулатура)
- Подавление синдрома преэкситации
- Предотвращение рецидивов и перехода подагры в хроническую стадию, сопровождающуюся образованием тофусов, поражением почек, деструкцией суставов
- Улучшение качества жизни и её продление
- Уменьшение числа госпитализаций

Рекомендуемая терапия

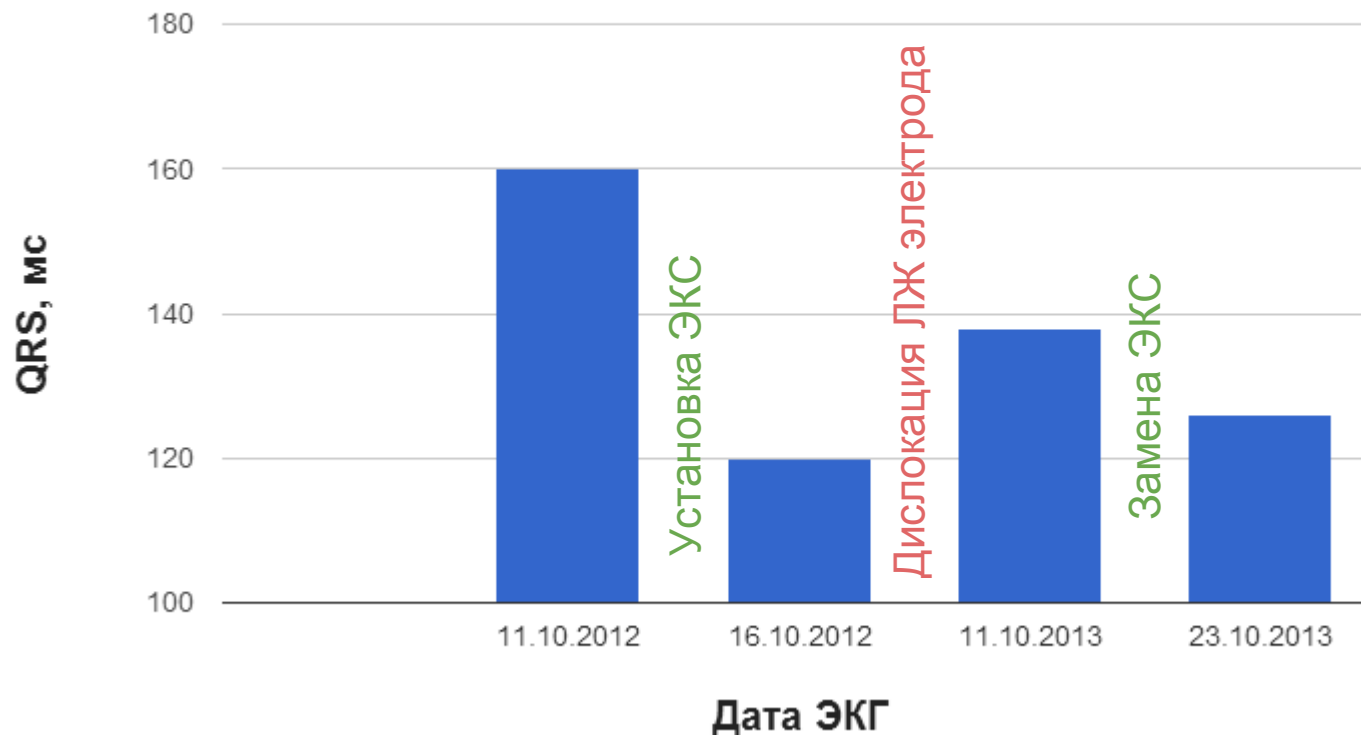
- Модификация образа жизни:
 - ограничение потребления соли до 1 г/сут, увеличение потребления фруктов, овощей, ограничение жиров (особенно животного происхождения), увеличение содержания белка в рационе,
 - регулярные физические нагрузки (30 мин 5-7 дней в неделю)
- Медикаментозное лечение
 - Бисопролол 5 мг утром, 2,5 мг вечером
 - Спиринолактон 50 мг утром
 - Лизиноприл 2,5 мг/сут
 - Аторвастатин 20 мг/сут
 - Аллопуринол 100 мг/сут
 - НПВС местно (пластырь, мазь, гель с диклофенаком натрия)

Инструментальные исследования

ЭКГ 23.10.2013 Работа ЭКС, биполярная стимуляция. QRS 126 мс.

ЭХОКГ 23.10.2013 ФВ = 25%

Продолжительность QRS комплекса





Сравнение методов медикаментозного лечения

Проводившаяся терапия	Рекомендуемая терапия
-	Аторвастатин
-	Лизиноприл
Бисопролол	Бисопролол
Спиронолактон	Спиронолоктон
Торасемид	-
Валсартан	-
Кораксан	-
Триметазидина дигидрохлорид	-
Аллопуринол	Аллопуринол
-	НПВС (местно)

Узелки

1. Ключевой по состоянию здоровья пациента в лечении является кардиоресинхронизирующая терапия
2. С имплантацией ЭКС в значительной мере улучшается течение ХСН, но иные проблемы основного и сопутствующих заболеваний не устраняются, как и возникают новые (синдром преэкситации), требующие адекватных мероприятий по образу жизни и медикаментозной терапии
3. Врач лечит не болезнь, но пациента

Medica mente non medicamentis
Лечи умом, а не лекарствами

Благодарим за внимание!