

**Харьковский национальный университет им. В. Н. Каразина
Медицинский факультет
Кафедра внутренней медицины
Центральная клиническая больница УЗ**

**Хроническая ревматическая болезнь сердца.
Сочетанный порок митрального и трикуспидального,
комбинированный митральный порок с преобладанием стеноза.
СН II-Б стадии, IV ФК.
Постоянная фибрилляция предсердий,
тахисистолическая форма.**

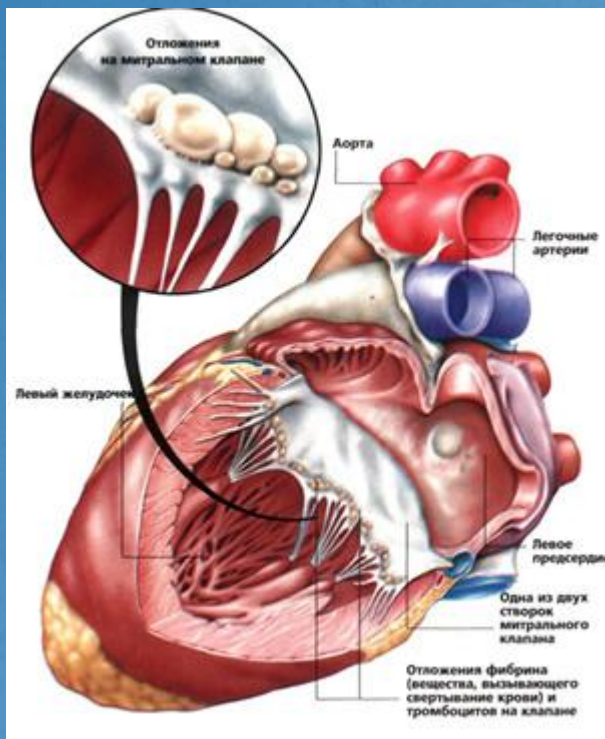
НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

**Куратор:
Студентка группы ВИ-55
В.А. Стрихар**

**Руководители:
Кандидат мед.наук, доцент Л.А. Мартимьянова
Зав. каф., доктор мед.наук, профессор Н.И. Яблучанский**

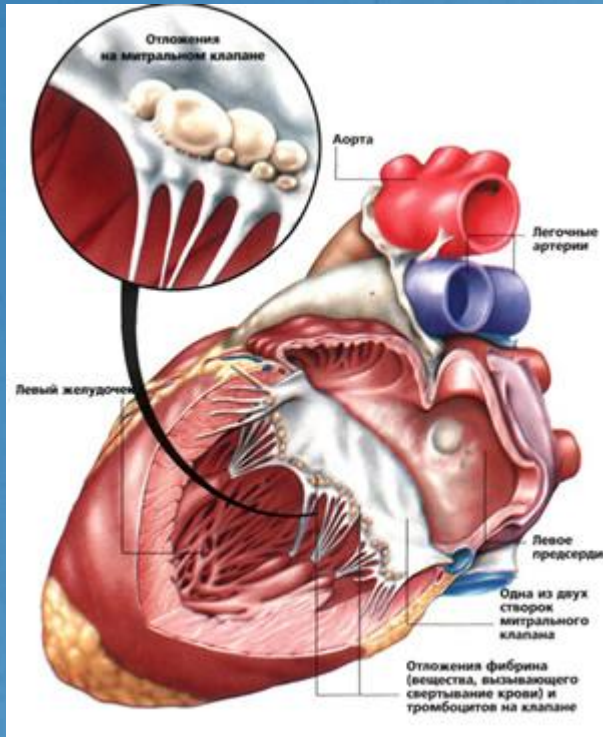


Болезнь, которая кусает сердце



- Ревматизм был выделен как самостоятельное заболевание, которое предусматривает поражение сердца, после того, как опубликовал свои работы французский доктор Буйо (1836 г) и русский доктор И.Г. Сокольский (1838 г). Заболевают от 0,3 до 3 % людей. Важную роль играет иммунная реакция организма на стрептококковые антигены, а так же продолжительность иммунного ответа.
- В 70-85 % случаев признаки поражения сердца определяются в начале заболевания, всё зависит от того, где протекает процесс – в миокарде, перикарде или эндокарде.
- 10 % операций на сердце производится именно по поводу хронического ревматического поражения сердца.
- Более чем в половине всех случаев ревматоидный артрит способен вызывать ревматический порок сердца.

Neglected disease of poverty



- Rheumatic heart disease is often missed in its early stages. It begins with a common throat infection caused by streptococcus bacteria (strep throat), which in some children sets off an abnormal immune reaction that damages heart valves. This reaction, called rheumatic fever, has symptoms that are vague and easily confused with other conditions.
- People affected often look and feel healthy again once their outward symptoms are resolved, but with further streptococcal infections the rheumatic fever returns, worsening their heart damage. Often rheumatic heart disease is only detected when it is so advanced that only expensive and complicated heart surgery can save the person's life.

Пропаганда в мире. Global advocacy



**WORLD HEART
FEDERATION®**

www.world-heart-federation.org/rhd



**World Health
Organization**

http://www.who.int/cardiovascular_diseases



**EUROPEAN
SOCIETY OF
CARDIOLOGY®**

<http://www.escardio.org>



**AMERICAN
COLLEGE of
CARDIOLOGY**

<http://www.cardiosource.org/acc>



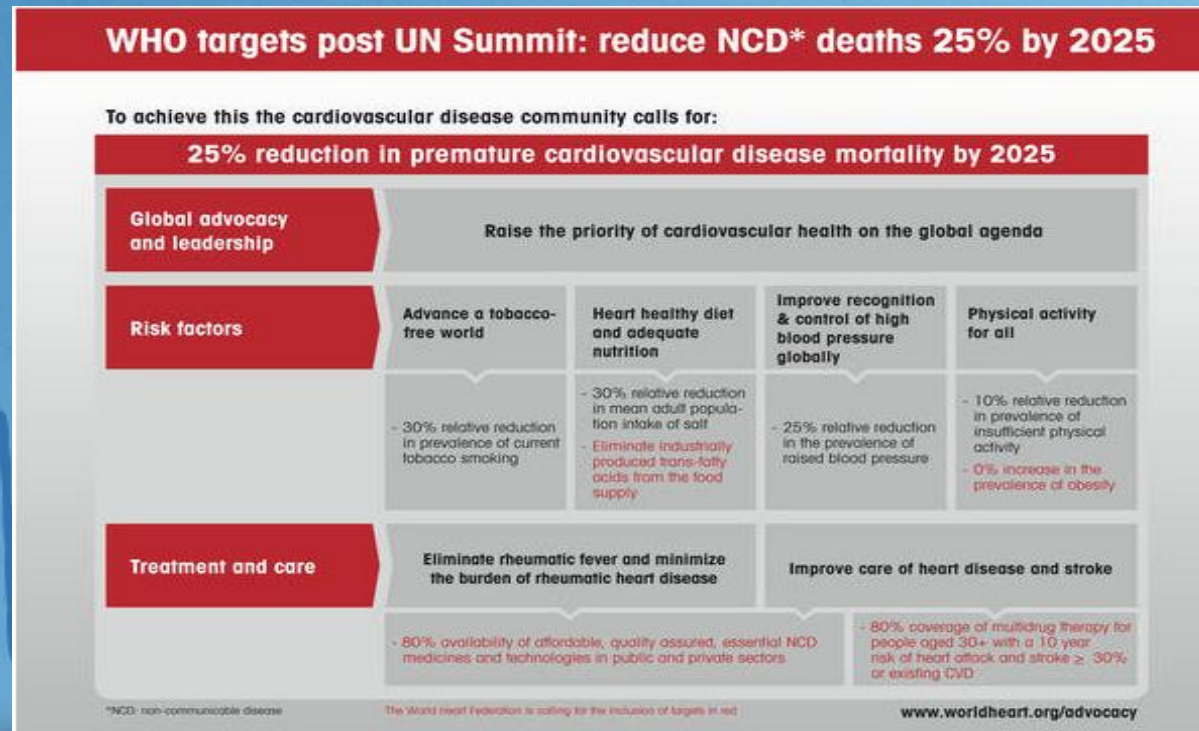
**American
Heart
Association®**

Learn and Live

<http://www.heart.org>

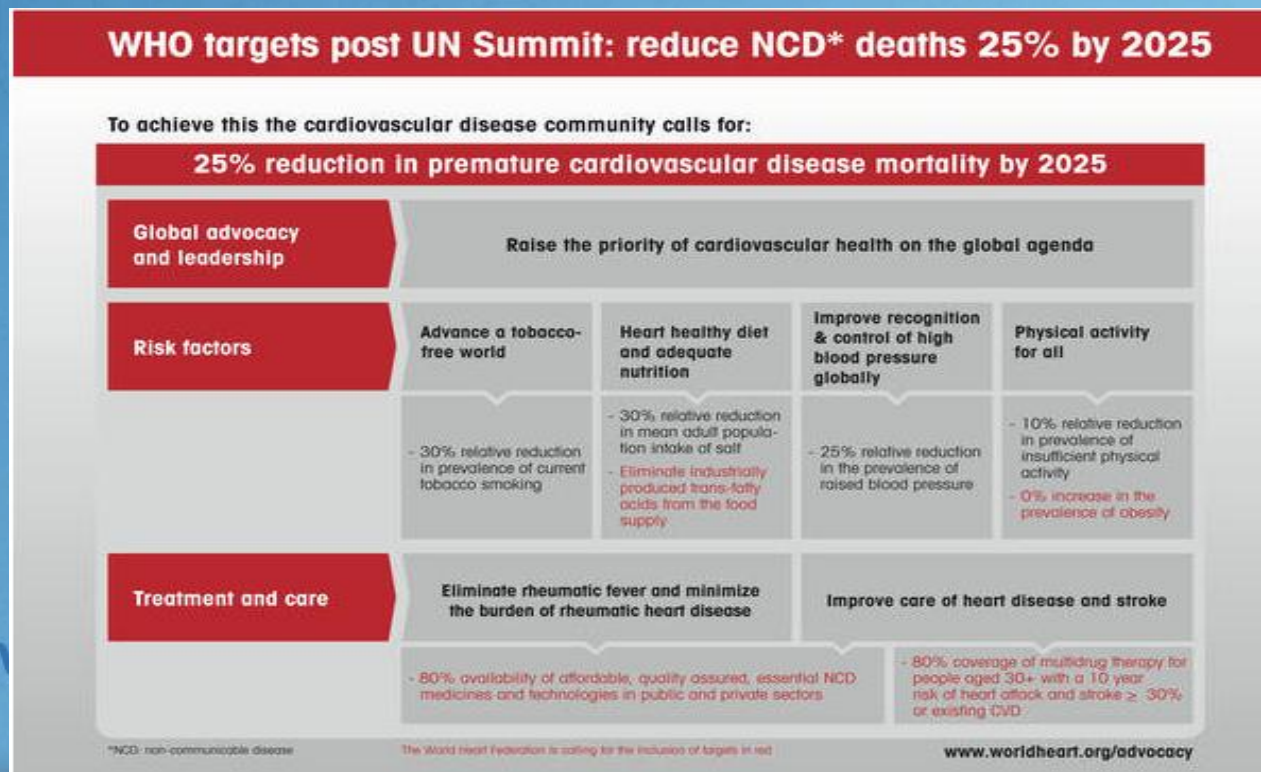
World Heart Federation (Конгресс 2012):

Ревматические болезни сердца являются наиболее распространенными приобретенными сердечно-сосудистыми заболеваниями у детей и взрослых молодого возраста, и, по-прежнему, остаются одной из основных проблем общественного здравоохранения в развивающихся странах. **350 000 человек ежегодно умирает от ревматических заболеваний сердца**, а сотни тысяч «угасают» от изнурительной болезни. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), совместно со Всемирной федерацией сердца финансируют проект «RHD», направленный на профилактику и лечение в Бенине, Бразилии, Кубе, Румынии, Вьетнаме, Вануату, а так же в странах Тихого океана и Африки.



World Heart Federation (Congress 2012):

Rheumatic heart disease affects children and young people living in conditions of poverty, poor sanitation and overcrowding. Practically eliminated in wealthy countries, it is still common in Africa, Asia and the Pacific. **Over 15 million people around the world suffer from the condition, which kills 350 000 people a year and is the most common acquired heart disease found among children and young people in developing countries.**



Online RHD Сеть (RHDnet)

RHDnet - это общественный ресурс World Heart Federation, созданный для контроля заболеваемости ревматической болезнью сердца в мире. Сайт содержит материалы для врачей, включая базы данных, рекомендации по лечению и современную литературу, в помощь к диагностике и лечению данного заболевания. На сайте создан форум, где можно обратиться к любому клиницисту по всему миру. На форуме созданы узкоспециализированные сообщества, где обсуждаются конкретные задачи и подход к ведению больных каждым специалистом: терапевт, врач УЗИ-диагностики, кардиохирург, психолог и другие.

RHDnet

A global resource for rheumatic heart disease
For health professionals and communities

www.worldheart.org/rhd

Online Rheumatic Heart Disease Network (RHDnet)

RHDnet is a public health resource developed by the World Heart Federation to support rheumatic heart disease control around the world. The site contains resources for health professionals including best practice tools (sample databases, management guidelines, and staff training resources) as well as links to other programme resources. RHDnet is the first dedicated, global network that attempts to connect and support clinicians and others interested in ARF and RHD control. A members' discussion forum has also been developed to link clinicians and specialists around the world and facilitate communication on various aspects of rheumatic fever and rheumatic heart disease control including secondary prophylaxis, the use of echocardiography and issues around cardiac surgery. A section has also been developed for interested members of the community.

RHDnet

A global resource for rheumatic heart disease
For health professionals and communities

www.worldheart.org/rhd

Паспортная часть

- Пациентка 75 лет (28.01.1937).
- Пенсионерка.
- Место жительства: сельская местность.
- Поступила urgently 20.10.12
в ОИТ ЦКБ УЗ.
- Переведена в первое кардиологическое
отделение ЦКБ УЗ 23.10.2012.

Жалобы

ОСНОВНЫЕ:

- Боль давящего характера в области сердца в положении лежа на спине и левом боку, без иррадиации.
- Периодическое ощущение сердцебиения и перебоев в деятельности сердца.

Жалобы проходят самостоятельно в течение 20-30 минут в положении сидя (с образованием отеков на нижних конечностях) или в течение 1 часа в положении лежа на правом боку.

- Отеки нижних конечностей проходят только на фоне приема диуретиков (*Верошпирон*).
- Постоянная одышка в покое, усиливающаяся при незначительной физической нагрузке и разговоре.
- Шаткость при ходьбе и незначительной физической нагрузке.
- Постоянный шум в ушах.
- Похолодание конечностей.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ:

- Боли в левом плечевом суставе (купирует мазью *Диклак 5%*).
- Боли в крупных суставах (локтевые, коленные) связанные с переменой погоды.

Анамнез заболевания

- Во время ВОВ перенесла ангину и острый полиартрит, без лечения. Была рекомендована на ВТЭК, но от группы инвалидности отказалась.
- В 1959 году (после рождения дочери) был диагностирован приобретенный порок митрального клапана.
- В 1998 году впервые отметила повышение цифр АД до цифр 140/90 мм рт.ст.
- С 1998 года 1-2 раза в год госпитализируется в стационар для планового лечения в кардиологическое отделение (*Диагноз: ИБС: кардиосклероз. Хроническая ревматическая болезнь сердца. Сочетанный порок митрального клапана. Артериальная гипертензия II стадии, I степени тяжести. СН II-б стадии, IV ФК*).
- Трижды была госпитализирована в ОИТ в связи с резким усилением жалоб на фоне физической или эмоциональной нагрузки.
- Последняя госпитализации в июне 2012 года, выписана с текущим диагнозом. 18.10.2012 ночью был приступ удушья, который пыталась купировать таблеткой Корвалтаб, но состояние не улучшилось. Жалобы прошли самостоятельно к утру.
- 20.10.2012 повторился приступ удушья, была вызвана бригада СМП, госпитализировавшая пациентку в ОИТ ЦКБ№5.

Анамнез жизни

- Родилась в полной семье, развивалась соответственно возрасту.
- СД, Туберкулез, малярию, вирусный гепатит, венерические заболевания и СПИД отрицает.
- В 1970 году – экстирпация матки с придатками.
- 1980 год – ЧМТ. После перенесенной травмы предъявляет жалобы на постоянный шум в ушах.
- 2010 год – госпитальная пневмония во время планового лечения основного заболевания.
- Наследственность: отец умер в возрасте 82 лет от СН, мать в 73 года – рак прямой кишки.
- Аллергический анамнез: отмечает наличие аллергии на один из кардио-препаратов, назначенных лечащим врачом в стационаре. Купирует антигистаминными препаратами (Лоратадин, Кларитин).
- Не курит. Алкоголь не употребляет.

Объективно-1:

- Состояние средней тяжести, Сознание ясное, Положение активное.
- Правильного телосложения, вес 60 кг, рост 157 см, ИМТ= 24,3.
- Выраженный цианоз губ, язык чистый, влажный.
- Щитовидная железа четко не определяется.
- Периферические лимфатические узлы не увеличены
- Кожные покровы бледные, акроцианоз.
- Волосы седые с 40 лет.
- Костно-мышечная система без особенностей.
Болезненность паравертебральных точек в шейном и грудном отделе позвоночника. Умеренные отеки обеих голеней.
- Пульсация на сосудах нижних конечностей на тыльной стороне стопы снижена, трофические нарушения кожи нижних конечностей.

Объективно-2:

- **Органы дыхания:** Грудная клетка нормальной формы, грудной тип дыхания, ЧД – 20 раз/мин. Пальпаторно: голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково над симметричными участками грудной клетки. Перкуторно: ясный легочной звук. Аускультативно: дыхание жесткое, дополнительных шумов нет.
- **Органы ССС:** Пальпаторно: Верхушечный толчок ослаблен. Перкуторно: сердце расширено вверх и вправо. Аускультативно: деятельность сердца аритмичная. Первый тон на верхушке усилен, диастолический шум на верхушке, усиливающийся в горизонтальном положении на левом боку. Акцент второго тона на легочной артерии. ЧСС - 94 уд/мин, АД - 110/70 мм. рт. ст.
- **Органы ЖКТ:** живот мягкий, безболезненный, расхождения прямых мышц живота нет, левая и правая половины живота симметричны. Видимой перистальтики нет. Рубец в области надлобковой складки, на 4 см выше лонного сочленения длиной 10-12 см. Печень при пальпации гладкая, безболезненная, выступает из-под рёберной дуги на 1,5 см. Селезенка и поджелудочная железа не пальпируются.
- **Органы мочевыделительной системы:** без изменений.

Минимально необходимые исследования

- Общий анализ крови, мочи
- Биохимический анализ крови (Общий белок, Общий билирубин, АсАт, АлАт, Глюкоза, Креатинин, Креатинкиназа МВ, Мочевина, Креатинфосфокиназа, АСЛ-О, СРБ)
- ЭКГ в динамике
- УЗИ-сердца и доплер

Дополнительные методы исследования

- УЗИ органов брюшной полости
- **Рентгенография левого плечевого сустава (на момент курации выполнено не было)**
- **Рентгенография шейно-грудного отдела позвоночника (не выполнено)**

Общий анализ крови

Показатель	Ед. измерения	Результат	Норма
Эритроциты	млн/мкм	4,4	4.3-6.2
Гемоглобин	г/л	126	120-140
Цветовой показатель			0,85 -1,15
<u>СОЭ</u>	мм/ч	<u>19</u>	2-15
<u>Тромбоциты</u>	г/л	<u>147</u>	180-320
Лейкоциты	тыс/мкл	4,2	4,0 – 9,0
Эозинофилы	%	-	1-5
Палочкоядерные	%	6	> 5
Сегментоядерные	%	70	45-70
Лимфоциты	%	18	25-40
Моноциты	%	6	4-10

Заключение: тромбоцитопения, увеличение СОЭ

Общий анализ мочи

Показатель	Ед.измерения	Результат	Норма
Плотность	кг/м куб.	1,018	1,015-1,025
рН		5,5	5,0-7,0
<u>Белок</u>	г/л	<u>0,056</u>	-
Сахар	моль/л	нет	-
Лейкоциты		1-3	1-2
Цвет		Соломенно-желтый	Соломенно-желтый

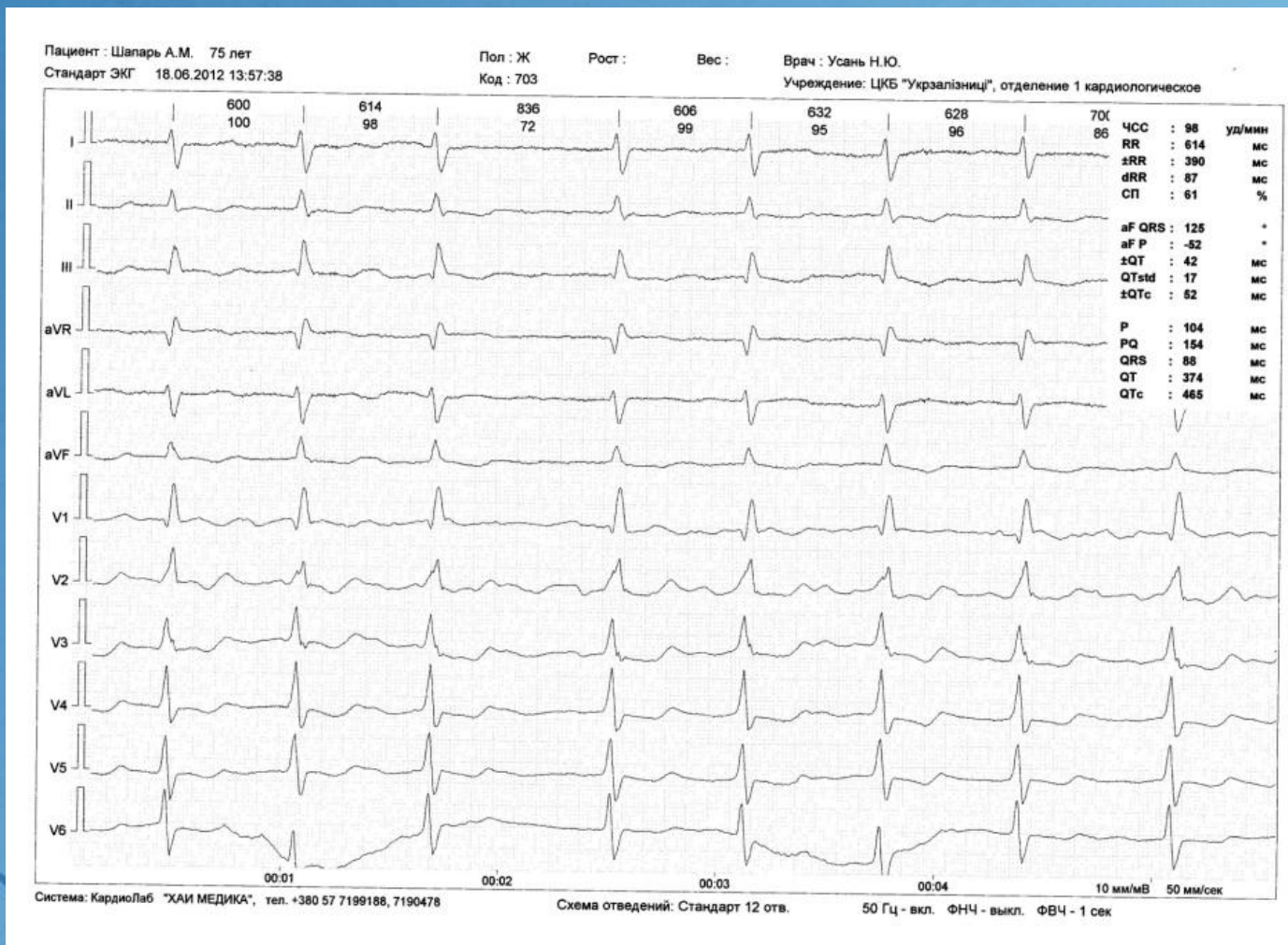
Заключение: протеинурия

Биохимический анализ крови

Показатель	Единица измерения	Результат	Норма
Общий белок	г/л	68	65-85
<u>Общий билирубин</u>	мкмоль/л	<u>21,5</u>	3-19
АсАт	ед/л	16	31
АлАт	ед/л	27	31
<u>Глюкоза</u>	ммоль/л	<u>9,9</u>	3,9-6,4
<u>Креатинин</u>	мкмоль/л	<u>103</u>	53-97
<u>Креатинкиназа МВ</u>	ед/л	<u>30</u>	0-24
<u>Мочевина</u>	ммоль/л	<u>7,1</u>	2,6-6,7
Креатинфосфокиназа	ед/л	112	24-170
АСЛ-О		<u>Не выполнено</u>	
СРБ		<u>Не выполнено</u>	

Заключение: гипербилирубинемия, гипергликемия, повышение уровня креатинина, креатининкиназы МВ и мочевины

ЭКГ от 18.06.2012



Фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма, отклонение изоэлектрической оси вправо, признаки гипертрофии миокарда левого желудочка, ЧЖС – 98 уд/мин

ЭКГ от 27.07.2012



Отклонение изоэлектрической оси вправо, признаки гипертрофии миокарда левого желудочка, ЧЖС – 80 уд/мин

Эхокардиография

Заключение:

Митральный стеноз 1 см кв. Кальциноз створок митрального клапана.

Митральная регургитация II степени.

Дилатация правых отделов и левого предсердия.

Трикуспидальная регургитация III степени.

**Данные ЭхоКГ соответствуют тяжелому митральному стенозу*

УЗИ органов брюшной полости

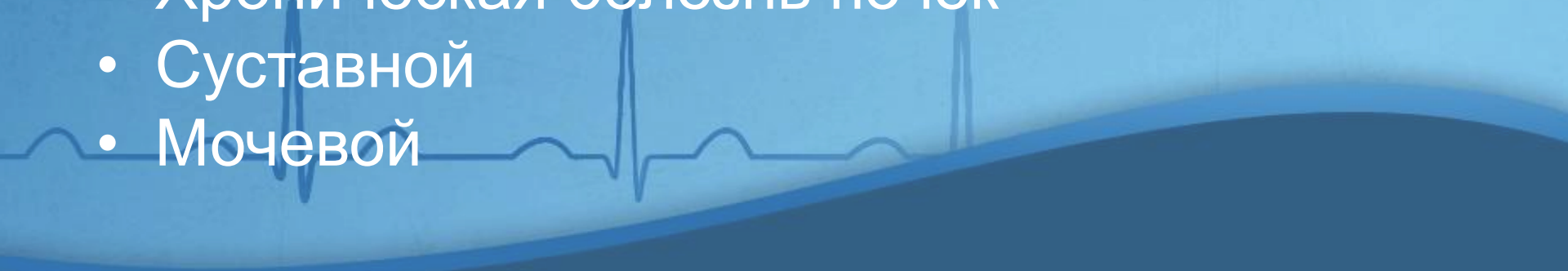
Заключение:

Диффузные изменения печени и поджелудочной железы.

Незначительный асцит. Гепатоспленомегалия.



Основные клинические синдромы

- Синдром клапанных пороков
 - Артериальная гипертензия
 - Застойная сердечная недостаточность
 - Фибрилляция предсердий
 - Гепатоспленомегалия
 - Сахарный диабет
 - Хроническая болезнь почек
 - Суставной
 - Мочевой
- 
- A faint, light blue ECG (heart rate) line is visible at the bottom of the slide, running horizontally across the width of the page.

ХРБ сердца в МКБ -10

- **I05-I09 Хронические ревматические болезни сердца**
- I05 Ревматические болезни митрального клапана. Включены: состояния, классифицированные в рубриках I05.0 и I05.2-I05.9, уточненные или не уточненные как ревматические Исключены: случаи, уточненные как неревматические (I34.-)
- I06 Ревматические болезни аортального клапана. Исключены: случаи, не уточненные как ревматические (I35.-)
- I07 Ревматические болезни трехстворчатого клапана. Включены: случаи, уточненные или не уточненные как ревматические Исключены: случаи, уточненные как неревматические (I36.-)
- I08 Поражения нескольких клапанов. Включены: случаи, уточненные или не уточненные как ревматические Исключены: эндокардит, клапан не уточнен (I38) ревматические болезни эндокарда, клапан не уточнен (I09.1)
- **I08.1 Сочетанные поражения митрального и трехстворчатого клапанов**
- I09 Другие ревматические болезни сердца

Сердечная недостаточность

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

Стадии	Клинические признаки
I	Начальная, скрытая, проявляющаяся только при физической нагрузке в виде одышки, тахикардии, чрезмерной утомляемости; выраженных резче и дольше, чем у здорового человека. В покое гемодинамика и функция органов не нарушена; трудоспособность понижена
II	Наличие признаков нарушения гемодинамики. Нарушения обмена веществ и функции других органов
IIА	Недостаточность правого или левого отделов сердца. Явления застоя и нарушение функции других органов выражены слабо и чаще проявляются к концу рабочего дня или после физической нагрузки (исчезают после ночного отдыха)
IIБ	Недостаточность правых и левых отделов сердца. Явления застоя крови выражены сильнее и проявляются в покое (не исчезают после ночного покоя, могут несколько уменьшаться)
III	Конечная, дистрофическая СН с тяжелыми нарушениями гемодинамики, стойкими нарушениями обмена веществ и функции всех органов, развитием необратимых изменений структуры органов и тканей, потерей трудоспособности

Сердечная недостаточность

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ КЛАССЫ ХСН (по критериям Нью-Йоркской Ассоциации сердца - NYHA)

ФК	Клиническая характеристика
I	Пациенты с заболеванием сердца, у которых обычные физические нагрузки не вызывают одышки, утомления или сердцебиения
II	Пациенты с заболеванием сердца и умеренным ограничением физической активности. При обычных физических нагрузках наблюдается одышка, усталость и сердцебиение
III	Пациенты с заболеванием сердца и выраженным ограничением физической активности. В состоянии покоя жалобы отсутствуют, но даже при незначительных физических нагрузках появляются одышка, усталость, сердцебиение
IV	Пациенты с заболеванием сердца, у которых любой уровень физической активности вызывает указанные выше субъективные симптомы. Последние возникают в состоянии покоя

Фибрилляция предсердий

Основное заболевание	ALFA, 1999, (756 чел)	AFASAK*, 1997, (677чел)	CARAF**, 2001, (899 чел)
<u>АГ</u>	<u>39,4</u>	<u>41,8</u>	<u>39,4</u>
<u>Клапанные пороки</u>	<u>15,2</u>	<u>14,5</u>	<u>14,8</u>
<u>СН (НУНА, II-IV ФК)</u>	<u>50,0</u>	<u>68,2</u>	<u>17,6</u>
ИБС и ОИМ	16,6	24,7	42,0
Кардиомиопатия	15,2	-	-
ХОЗЛ	11,2	-	-
Тиреотоксикоз	3,1	2,5	2,9
Диабет	10,7	13,2	9,0
Изолированная ФП	29,3	-	-

* - хроническая ФП; ** - впервые выявленная ФП

Фибрилляция предсердий (оценка формы)

Тип	Описание
Впервые диагностированная	Впервые выявленная ФП, независимо от продолжительности аритмии или от характера течения и степени тяжести симптомов ФП
Пароксизмальная	Приступы аритмии прекращаются самостоятельно, без внешнего вмешательства и продолжаются не более 48 часов
Персистирующая	Эпизоды ФП, которые длятся более 7 суток и требуют медикаментозной коррекции
Длительно персистирующая	Продолжается больше 1 года на момент, когда принимается решение о принятии стратегии контроля ритма
<u>Постоянная</u>	<u>Пациент и врач отмечают постоянное наличие ФП</u>

Фибрилляция предсердий (EHRA)

Класс EHRA	Проявления
I	Нет симптомов
II	Лёгкие симптомы; обычная жизнедеятельность не нарушена
III	<u>Выраженные симптомы; изменена повседневная активность</u>
IV	Инвалидизирующие симптомы; нормальная повседневная активность невозможна

Фибрилляция предсердий (ЧСС)

Форма	ЧСС
Нормосистолическая	60-89 уд/мин
Брадисистолическая	< 60 уд/мин
<u>Тахисистолическая</u>	<u>> 90 уд/мин</u>



ХЗП. Критерии диагностики

$$СКФ = \frac{(140 - \text{возраст в годах}) \times \text{массу тела в кг}}{(72 \times \text{концентр. в крови креатинина мг\%}) \times 0,85 \text{ (у женщин)}}$$

Cockcroft-Gault Calculator (with SI Units)

Plasma creatinine (PCR)
 mg/dL umol/L

Weight (wt)
 kilograms pounds

Gender Male Female

Age

Creatinine Clearance

Стадия	Характеристика	КФ (мл/мин/1,73 м кв.)	Креатинин (мкмоль/л)
I	ХЗП с нормальным или повышенным КФ	>90	<123
II	ХЗП с ХПН при умеренном или пониженном КФ	60-89	123-176
III	<u>ХЗП с ХПН при среднем понижении КФ</u>	<u>30-59</u>	177- 352
IV	ХЗП с ХПН при выраженном понижении КФ	15-29	353-528
V	ХЗП с терминальной ХПН	<15	>528

Клинический диагноз

- Хроническая ревматическая болезнь сердца. Сочетанный порок митрального и трикуспидального, комбинированный митральный порок с преобладанием стеноза.

СН II-Б стадии, IV ФК.

Постоянная фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма.

ХЗП III стадии

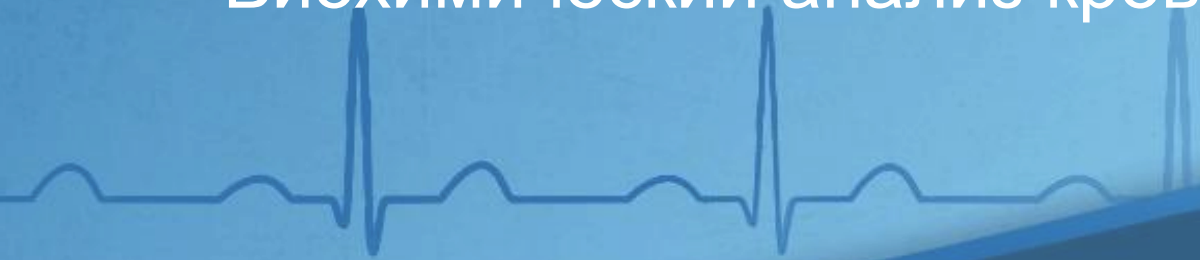
СД 2 тип

Хронический артрит плечевого сустава?

Остеохондроз шейно-грудного отдела позвоночника?

Рекомендации по дообследованию пациента

- Липидограмма
- Гликемический суточный профиль, HbA1c
- Контроль АД
- Консультация окулиста
- Рентгенограмма левого плечевого сустава и шейно-грудного отдела позвоночника
- Биохимический анализ крови: СРБ, АСЛ-О.



Медикаментозное лечение (назначенное в стационаре)

Верошпирон (*Spiroinolactone*) - 50 мг в день

Бисопролол (*Bisoprolol*) - 5 мг 1 раз в день

Кардиомагнил (*acetylsalicylic acid + magnesium hydroxide*) - 75 мг 1 раз в день

Лозап (*Losartan*) - 12,5 мг 1 раз в день

Диклак-гель 5% (*Diclofenac*) - наносить на кожу
вокруг болезненного сустава



Оценивая риски



Учитывая возраст, длительность анамнеза и сопутствующую патологию пациентки, ее можно отнести к группе особого риска – **от хирургического лечения отказались.**

Такие факторы риска, как возраст старше 70 лет, сердечная недостаточность ухудшают прогноз исхода оперативного вмешательства.

Необоснованно длительное терапевтическое лечение больных с митральными пороками сердца приводит к прогрессированию порока и сердечной недостаточности, что в свою очередь снижает толерантность к оперативному лечению. Послеоперационная летальность в данной группе составляет 37,1% (НУНА).

Рекомендации по лечению пациента

1. Антикоагулянты (антагонист витамина К и аспирин) у пациентов с постоянной фибрилляцией предсердий, тромбэмболическими осложнениями в анамнезе, с митральным стенозом и протезированными клапанами сердца. Обязательный контроль МНО (ПТИ).
2. Лечение СН в зависимости от типа.
3. Лечение СД 2 (диетотерапия).

Рекомендации по лечению пациента

CHA2DS2-VASc Score for Atrial Fibrillation Stroke Risk

US Units ▾

Calculates stroke risk for patients with atrial fibrillation, possibly better than the CHADS2 score.

Age? **Возраст**

- < 65 years old +0
- 65-74 years old +1
- ≥ 75 years old +2 ←

Congestive Heart Failure History? **Застойная СН?**

- Yes +1 ←

Hypertension History? **АГ?**

- Yes +1

Stroke/TIA/Thromboembolism History? **Инсульт? ТИА? ТЭЛА в анамнезе?**

- Yes +2

Vascular Disease History? (previous MI, peripheral arterial disease or aortic plaque) **Заболевания сосудов?**

- Yes +1

Diabetes Mellitus? **СД?**

- Yes +1 ←

Female? **Женский пол?**

- Yes +1 ←

Score

Общая сумма баллов

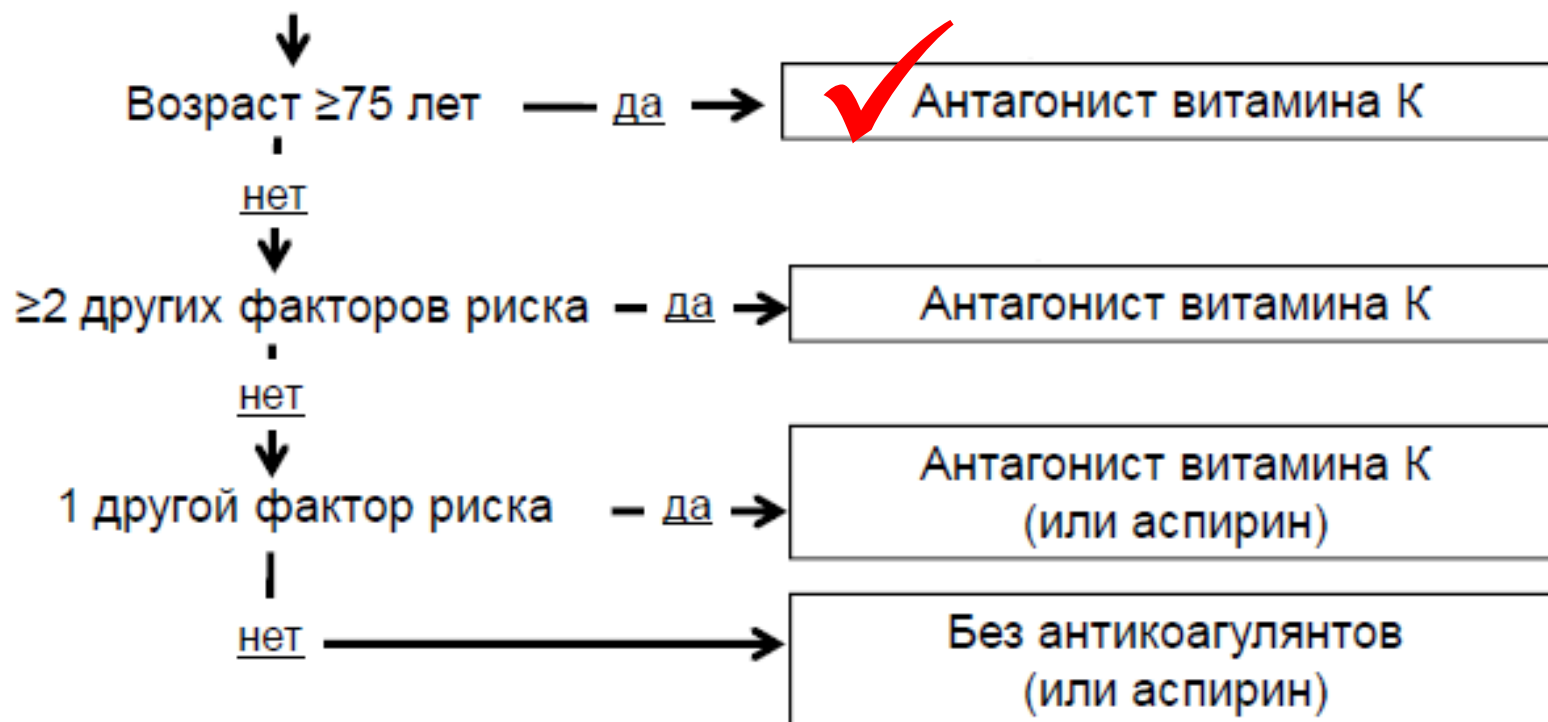
5

Stroke risk was 6.7% per year according to Yip et. al's 2010 stroke study and the European Society of Cardiology's guidelines.

Рекомендации по лечению пациента

Применение антикоагулянтов
для профилактики инсульта при ФП

Использовать шкалу CHA₂DS₂VASc



Рекомендации по лечению пациента

HAS-BLED Score for Major Bleeding Risk

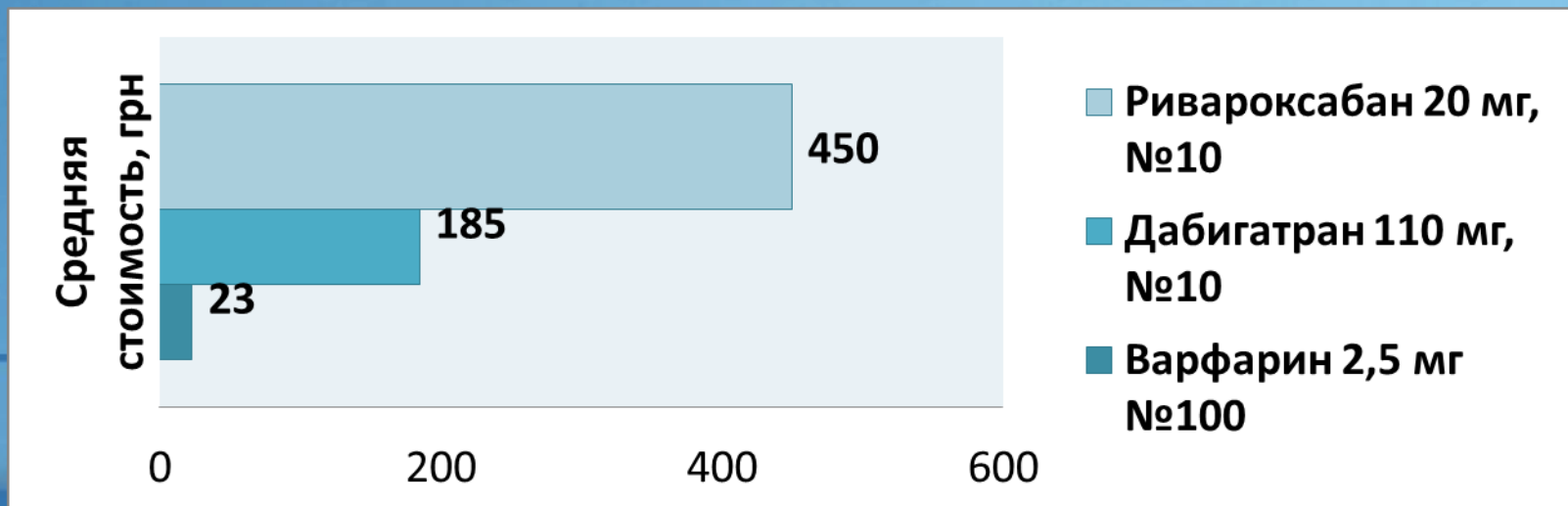
Estimates risk of major bleeding for patients on anticoagulation to help determine risk-benefit in atrial fibrillation care.

Hypertension History? (uncontrolled, >160 mmHg systolic) АГ?	<input checked="" type="checkbox"/> Yes +1	
Renal Disease? (Dialysis, transplant, Cr >2.6 mg/dL or >200 µmol/L) ХПН?	<input checked="" type="checkbox"/> Yes +1	←
Liver Disease? (Cirrhosis, Bilirubin >2x Normal, AST/ALT/AP >3x Normal) Болезни печени?	<input type="checkbox"/> Yes +1	
Stroke History? Инсульт в анамнезе?	<input type="checkbox"/> Yes +1	
Prior Major Bleeding or Predisposition to Bleeding? Кровотечения в анамнезе?	<input type="checkbox"/> Yes +1	
Labile INR? (Unstable/high INRs, Лабильный МНО?)	<input type="checkbox"/> Yes +1	
Age ≥65? Возраст старше 65 лет?	<input checked="" type="checkbox"/> Yes +1	←
Medication Usage Predisposing to Bleeding? Применение медикаментов повышающих риск кровотечения?	<input checked="" type="checkbox"/> Yes +1	←
Alcohol Usage History? Чрезмерное потребление алкоголя?	<input type="checkbox"/> Yes +1	
Patient has none of these	<input type="text" value="None Present"/>	
Score	<input type="text" value="3"/>	points

Risk was 8.9% in one validation study and 8.70 bleeds per 100 patient-years in another validation study.

Рекомендации по лечению пациента

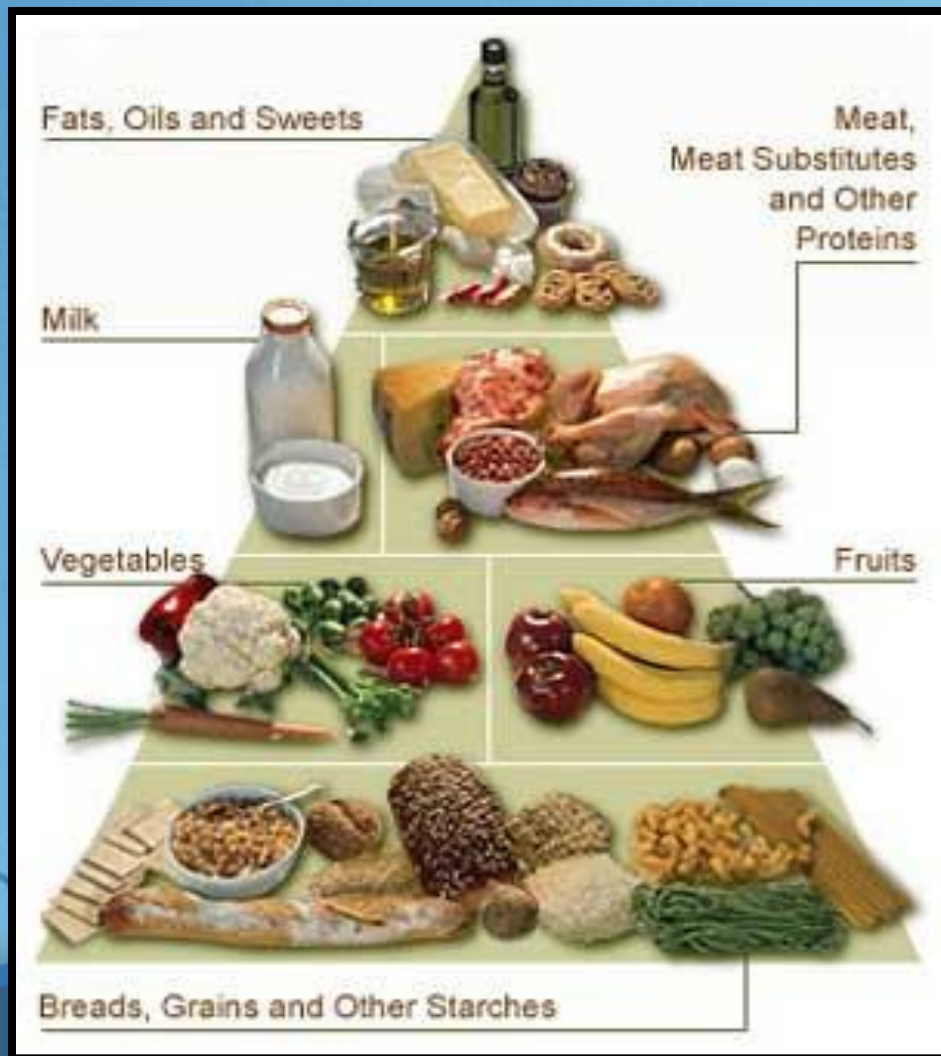
- **Варфарин** – один из наиболее эффективных препаратов при лечении ФП и профилактики инсульта. Однако, значительным недостатком данного средства является регулярный контроль анализов крови, необходимый для корректировки дозировки препарата. Неправильная доза варфарина может значительно снизить его эффективность и не привести к достижения желаемого результата.
- **Дабигатран, Ривароксабан** – препараты, являющиеся альтернативой варфарину, уменьшающий риск развития инсульта у пациентов, страдающих фибрилляцией предсердий с клинически значимой частотой снижения риска кровотечения от 35 до 75%.



Рекомендации по коррекции терапии

Немедикаментозное лечение

1. контроль физической нагрузки
рекомендована минимизация физической активности;
2. диета:
ограничение или отказ от продуктов, содержащих животные жиры и быстро всасывающиеся углеводы, а так же ограничение потребления соли и сольсодержащих продуктов.



Рекомендации по коррекции терапии

Медикаментозное лечение

Фуросемид (показан при ХЗП III) - 40 мг утром до исчезновения отеков

Лозап- 12,5 мг 1 раз в день (с последующим титрованием)


Бисопролол - 5 мг 1 раз в день (с последующим титрованием)

Кардиомагнил- 75 мг 1 раз в день

Варфарин - нач.доза 5 мг в день в одно и тоже

время (с последующим титрованием и контролем МНО через 4 дня после начала терапии)

Диклак-гель 5% - наносить на кожу вокруг болезненного сустава

A photograph of a sunset over the ocean. The sun is low on the horizon, casting a golden glow across the sky and reflecting on the water. The sky is filled with soft, wispy clouds. The ocean is dark blue with white foam from a wave in the foreground. The text "Благодарю за внимание!!!" is overlaid in the center in a white, sans-serif font.

Благодарю за
внимание!!!