



Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина  
Медицинский факультет  
Кафедра внутренней медицины

## Полиморбидность не предопределяет полипрагмазию (на примере клинического случая)

Выполнили студенты 6-го курса: Лахонина А.И., Филатова А.В.  
Научные руководители: к.м.н., доцент Макиенко Н. В.,  
к.м.н., доцент Водяницкая Н. А., д.м.н., проф. Яблчанский Н.И

# Наш пациент

- Мужчина, 49 лет
- Житель города
- Место работы: вагонное депо, экономист
- Дата поступления в стационар: конец октября 2015
- Диагноз, направившего учреждения:

ИБС: Нестабильная стенокардия (de-novo).

Гипертоническая болезнь II стадии, 2 степени. СН 0-1 ст.

Очень высокий риск

# Жалобы 1

- Боль в грудной клетке :
  - беспокоит в течении последнего месяца
  - пекущая, жгучая, локализуется за грудиной
  - длительностью до 10 минут
  - проходит самостоятельно
  - возникает как при ускоренной ходьбе до 100м, так и в покое
  - без иррадиации
  - сопровождается одышкой смешанного характера
- Сердцебиение ритмичного характера, без четкой связи с какими-либо факторами, длится до нескольких минут, проходит самостоятельно

# Жалобы 2

- Головная боль:
  - в височной области давящего характера
  - появляется как на фоне повышения, так и нормального артериального давления (АД)
  - проходит через 15-20 мин после приема анальгетиков (спазмалгон)
- Периодический сухой кашель по утрам
- Изжога после обильного приема пищи, употребления острого, жаренного
- Ноющая боль в эпигастрии, проходит после приема жидкой, теплой пищи
- Онемение 3-4 пальцев рук, в основном по ночам, проходит самостоятельно

# Анамнез заболевания 1

- 8.10.15 - впервые появилась боль в грудной клетке
- 20.10.15 - госпитализирован в стационар по месту жительства с предварительным диагнозом ИБС: нестабильная стенокардия (de-novo). Гипертоническая болезнь II стадии, 2 степени. СН 0-1 ст. Очень высокий риск. Медикаментозная терапия: небиволол 5мг, аторвастатин 20мг, триметазидин 35мг, беллалгин. Терапия была малоэффективна
- 28.10.15 - направлен в ЦКБ УЗ для дообследования и подбора терапии в кардиологическое отделение

## Анамнез заболевания 2

- Подъем АД с максимальными цифрами 170/90 мм.рт.ст. с юности (диагноз: вегето-сосудистая дистония (ВСД) по гипертензивному типу). Лечение не регулярное
- С 2012 - головная боль. Лечился самостоятельно, приемом анальгетиков (спазмолгон)

# Анамнез заболевания 3

- Курил с 1983 по октябрь 2015 - 1 пачку в день (32 пачка/лет)
- С 1995 - хронический бронхит с обострениями в весенне - осенний период. Лечился самостоятельно
- С 2010 - сухой кашель. В период обострения - мокрота белесоватого цвета. За врачебной помощью не обращался

# Анамнез заболевания 4

- С 2013 - изжога и ноющая боль в эпигастрии. За медицинской помощью не обращался
- 2014 - санаторно-курортное лечение в Миргороде с диагнозом хронический гастрит. На ФЭГДС - эритематозная гастропатия, острый бульбит, деформация луковицы двенадцатиперстной кишки, гастро - эзофагеальный рефлюкс. Выписан с улучшениями, медикаментозная терапия эффективна, выписку не предоставил

# Анамнез заболевания 5

- С 2014 - онемение 3-4 пальцев рук. За врачебной помощью не обращался

# Анамнез жизни

- Проживает один в изолированной квартире
- Жилищные и санитарно-гигиенические условия удовлетворительные
- Производственные вредности: отрицает
- Питание: нерегулярное, разнообразное, диету не соблюдает
- В детстве – воспаление легких
- Хронический холецистит
- Ожоговая (голова, руки, шея, туловище) болезнь (2002)
- Снижение остроты зрения с 2008
- Сахарный диабет, вирусный гепатит, туберкулез, венерические заболевания отрицает
- Аллергии на лекарственные препараты, пищевые продукты, бытовую химию не отмечает
- Алкоголь не употребляет
- Наследственный анамнез отягощен по ИБС и АГ

# Объективный статус 1

- Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, эмоционально стабилен, положение активное
- Рост – 178 см, вес – 119 кг, **ИМТ = 37,5 кг/м<sup>2</sup>**
- Кожные покровы: рубцовые изменения кожи после ожоговой болезни (голова, шея, руки, туловище)
- **Грыжевое выпячивание белой линии живота без признаков ущемления**
- Периферические лимфоузлы (поднижнечелюстные, шейные, подмышечные, паховые) не увеличены, округлой формы, эластичны, подвижны, не спаяны между собой и с окружающими тканями безболезненны
- Щитовидная железа- пальпируется перешеек, железа не спаянна с окружающими органами и тканями, пальпация безболезненна
- Костно-мышечная система – **болезненность при пальпации паравертебральных точек в шейно-грудном отделе позвоночника**

# Объективный статус 2

- Дыхательная система: перкуторно над легкими ясный легочный звук. Аускультативно дыхание везикулярное, **единичные сухие рассеянные хрипы на выдохе в нижних отделах легких**
- Сердечно - сосудистая система: Деятельность сердца ритмичная. Тоны сердца приглушены. ЧСС= пульс =60 уд.в мин. АД на обеих руках 130/80 мм.рт.ст. на фоне гипотензивной терапии. На момент поступления в стационар АД 140/90 мм.рт.ст. (на фоне приема небиволола)
- Живот увеличен за счет жировой клетчатки, **умеренная болезненность в эпигастральной области при глубокой пальпации**
- **Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5-2 см., безболезненна. Размеры по Курлову: 12-10-9 см**
- **Пальпируется выступающая на 1 см ниже левой реберной дуги селезенка**
- Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон
- Отеки голеней отсутствуют
- Физиологические отправления: стул - ежедневный, без особенностей; мочеиспускание - дневной диурез преобладает над ночным

# Предварительный диагноз ЛПУ

- Основной: ИБС: Нестабильная стенокардия. Гипертоническая болезнь II стадии, 2 степени. СН 0-1 ст. Очень высокий кардиоваскулярный риск
- Сопутствующий: Хроническое обструктивное заболевание легких в фазе неполной ремиссии? Хронический гастрит. Острый бульбит (2014). Ожирение 2 степени

# План обследования ЛПУ

- Клинический анализ крови
- Клинический анализ мочи
- Биохимический анализ крови (липидный спектр, билирубин, АлАт, АсАт, глюкоза, креатинин, мочеви́на, калий, натрий, СК- NAC, СК- MB каждые 6 часов, тропонин I)
- ЭКГ
- Эхокардиография (ЭхоКГ)
- Коронаровентрикулография (КВГ)
- УЗИ щитовидной железы
- УЗИ органов брюшной полости
- Фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС)
- Консультация офтальмолога
- Консультация хирурга

## Рекомендуем дополнительно

- Повторный клинический анализ крови
- Определение гормонов щитовидной железы ( $T_3$ ,  $T_4$ , ТТГ)
- Суточное мониторирование АД
- ЭКГ в динамике
- Спирометрия
- Рентген органов грудной клетки
- Рентген шейно-грудного отдела позвоночника
- ФЭГДС с биопсией
- рН-метрия
- Консультация пульмонолога
- Консультация невропатолога
- Консультация эндокринолога

# Клинический анализ крови (30.10.2015)

Показатели	Результат	Норма (м)
Гемоглобин	153 г/л	130-160 г/л
Эритроциты	4,84 Т/л	4,0-5,0 Т/л
ЦП	0,9	0,85-1,15
Лейкоциты	9,5 Г/л	4,0-9,0 г/л
СОЭ	10 мм/ч	1-10 мм/час
Палочкоядерные	3%	1,0-6,0 (%)
Сегментоядерные	48,5%	47,0-72,0 (%)
Эозинофилы	2,5%	0,5-5,0 %
Базофилы	0,8%	0-1,0%
<b>Лимфоциты</b>	<b>39,1%</b>	<b>19,0-37,0 %</b>
Моноциты	6,1%	3,0-11,0 %
<b>Тромбоциты</b>	<b>428 Г/л</b>	<b>180-320 г/л</b>
Гематокрит	43,8%	40-48%

## **Заключение:**

пограничный  
лимфоцитоз,  
умеренный  
тромбоцитоз

# Клинический анализ мочи (30.10.2015)

Показатели	Результат	Норма (м.)
Количество	120 мл	
Цвет	Желтый	Светло-желтый
Прозрачность	Прозрачная	Прозрачная
Удельный вес	1.014	1.001-1.040
Реакция (pH)	5.5	5.0-7.0
Лейкоциты	1-2 в п/з	до 3-х в п/з
Белок	Не выявлено	
Глюкоза	Не выявлено	
Слизь	следы	

**Заключение:** показатели в пределах нормы

# Биохимический анализ крови

## (30.10.2015)

Показатели	Результат	Норма
Билирубин общий	10.56	1,7-21 мкмоль/л
АсАт	31 u/L	< 35 ед/л
АлАт	36 u/L	< 41 ед/л
Креатинин	91 мкмоль/л	53-97 мкмоль/л
глюкоза	5.18 ммоль/л	3.3-5.5 ммоль/л
тропонин I	< 0.01 мкг/л	< 0,01 мкг/л

Расчет СКФ (по формуле Cockcroft-Gault) 146.4 мл/мин ( $\geq 90$  мл/мин)

**Заключение:** показатели в пределах нормы

# Биохимический анализ на активность ферментов сыворотки крови

Показатели	29.10.15 (Время 14:15)	29.10.15 (Время 20:00)	30.10.15 (Время 2:00)	30.10.15 (Время 8:00)	Норма
СК-НАС	525 u/L	469 u/L	404 u/L	344 u/L	< 171u/L
СК-МВ	19 u/L	17 u/L	20 u/L	21 u/L	0 - 24 u/L

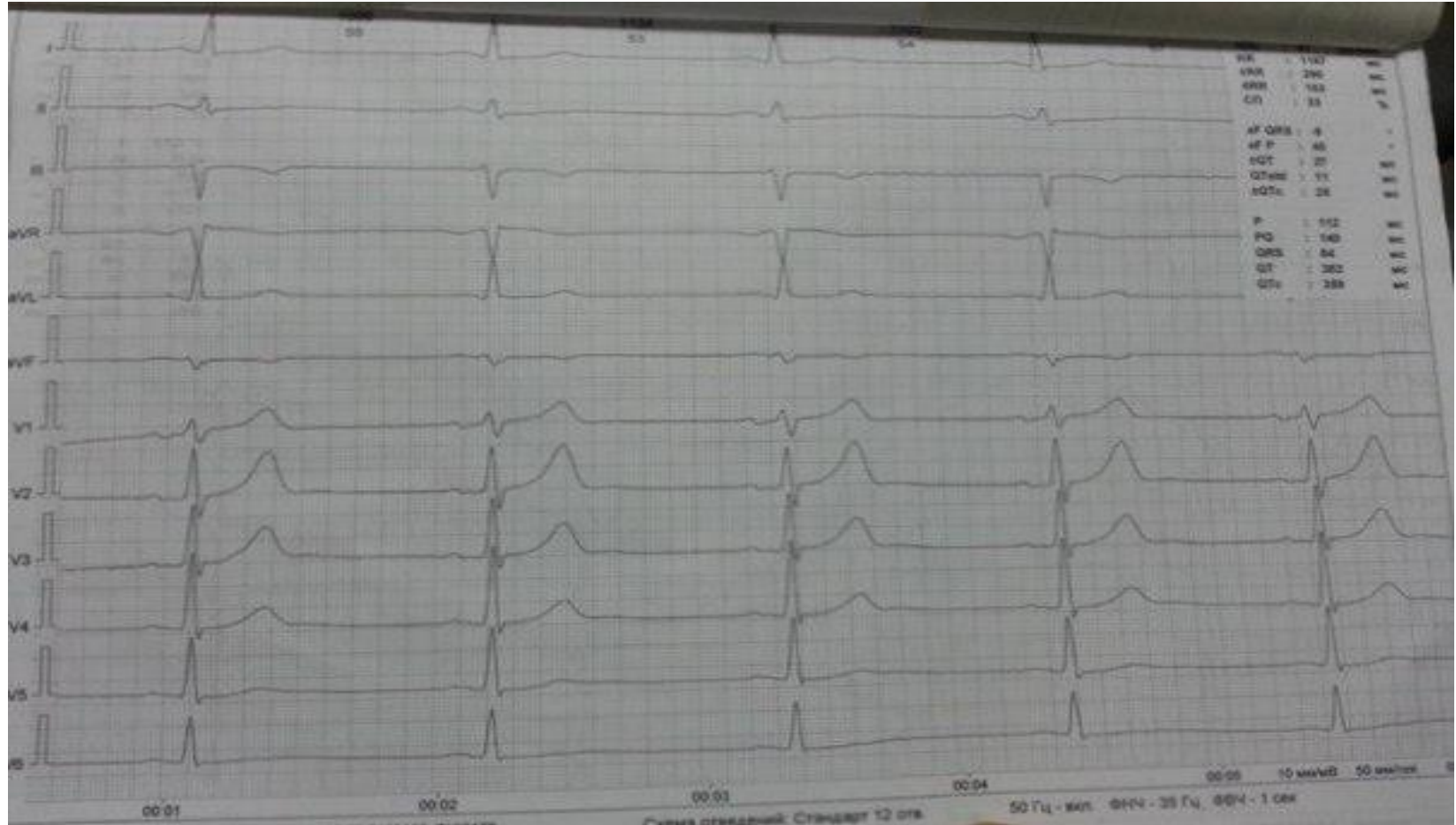
**Заключение:** СК-НАС превышает норму в 2-3 раза  
СК-МВ в пределах нормы

# Липидный спектр (2.11.2015)

Показатель	Результат	Норма
Общий холестерин	3.56	≤5.2 ммоль/л
ХС ЛПОНП	1.11	<1.0 ммоль/л
ХС ЛПНП	1.66	<3,5 ммоль/л
ХС ЛПВП	0.78	≥0,9 ммоль/л
ТГ	2.48	<2,3 ммоль/л
Коэффициент атерогенности	3.56	До 3.0 ммоль/л

Заключение: незначительное повышение коэффициента атерогенности, повышен уровень ТГ \* (на фоне гиполлипидемической терапии)

# ЭКГ (29.10.2015)



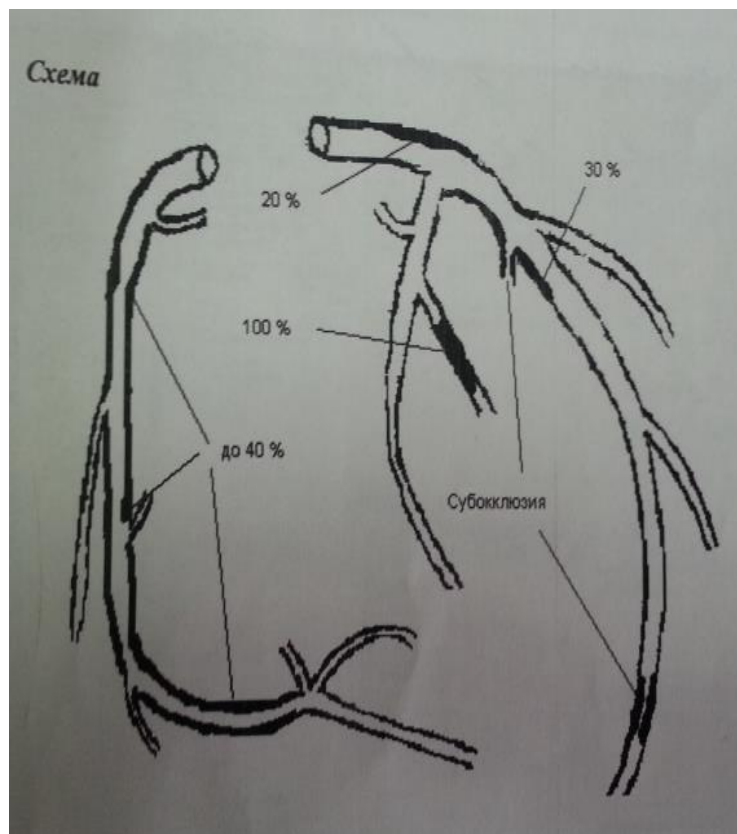
- Ритм синусовый, правильный, брадикардия, ЧСС 51 уд/мин (на фоне приёма небивола). Нарушение внутрипредсердной проводимости. Неспецифические нарушения внутрижелудочковой проводимости. Синдром преждевременной реполяризации желудочков. Нарушение процессов реполяризации по заднебоковой стенке левого желудочка в виде сглаженного и отрицательного зубца T

# Эхокардиография (03.11.2014)

- Аорта: стенки аорты нормальной эхоплотности, не утолщены, раскрытие клапана 22,8 (17-26 мм)
- Левый желудочек: толщина задней стенки в диастолу 11,5 (6-11 мм), межжелудочковой перегородки – 11,1 (6-11 мм), фракция изгнания – 75% (55-78%)
- Митральный клапан: створки нормальной эхоплотности, не утолщены, движения створок разнонаправленно, амл.откр.ств.-28,9 (26-35 мм), скорость диастолического прикрытия-97 (50-180 см/с)
- Диаметр правого желудочка 18,9 (9-26 мм). Трикуспидальный клапан – регургитация I ст
- Передне-задний размер левого предсердия 35 (13-37 мм), правого – 36 мм (13-37 мм)
- Клапан легочной артерии – регургитация I ст

Заключение: Полости сердца не расширены, миокард не утолщен, зон акинезии и гипокинезии не выявлено. Показатели сократимости миокарда и насосной функции левого желудочка сохранены

# Коронаровентрикулография (16.11.15)



Правый тип коронарного кровоснабжения.  
Диффузное атеросклеротическое поражение и кальциноз коронарного русла

Левая коронарная артерия - атеросклеротическая бляшка 20% в стволе пред бифуркацией, передняя нисходящая артерия - атеросклеротическая бляшка 30% после отхождения первой диагональной артерии с переходом на устье септальной артерии (субокклюзия), субокклюзия в дистальном сегменте, огибающая артерия - **100% окклюзия доминирующей краевой ветви**, постокклюзионный сегмент достоверно не контролируется

Правая коронарная артерия- диффузное атеросклеротическое поражение на всем протяжении до 40%

**Заключение:** Рекомендована эндоваскулярная реваскуляризация краевой ветви огибающей артерии левой коронарной артерии в плановом порядке

# УЗИ щитовидной железы

- Правая доля- 50,9 x 16 x 18 мм (N 40 x 20 x 20 мм)
- Левая доля- 46,8 x 18,8 x 18,6 мм (N 40 x 20 x 20 мм)
- **Перешеек- 13,6 мм (N 4-5 мм)**
- Форма обычная
- Контур четкий, ровный
- Расположена типично
- **Эхогенность повышена**
- Эхоструктура гомогенная
- Узлы, новообразования, кисты не выявлены

**Заключение: Диффузная гиперплазия щитовидной железы**

# УЗИ органов брюшной полости и почек (04.11.2015) 1

- Печень: **размеры увеличены**, вертикальный косой размер (КВР) правой доли **185,6** (до 150мм). Толщина левой доли **76** (до 65мм). Углы острые, контур ровный четкий, эхогенность повышена, эхоструктура гомогенная
- Желчный пузырь: размеры 69,2×35(мм), нормальные, форма обычная, стенки утолщены, уплотнены, содержимое гомогенное, конкрементов нет
- Поджелудочная железа: не увеличена, уплотнена (за счет явлений жировой инфильтрации), эхогенность паренхимы повышена, эхоструктура гомогенная, проток не расширен
- Селезенка: **размеры увеличены** (n 55×130 мм), эхогенность паренхимы повышена, эхоструктура гомогенная
- Свободная жидкость в брюшной полости: не определяется
- Свободная жидкость в плевральной полости: не определяется

# УЗИ органов брюшной полости и почек (04.11.2015) 2

- Правая почка: размеры нормальные, расположена типично, толщина и эхогенность паренхимы не изменена, полостная система не расширена, конкременты не определяются, **микролиты** – визуализируются 3
- Левая почка: размеры нормальные, расположена типично, толщина и эхогенность паренхимы не изменена, полостная система не расширена, конкременты не определяются, **микролиты** – визуализируются 3
- Надпочечники: имеют нормальную форму, толщиной до 3 мм

Заключение: Диффузные изменения паренхимы печени и поджелудочной железы

**Гепатоспленомегалия**

**Микроуролитиаз. Неполное удвоение почек**

# ФЭГДС

**2.11.2015**

- Гастро-эзофагеальный рефлюкс
- Эритематозная гастропатия
- Деформация луковицы двенадцатиперстной кишки
- Эрозивная дуоденопатия

**12.11.2015**

- Гастро-эзофагеальный рефлюкс
- Деформация луковицы двенадцатиперстной кишки

# Консультация офтальмолога

Осмотр глазного дна- калибр сосудов  
неравномерный, извилистость вен, спазм артерий,  
глазное дно бледное

Заключение: Ангиопатия сетчатки обоих глаз 2  
степени

# Консультация хирурга

В верхней части срединной линии живота выбухание, заметное внешне и хорошо пальпируемое

При натуживании чувствуется толчок

В области выбухания имеется болезненность

Заключение: грыжа белой линии живота без признаков ущемления

## Рекомендовано:

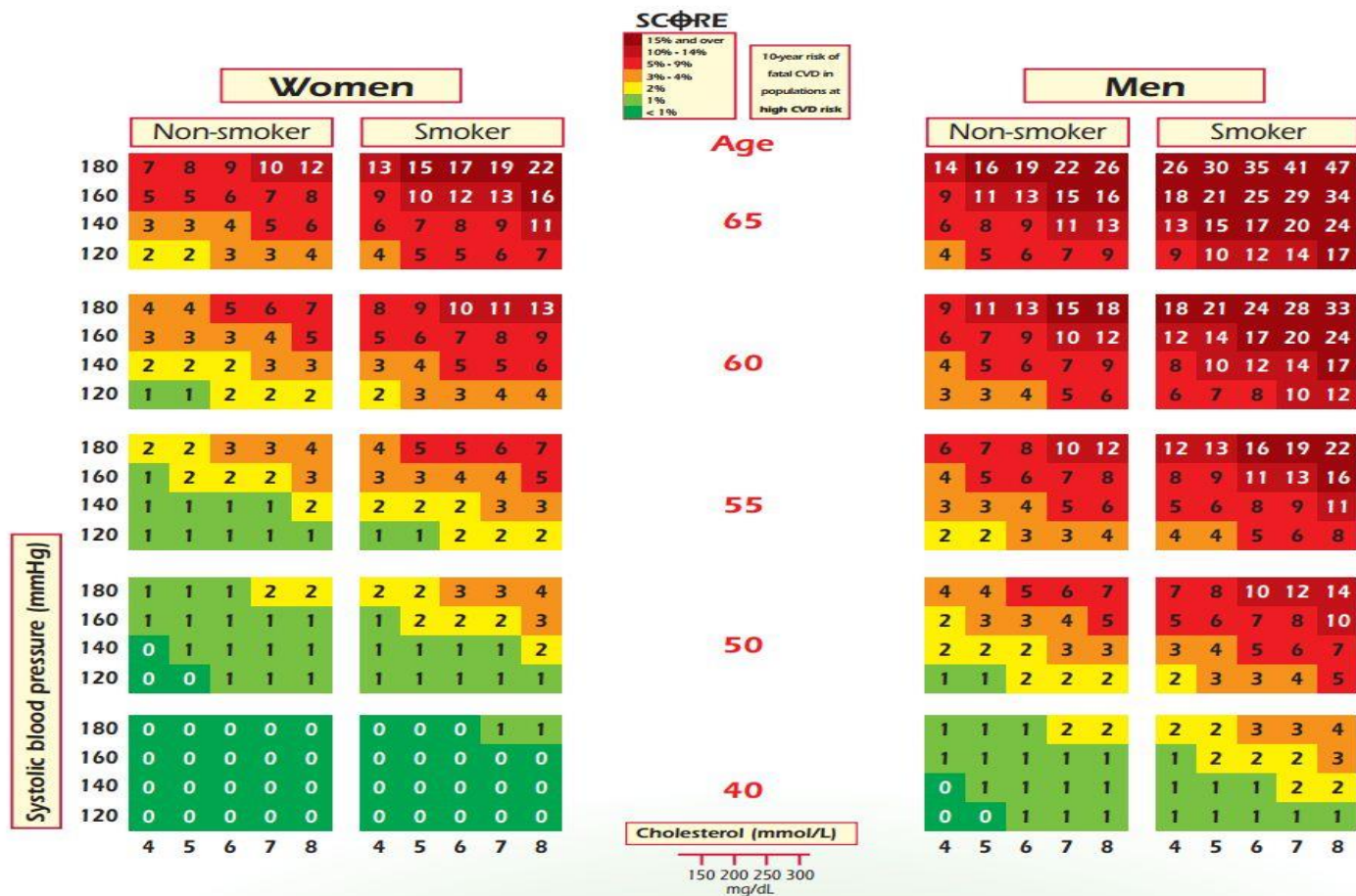
- наблюдение
- иссечение грыжевого мешка в плановом порядке
- ношение бандажа при подъёме тяжести

# Классификация ИБС

(ВОЗ, 1979; Рекомендации Украинской Ассоциации Кардиологов, 2011)

- 1. Внезапная коронарная смерть
  - 1.1. Внезапная клиническая коронарная смерть с успешной реанимацией
  - 1.2. Внезапная коронарная смерть (летальный исход). В случае развития на основе острой коронарной недостаточности или острого инфаркта миокарда (код I 24.8 или I 22 по МКБ-Х)
- 2. Стенокардия (код I 20 по МКБ-Х)
  - 2.1. Стабильная стенокардия напряжения (с указанием I-IV ФК по классификации Канадской ассоциации кардиологов), у больных с IV ФК стенокардия малых напряжений может клинически проявляться как стенокардия покоя (код I 20.8 по МКБ-Х)
  - 2.2. Вазоспастическая стенокардия (ангиоспастическая, спонтанная, вариантная Принцметала (код I 20.1. по МКБ-Х)
- 3. Нестабильная стенокардия (код I 20.0 по МКБ-Х)
  - 3.1. Нестабильная стенокардия, которая возникла впервые (появление первых в жизни приступов стенокардии с транзиторными изменениями ЭКГ в состоянии покоя до 28 суток)
  - 3.2. Прогрессирующая стенокардия
  - 3.3. Ранняя постинфарктная стенокардия (от 3 до 28 суток)

# Оценка риска смертельного сердечно-сосудистого заболевания в течение 10 лет по шкале SCORE



Риск 5%

# Классификация стадий АГ

(Рекомендации Ассоциации Кардиологов Украины, 2008)

Стадия	Степень поражения органов-мишеней
I	Объективные изменения со стороны органов-мишеней отсутствуют
II	<p>Есть объективные признаки поражения органов-мишеней без симптомов с их стороны или нарушения функции:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• гипертрофия левого желудочка (по данным ЭКГ, УЗИ, Ro);</li><li>• генерализованное сужение артерий сетчатки;</li><li>• микроальбуминурия и/или небольшое увеличение концентрации креатинина ( у м. – 115 – 133 ммоль/л, у ж. – 107 – 124 ммоль/л);</li><li>• поражение сонных артерий – утолщение интимы-медии &gt; или наличие атеросклеротических бляшек</li><li>• ангиопатия сетчатки 2 ст</li></ul>
III	<p>Есть объективные признаки поражения органов-мишеней с симптомами с их стороны и нарушением функции</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>сердце</b> – инфаркт миокарда, <b>стенокардия</b>, сердечная недостаточность II А - III стадии;</li><li>• <b>мозг</b> – инсульт, транзиторная ишемическая атака, острая гипертензивная энцефалопатия, сосудистая деменция;</li><li>• <b>глазное дно</b> – кровоизлияние и экссудаты в сетчатке с отеком диска зрительного нерва или без него;</li><li>• <b>почки</b> – концентрация креатинина в плазме у мужчин &gt; 133 мкмоль/л</li></ul>

# Классификация артериальной гипертензии по уровню АД

(Рекомендации Ассоциации Кардиологов Украины, 2008)

Категория АД	Систолическое АД (мм. рт.ст.)	Диастолическое АД (мм рт.ст.)
Оптимальное АД	< 120	< 80
Нормальное АД	< 130	< 85
Высокое нормальное АД	130-139	85-89
<b>Мягкая АГ (1 степень)</b>	<b>140-159</b>	<b>90-99</b>
Умеренная АГ (2 степень)	160-179	100-109
Тяжёлая АГ (3 степень)	> 180	> 110
Изолированная систолическая гипертензия	> 140	<90

# Стратификация риска у больных АГ

(Рекомендации Украинской Ассоциации Кардиологов, 2008)

## Стратификация риска у пациентов с артериальной гипертензией.

Факторы риска, поражения органов мишеней, сахарный диабет	Артериальное давление (мм рт.ст.)			
	Высокое нормальное 130-139/85-89	Артериальная гипертензия I ст 140-159/90-99	Артериальная гипертензия II ст 160-179/100-109	Артериальная гипертензия III ст более 180/110
Нет факторов риска	Незначимый	Низкий доп. риск	Средний доп. риск	Высокий доп. риск
1-2 фактора риска	Низкий доп. риск	Средний доп. риск	Средний доп. риск	Очень высокий доп. риск
Более 3 факторов риска, поражения органов мишеней, метаболический синдром или сахарный диабет.	Высокий доп. риск	Высокий доп. риск	Высокий доп. риск	Очень высокий доп. риск
Ассоциированные клинические состояния	Очень высокий доп. риск	Очень высокий доп. риск	Очень высокий доп. риск	Очень высокий доп. риск

Очень высокий дополнительный риск \*

\* Факторы риска: ожирение II степени, курение, гипертриглицеридемия, поражение органов мишеней- глазное дно. Ассоциированные клинические состояния- стенокардия

# Функциональный класс хронической сердечной недостаточности (ХСН)

(НУНА 1964; Рекомендации Украинской Ассоциации Кардиологов по диагностике, лечению и профилактике ХСН, 2013г)

- I. Нет ограничений физической активности
- II. Легкие ограничения физической активности
- III. Значительное ограничение физической активности
- IV. Неспособность выполнять любую физическую нагрузку без появления одышки

# Клинические стадии ХСН

(по Стражеско Н. Д., Василенко В. Х., 1935; Рекомендации Украинской Ассоциации Кардиологов по диагностике, лечению и профилактики ХСН, 2013г)

Стадия	Клинические проявления
I	Начальная, скрытая, проявляющаяся только при физической нагрузке в виде одышки, тахикардии, чрезмерной утомляемости, выраженных резче и дольше, чем у здорового человека. 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)
IIВ	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

# Варианты ХСН

(Рекомендации Украинской Ассоциации Кардиологов по диагностике, лечению и профилактике ХСН, 2013г.)

- I вариант. Систолическая дисфункция левого желудочка: фракция выброса 40% и менее
- II вариант. Сохраненная систолическая функция: фракция выброса более 40%

# Модифицированная Сиднейская Система хронических гастритов

(Хьюстон, 1996; Рекомендации Украинской Гастроэнтерологической Ассоциации, 2014)

Тип гастрита	Синонимы	Этиологические факторы
<b>Неатрофический</b>	Поверхностный, хронический антральный, тип В	<i>H.pylori</i>
<b>Атрофический</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Аутоиммунный</li> <li>• Мультифокальный</li> </ul>	Диффузный фундальный, тип А, ассоциированный с пернициозной анемией	Аутоиммунные реакции, <i>H.pylori</i> , факторы окружающей среды
<b>Особые формы:</b>		
Химический	Реактивный рефлюкс-гастрит, тип С	Химические вещества, желчь, НПВП
Радиационный		Лучевые поражения
Лимфоцитарный	Лимфоцитарный (вариоло-формный, ассоциированный с целиакией)	Идиопатические, иммунные механизмы, глютен, <i>H.pylori</i>
Неинфекционный гранулематозный	Гранулематозный	Болезнь Крона, саркоидоз, гранулематоз Вегенера, инородные тела
Эозинофильный	Аллергический	Пищевая аллергия, другие аллергены
Другие инфекционные		Другие бактерии (кроме <i>H.pylori</i> ), вирусы, грибки, паразиты

# Клиническая классификация гастро-эзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ)

(Лос-Анджелесс, 1998; Рекомендации Украинской Гастроэнтерологической Ассоциации, 2014)

## По характеру эндоскопических изменений в пищеводе:

Эрозивная ГЭРБ (рефлюкс-эзофагит, эндоскопически позитивный вариант, ГЭРБ с эзофагитом)

Степень выраженности рефлюкс-эзофагита:

- **Степень 0 - дефектов слизистой нет**
- Степень А - одно (или более) повреждение, длиной менее 5 мм, ограниченное пределами складок слизистой оболочки пищевода
- Степень В - одно (или более) повреждение слизистой, длиной более 5 мм, ограниченное пределами складок, не сливающиеся между собой
- Степень С - одно (или более) повреждение слизистой оболочки, которое распространяется на 2 складки (и более) между ними, но занимает менее 75% окружности пищевода
- Степень D - повреждение слизистой оболочки, захватывающее более 75% окружности пищевода

Осложнения эрозивной ГЭРБ:

- Пептическая язва пищевода
- Кровотечение
- Стриктуры пищевода

**Неэрозивная ГЭРБ** (НЭРБ, эндоскопически негативный вариант, ГЭРБ без эзофагита, симптоматическая ГЭРБ)

# Индекс массы тела

(ВОЗ,1997)

$$ИМТ = \text{вес (кг)} / \text{рост (м}^2\text{)}$$

- Дефицит массы тела Менее 18,5
- Нормальная масса тела 18,5-24,9
- Избыточная масса тела 25-29,9
- Ожирение I степени 30-34,9
- Ожирение II степени 35-39,9
- Ожирение III степени Более 40

## Диагноз в стационаре

- Основной: ИБС: Нестабильная стенокардия. Гипертоническая болезнь II стадии, 2 степени. СН 0-1 ст. Очень высокий кардиоваскулярный риск
- Сопутствующий: Хроническое обструктивное заболевание легких в фазе неполной ремиссии? Хронический гастрит. Эрозивный дуоденит. Ожирение 2 степени

# Клинический диагноз 1

- Основное заболевание

ИБС: ОКС. Нестабильная стенокардия, впервые возникшая. КВГ (16.11.15г.): Диффузное атеросклеротическое поражение и кальциноз коронарного русла. 20% окклюзия левой коронарной артерии, 40% окклюзия правой коронарной артерии, 100% окклюзия огибающей артерии

Гипертоническая болезнь III стадии, 1 степени. Очень высокий кардиоваскулярный риск

ХСН 1 ст. с сохраненной систолической функцией левого желудочка (ФВ=75%), II ФК

# Клинический диагноз 2

- Сопутствующие заболевания:

ХОЗЛ. ХОБ I-II ст. тяжести? ЛН 0 ст

Эрозивный дуоденит, деформация луковицы двенадцатиперстной кишки

Хронический неатрофический гастрит

Неэрозивная гастро-эзофагеальная рефлюксная болезнь

Ожирение 2 степени

ХПН 0 ст. Мочекаменная болезнь

Остеохондроз шейно-грудного отдела позвоночника?

Неущемленная грыжа белой линии живота

# Различия в диагнозах

ЛПУ	Клинический диагноз
<p><u>Основной:</u> ИБС: Нестабильная стенокардия. Гипертоническая болезнь II стадии, 2 степени. СН 0-I ст. Очень высокий кардиоваскулярный риск</p>	<p><u>Основной:</u> ИБС: ОКС. Нестабильная стенокардия, впервые возникшая. КВГ (16.II.15г.): Диффузное атеросклеротическое поражение и кальциноз коронарного русла. 20% окклюзия левой коронарной артерии, 40% окклюзия правой коронарной артерии, 100% окклюзия огибающей артерии Гипертоническая болезнь III стадии, I степени. Очень высокий кардиоваскулярный риск ХСН I ст. с сохраненной систолической функцией левого желудочка (ФВ=75%), II ФК</p>
<p><u>Сопутствующий:</u> Хроническое обструктивное заболевание легких в фазе неполной ремиссии? Хронический гастрит. Эрозивный дуоденит. Ожирение 2 степени</p>	<p><u>Сопутствующий:</u> ХОЗЛ. ХОБ I-II ст тяжести? ЛН 0 ст Эрозивный дуоденит, деформация луковицы двенадцатиперстной кишки Хронический неатрофический гастрит Неэрозивная гастро-эзофагеальная рефлюксная болезнь Ожирение 2 степени Неущемленная грыжа белой линии живота ХПН 0 ст. Мочекаменная болезнь Остеохондроз шейно-грудного отдела позвоночника?</p>

# Лечение в стационаре

- Небиволол 2,5 мг утром
- Клопидогрель 75мг
- Эноксапарин 80мг 2р/день
- Аторвастатин 40 мг вечером
- Изосорбида динитрат 10мг 2 р/день
- Пантопразол 40мг 2р/день - 10 дней
- Фамотидин 40мг 1р вечером, -10 дней
- Де-нол 240мг 2р/день - 10 дней
- Альмагель по 1 ст.л. 3р/день - 10 дней

# Рекомендуемое лечение (немедикаментозное)

Модификация образа жизни

## 1. Изменение распорядка дня

- Продолжительность сна не менее 8 часов в сутки
- Дневной сон в течение 1-2 ч

## 2. Контроль массы тела

- Взвешивание не реже 1 раза в неделю
- Взвешивание натощак до завтрака, в одной и той же одежде, без обуви
- Запись данных в таблице самоконтроля
- При необходимости (по рекомендации лечащего врача) ежедневный контроль количества выпитой и выделенной жидкости
- При увеличении веса на 1 кг в день или на 2-2,5 кг за 3-4 дня - консультация с лечащим врачом

# Рекомендуемое лечение (немедикаментозное)

## 3. Диета

- Соблюдение диеты: пища легкоусвояемая, пониженной суточной энергетической ценности (1400-1500 ккал), маленькими порциями 4-5 раз в день, последний прием пищи за 3 часа до сна
- Ограничить экстрактивные вещества мяса и рыбы, холестерин, поваренную соль (солонку на столе не держать), увеличить источники пищевых волокон, в частности пектинов, витаминов, особенно С и Е, а также калия, магния, йода. Блюда из рыбы предпочтительней, чем из мяса. Желательно включение в диету морепродуктов (морская капуста, мидии, кальмары и др.) в виде самостоятельных блюд или как часть салатов

# Рекомендуемое лечение (немедикаментозное)

## 4. Регулярные физические нагрузки

- Начинать нагрузку в медленном темпе и увеличивать постепенно
- Планировать период покоя до и после физической нагрузки во избежание чрезмерной усталости
- Не выполнять физические упражнения сразу после еды, на полный желудок
- Немедленно прекращать нагрузки при появлении чувства усталости
- Завершение физической нагрузки также должно быть постепенным, до приведения организма в состояние, близкое к исходному
- Остеохондроз: статическая нагрузка с упором лобной и височной областями в ладонную поверхность кисти, максимальное сгибание головы вперед и в стороны, повороты головы в стороны до упора. Все упражнения выполнять в медленном темпе, с регулярностью 2-3 раза в неделю

# Рекомендуемое амбулаторное лечение (медикаментозное)

- $\beta$ -блокатор: небиволол 1.25 мг утром (под контролем пульса и АД)
- Антитромбоцитарная терапия: клопидогрель 75 мг 1 раз в день - длительно
- Статин: розувастатин 10 мг 1 раз в день - длительно
- Антиангинальный препарат: нитроглицерин (таблетки или спрей) по требованию

# Рекомендуемое лечение (хирургическое)

- Стентирование краевой ветви огибающей артерии левой коронарной артерии

# Профилактика 1

- Модификация образ жизни
- Соблюдение рекомендаций врача
- ИБС
  - 2 раз в год стационарное лечение: полное кардиологическое обследование (клин.анализ крови, клин.анализ мочи, липидный спектр, коагулограмма, ЭКГ, ЭхоКГ) с коррекцией лечения
- ХОЗЛ
  - избегать переохлаждения
  - дыхательная гимнастика
  - спелеотерапия (соляная шахта)
  - спирометрия 1 раз в год
- Хронический гастрит
  - соблюдение диеты (особенно в весенне-осенний период)
  - наблюдение гастроэнтеролога

# Профилактика 2

- Неущемлённая грыжа белой линии живота
  - ношение бандажа при подъёме тяжести
- Мочекаменная болезнь
  - соблюдение диеты
  - избегать переохлаждения
  - фитотерапия
- Остеохондроз шейно- грудного отдела позвоночника
  - избегать переохлаждения
  - регулярная лечебная гимнастика
  - 15-минутные перерывы на гимнастику в течении каждого часа во время статической работы (за компьютером и т.д)

# Прогноз

- Прогноз для жизни - при соблюдении назначений врача - удовлетворительный
- Прогноз для выздоровления - неблагоприятный

Спасибо за  
внимание

