



«Реальная клиническая практика: мультиморбидность и лечебная тактика»

Выполнили: Цирук Е.В.¹, Поволоцкая А.Ю.¹, Кротенко А.В.²

Руководители: доцент, к.мед.н. Макиенко Н.В.¹, проф., д.мед.н. Яблучанский Н.И.¹

¹- Харьковский национальный университет имени В.Н.Каразина, медицинский факультет

²- Харьковская клиническая больница на железнодорожном транспорте №1 филиал «Центр охраны здоровья» Публичного акционерного общества «Украинская железная дорога»

Преамбула

- В реальной клинической практике часто встречаются пациенты с патологией различных систем
- Мультиморбидность определяет различные диагностические и лечебные задачи пред врачом
- В клиническом разборе мы хотим привести пример таких задач

Наш пациент



- Мужчина, 45 лет
- Житель поселка городского типа
- Место работы: частное предприятие, агроном
- Дата поступления в стационар: 7 сентября 2017
- **Диагноз направившего ЛПУ:** ИБС, стабильная стенокардия II ФК, постинфарктный кардиосклероз (2007, 2015г. – переднеперегородочный с отрицательным зубцом Q), ГБ III ст., 3 ст. Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий. Сердечная недостаточность IIА ст.
- Инвалид III группы по сочетанной патологии

Основные жалобы 1

• Сердцебиение:

- жалобы на спонтанные пробуждения под утро с частотой пульса 100-150 уд/мин (со слов пациента), купируемые в течение часа приемом амиодарона 300 мг
- Ассоциировано с «неприятными ощущениями» в области сердца
- сопровождается «проливными» потами

• Боль в грудной клетке:

- Давящего характера
- возникает при физической нагрузке (быстрый подъем более, чем на 1 этаж)
- с иррадиацией в левую руку
- длится до 5-10 минут
- проходит без приема препаратов

• Повышение давления:

- периодическое повышение АД до 220/100 мм. рт. ст. при сердцебиении

Основные жалобы 2

• Кашель:

- периодический
- сухой
- возникает в горизонтальном положении
- чаще вечером

• Боль в суставах:

- локализуется в пястно-фаланговых суставах верхних, нижних конечностей; коленных, локтевых суставах

- беспокоит постоянно

- при вовлечении крупных суставов сопровождается повышением температуры до 37,5 °С

- проходит при приеме диклофенака (на сутки), дексаметазона (на несколько недель, до месяца)

• Повышенная утомляемость, мышечная слабость:

- Чаще всего возникает при обострении подагры

Анамнез заболевания

- Болеет на протяжении 10 лет
- В 2007 году возникла постоянная боль, давящего характера в левой половине грудной клетки. На 2-й день от начала заболевания попал в больницу, где поставлен диагноз: переднеперегородочный инфаркт миокарда (Q-негативный). АД 200/100 мм.рт.ст. Лечился в стационаре
- В 2015 году на отдыхе в Тайланде ощутил интенсивную боль в левой половине грудной клетки, сердцебиение. Был госпитализирован. Проведена КВГ (тахикардия, стеноз 40% ПНА)

Назначено лечение:

- Амиодарон (Кордарон) 200 мг
- Этакзизин 1.25 мг
- Периндоприла аргинина 2,5 мг, индапамид 0,625 мг и амлодипина бесилат 5 мг (Триплексам 10/2,5/5 мг)
- Госпитализирован в ХКБ на ЖДТ №1 филиал «ЦОЗ» ПАТ «Украинская железная дорога» 2.09.17 с острым приступом тахикардии. Назначен амиодарон в/в капельно, в результате - лабильность АД от 190/100 мм.рт.ст. до 80/60 мм.рт.ст.
- Вновь госпитализирован ХКБ на ЖДТ №1 филиал «ЦОЗ» ПАТ «Украинская железная дорога» 7 сентября 2017 с ухудшением состояния (АД -190/100 мм.рт.ст., пульс- 94 уд/мин, тоны сердца приглушены)

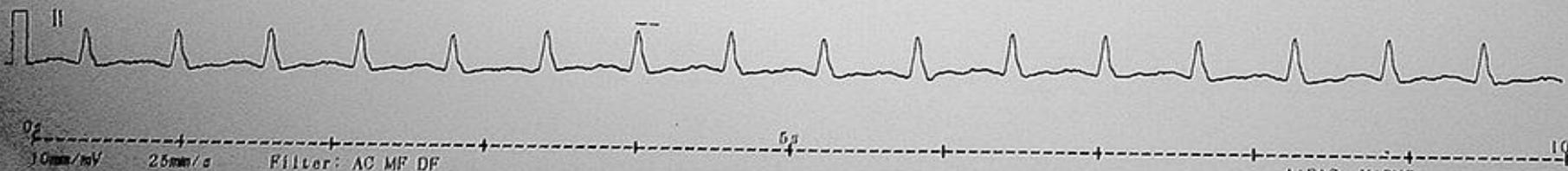
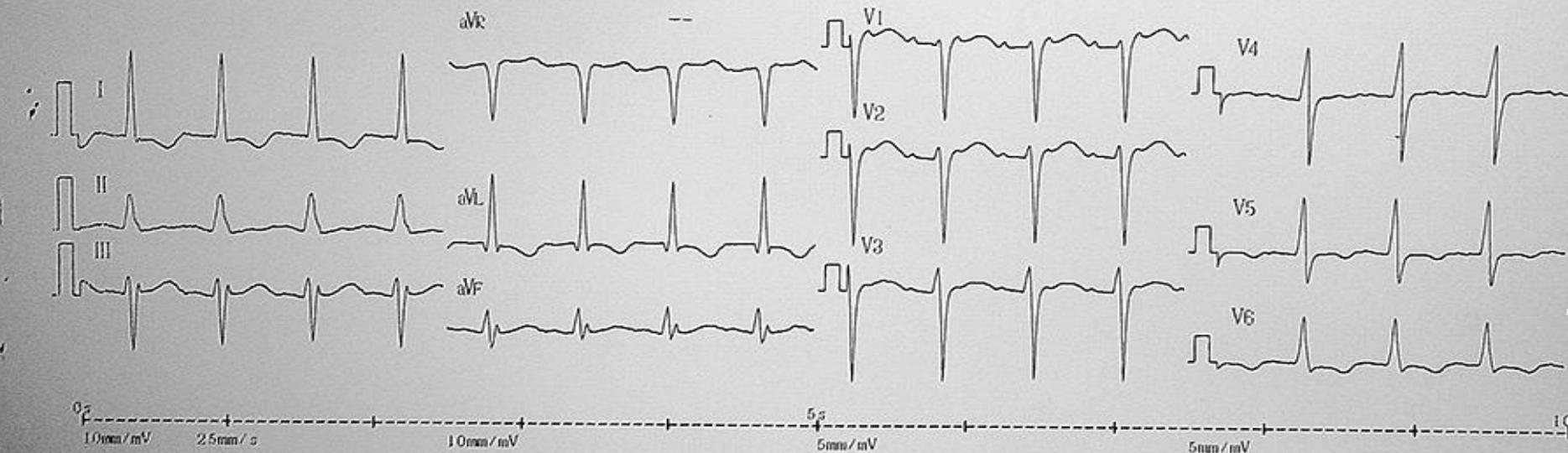
ЭКГ (23.11.2015)

Заключение:

- Замедление межжелудочковой проводимости
- Гипертрофия миокарда ЛЖ
- Удлинение сегмента QT
- Депрессия ST-T в I, aVL, V4, V5, V6
- Незначительный подъем ST в отведениях V1, V2, V3

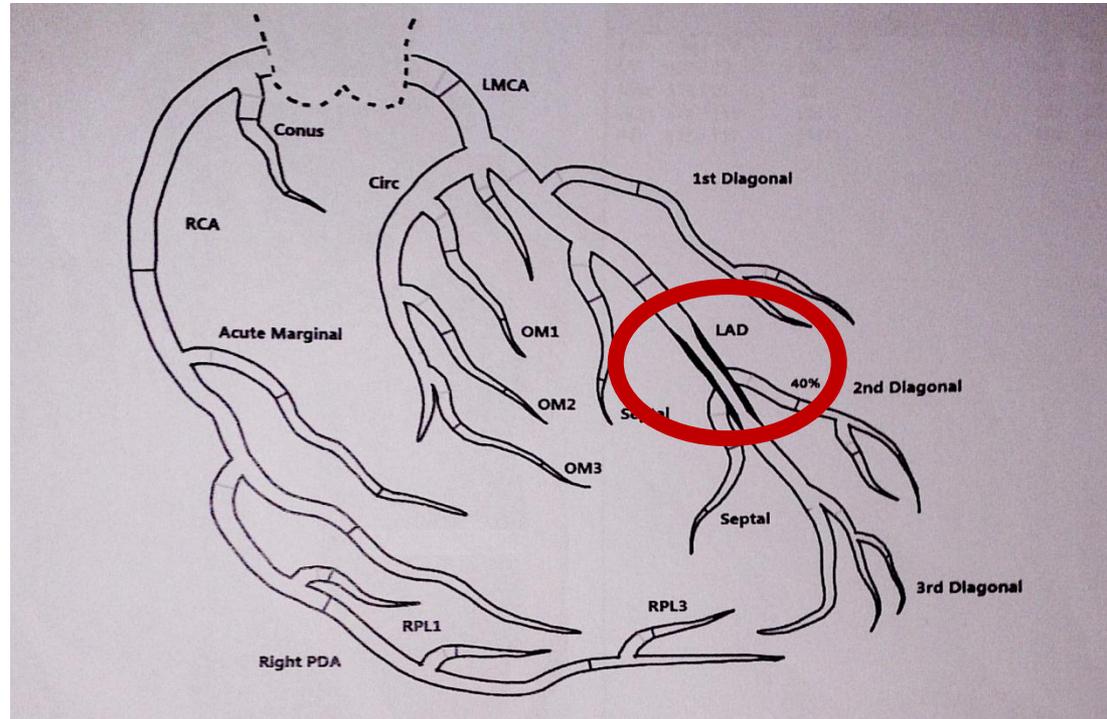
irmed report >> Reviewed by

	[MINNESOTA CODE]	
AXIS: 14deg	7-4-0	1-3-3:L
RV5: 2.20mV	4-2-0:L	5-3-0:A
SV1: 2.89mV	5-2-1:L	9-2-2:A
R+S: 5.09mV	3-3-1	9-4-2
	9-7-1	



Коронарография (23.11.2015)

- **Заключение:**
доминирование
правой коронарной
артерии
- Поражение 40%
передней
нисходящей артерии
(на рисунке
обозначено LAD)

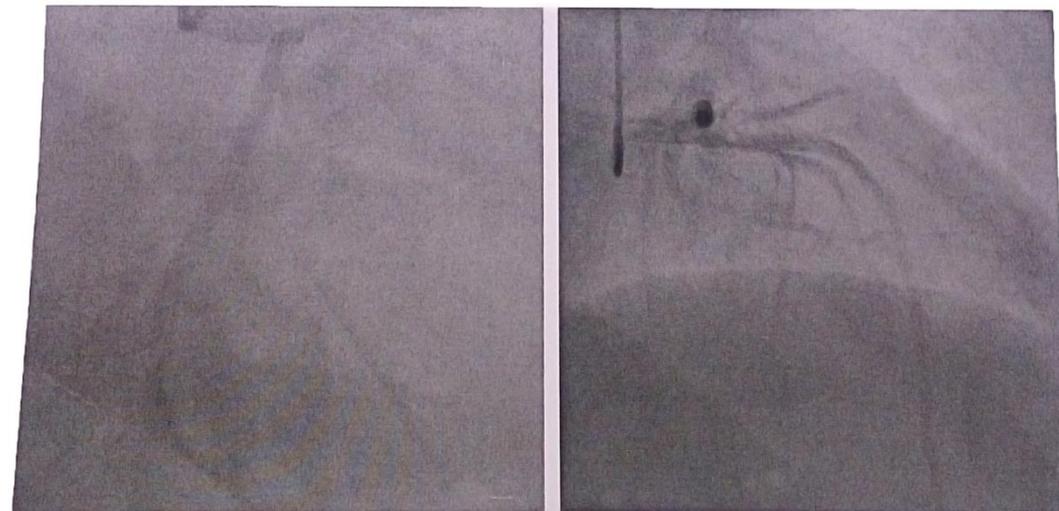


Катетеризация сердца (23.11.2015)

- **Заключение:**
доминирование правой коронарной артерии
- Ствол левой коронарной артерии без стеноза
- Дистальный отдел левой передней нисходящей артерии стенозирован на 40%
- Левая огибающая – стеноз не выявлен
- Правая коронарная артерия – стеноз не выявлен
- **Диагноз:** болезнь коронарных артерий не выявлена
- **Осложнения:** нет



Right coronary angiogram



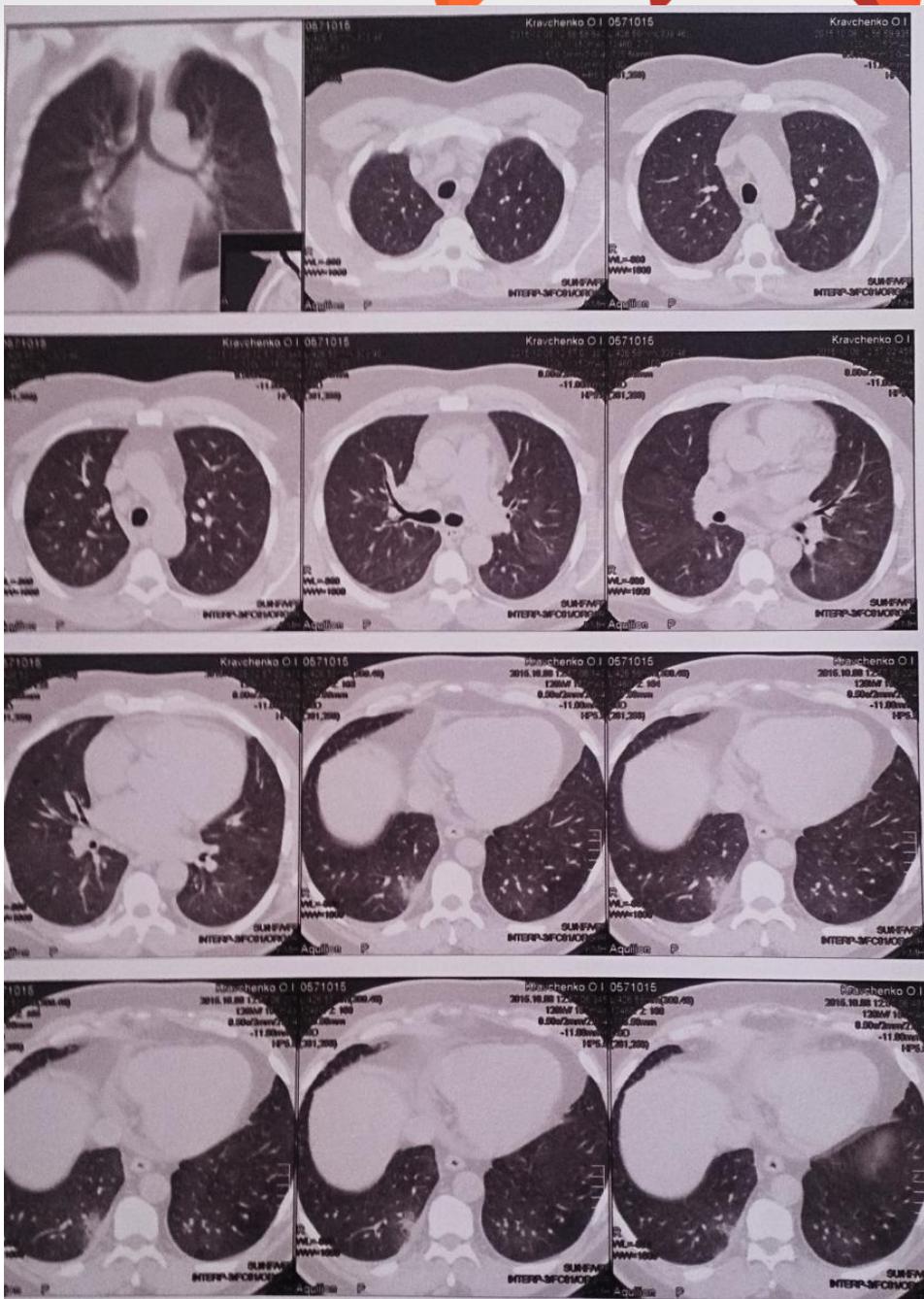
Left coronary angiogram

Анамнез жизни 1

- Проживает в частном доме с женой и двумя детьми (21 год, 17 лет)
- Жилищные и санитарно-гигиенические условия удовлетворительные
- Инвалид III группы по сочетанной патологии
- На протяжении 14 лет работает агрономом, имеет постоянный контакт с химикатами
- Питание нерегулярное, разнообразное. До 2 сентября 2017 г. диету не соблюдал
- Курил на протяжении 12 лет, 30-45 сигарет в день, прекратил с февраля 2017 года. ИКЧ = 18 пачко/лет.
- В 1997 году был поставлен диагноз: ЯБ двенадцатиперстной кишки, без визуализационного подтверждения
- Октябрь 2015 года - перенес двустороннюю пневмонию, правосторонний гидроторакс
- 2007 год - **ХБП II ст. Хронический пиелонефрит** , ежегодно проходит обследование и лечение в нефроцентре г. Харьков

Результаты КТ органов грудной клетки (08.10.2015)

- Заключение: КТ-признаки левосторонней интерстициальной и правосторонней очаговой нижнедолевой инфильтрации легочной паренхимы
- Незначительный правосторонний гидроторакс



Анамнез жизни 2

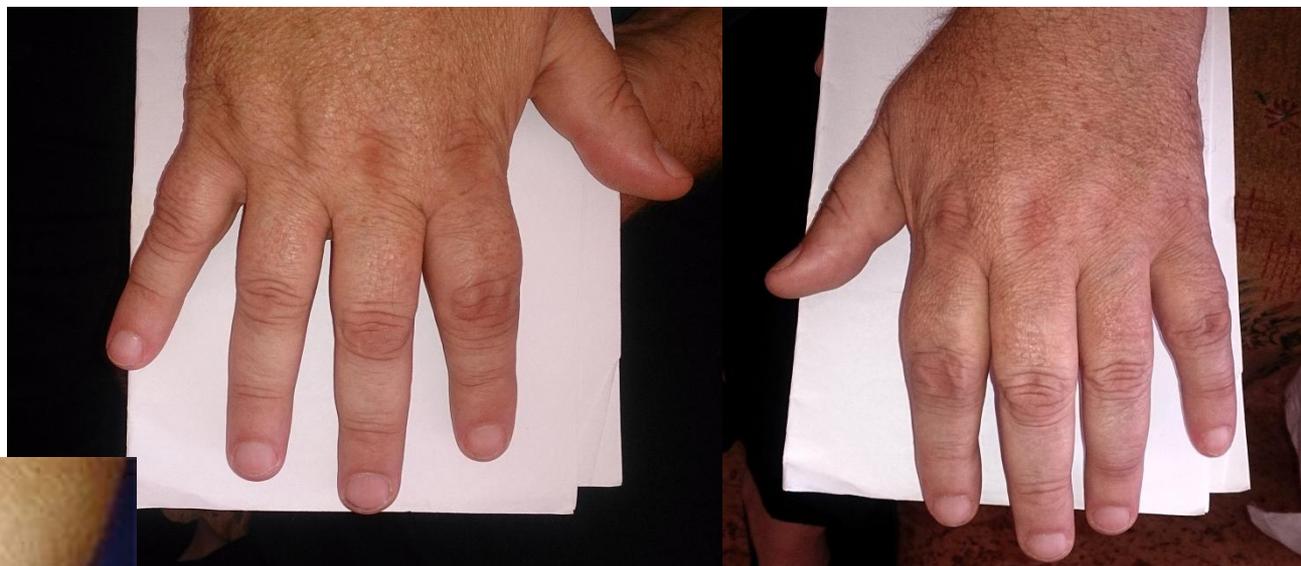
- 2007 год – **Подагра**, боли в суставах нижних конечностей, с повышением температуры до 37,8 °С, обостряющиеся при приеме аллопуринола
- В 2016 году проходил лечение в обл. больнице (аденурик (аллопуринол) 80 мг/сут), стойкая ремиссия не достигнута
- При обострениях принимает диклофенак 50 мг перорально, дексаметазон в/м 15 мг

Объективный статус 1

- Состояние удовлетворительное, настроение хорошее, сознание ясное, положение активное, самостоятельно перемещается по палате
- Гиперстеник. Масса тела 120 кг, рост 180 см. ИМТ=37.04
- Кожные покровы бледнорозового оттенка с усиленным сосудистым рисунком в области щек и подбородка, на коже живота имеются редкая пустулезная сыпь. Гематома в околопупочной области слева. Слизистые розового оттенка, на языке слабый белый налет
- **Периферические лимфоузлы:** (поднижнечелюстные, шейные, подмышечные, паховые) не увеличены, округлой формы, эластичны, подвижны, не спаяны между собой и с окружающими тканями безболезненны
- **Щитовидная железа:** перешеек пальпируется, безболезненный левая и правая доли увеличены в размерах, не спаяны с окружающей тканью, безболезненные

Объективный статус 2

- **Костно-мышечная система:** на локтевых, межфаланговых суставах лодыжках, а так же на ушных раковинах **тофусы**. **Отечность суставов** сохранена, болезненности в области суставов не выявлено



Объективный статус 3

- **Дыхательная система**: перкуторно ясный легочной звук, аускультативно - ослабленное везикулярное дыхание в нижних отделах
- **Сердечно-сосудистая система**: деятельность сердца ритмичная, брадикардия. Пульс 55 уд/мин. АД на левой руке 160/100 мм. рт. ст. (на фоне гипотензивной терапии)
- **Аускультативно** тоны сердца приглушены, акцент 2 тона на аорте, систолический шум в проекции митрального клапана
- Живот увеличен за счет жировой клетчатки, мягкий, при пальпации безболезненный
- Печень не пальпируется за счет абдоминального типа ожирения
- Физиологические отправления: стул- ежедневный, без особенностей
Мочеиспускание- дневной диурез над ночным не преобладает, без особенностей, жалоб нет
- Отек голени на протяжении всего дня

Предварительный диагноз ЛПУ

- **Основные заболевания:** ИБС, постинфарктный кардиосклероз (2007, 2015г. – переднеперегородочный ИМ без зубца Q), кардиосклероз, ГБ III ст., 3 ст. Гипертензивное сердце. Пароксизмы тахикардии? Атрио-вентрикулярная блокада I ст. Сердечная недостаточность II A ст.
- **Сопутствующие заболевания:** Язвенная болезнь, н/а фаза. ХБП III ст., хронический пиелонефрит в стадии ремиссии. Нефропатия смешанного генеза. Подагра. Подагрический полиартрит

План обследования ЛПУ

- Клинический анализ крови
- Клинический анализ мочи
- Биохимический анализ крови (глюкоза, К⁺, Na⁺, липидный спектр, креатинин, печеночные пробы, АлАТ, АсАТ)
- Измерение АД 2 раза в сутки
- УЗИ щитовидной железы, сердца, печени, почек, Рентгенография ОГК
- Суточный мониторинг ЭКГ по Холтеру
- ТТГ, Т4
- СКФ GFR-EPI
- Консультация ревматолога

Клинический анализ крови (09.09.2017)

Показатель	Данные	Норма
Гемоглобин	106,4 г/л	130-160 г/л
Эритроциты	4,0 т/л	4,0-5,0 т/л
ЦП	0,79	0,85-1,15
Лейкоциты	11,9 г/л	4-9 г/л
Тромбоциты	433 г/л	180-320 г/л
СОЭ	66 мм/ч	1-10 мм/ч
Нейтрофилы:		
п/я	3%	1,06-6,0%
с/я	80%	47,0-72,0%
Эозинофилы	1%	0,5-5,0%
Лимфоциты	11%	19-37%
Моноциты	5%	3-11%
Гематокрит	34%	40-48%

Заключение: анемия, ЦП снижен, умеренный лейкоцитоз, тромбоцитоз, повышение СОЭ, лимфопения, снижение Ht

Клинический анализ мочи (09.09.2017)

Показатель	Результат	Норма
Эритроциты	1-2 в п/з	Единичные или отсутствуют
Лейкоциты	3-4 в п/з	6-8 в п/з
Эпителий переходной	Умеренное кол-во	Одиночный в п/з
Эпителий почечный	Местами	Одиночный в п/з
Цилиндры гиалиновые	0-1 в п/з	Отсутствуют
Цилиндры зернистые	Единичное кол-во	Отсутствуют
Слизь	Умеренное кол-во	Малое количество

Заключение: признаки воспалительной реакции

Биохимический анализ крови

08.09.2017

Заключение: значительное повышение уровня креатинина и незначительное глюкозы

Исследуемый компонент	Результат	Норма
Билирубин общий	9,6 мкмоль/л	1,7-21 мкмоль/л
АлАт	33,8 U/l	До 41 U/l
Креатинин	350 мкмоль/л	62-106 мкмоль/л
Глюкоза	6,93 ммоль/л	3,9-6,4 ммоль/л

14.09.2017

Исследуемый компонент	Результат	Норма
Креатинин	312 ммоль/л	62-106 ммоль/л
Мочевина (азот мочевины)	24,48 ммоль/л	3,2-7,3 ммоль/л
Мочевая кислота	956 мкмоль/л	214-458 мкмоль/л

Заключение: значительное повышение уровня креатинина, мочевины, мочевой кислоты

Биохимический анализ крови

Анализ на активность ферментов сыворотки крови
(10:00 08.09.2017)

Показатель	Результат	Норма
КФК (СК-НАС)	114 u/l	< 171 u/l
Креатинкиназа МВ (СК-МВ)	15,4 u/l	0-24 u/l

Анализ на активность ферментов сыворотки крови
(12:00 08.09.2017)

Показатель	Результат	Норма
КФК (СК-НАС)	98 u/l	< 171 u/l
Креатинкиназа МВ (СК-МВ)	17,4 u/l	0-24 u/l

Заключение: показатели в пределах нормы

Биохимический анализ крови

Липидный спектр (08.09.2017)

Показатель	Результат, ммоль/л	Норма, ммоль/л
Общий холестерин	4,86	$\leq 5,2$
ЛПОНП	0,89	$\leq 1,0$
ЛПНП	2,74	$\leq 3,5$
Холестерин HDL	1,22	$\geq 0,9$
Триглицериды	1,98	$< 2,3$
Коэффициент атерогенности	2,98	< 3

Заключение: показатели в пределах нормы

Биохимический анализ крови

Калий
(12.09.2017)

Показатель	Результат, ммоль/л	Референтный интервал, ммоль/л
Калий (сыворотка)	3,34	3,5-4,1
Натрий (сыворотка)	141	136-145

Заключение: гипокалиемия

Биохимический анализ крови

ТТГ, свободный Т4, АТПО

(08.09.2017)

Показатель	Результат	Норма
ТТГ	0,72 мкМО/мл	3,5-5,1 мкМО/мл
Т4	2,12 мг/дл	0,93-1,7 мг/дл
АТПО	20,73 МО/мл	< 34 МО/мл

Заключение: повышение свободного Т4

СКФ по GFR-EPI (11.09.2017)

- СКФ = 19 мл/мин
- Креатинин 327 ммоль/л

- Заключение: снижение СКФ



Данные инструментальной диагностики

УЗИ щитовидной железы, ОБП и почек (11.09.2017)

➤ УЗИ ЩЖ, заключение:

- увеличение ЩЖ II ст. с диффузными изменениями (по типу АИТ?). Патологический очаг в левой доле ЩЖ (псевдоузел?)

➤ УЗИ ОБП и почек, заключение:

- диффузные изменения паренхимы печени с увеличением её размеров по типу жирового гепатоза
- Уплотнение и утолщение стенок желчного пузыря
- Диффузные изменения паренхимы поджелудочной железы без увеличения её размеров
- Диффузные изменения паренхимы селезенки с увеличением её размеров
- Микроуролитиаз (до 7 мм)
- Диффузные изменения паренхимы обеих почек
- Киста левой почки

ЭХО-КГ (11.09.2017)

- Заключение:
- склеротические изменения стенок аорты, створок аортального и митрального клапанов
- Аортальная регургитация – I ст.
- Дилатация обоих предсердий и левого желудочка
- Гипертрофия миокарда обоих желудочков
- Диастолическая дисфункция миокарда левого желудочка II типа
- Митральная регургитация – I-II ст.
- Трикуспидальная регургитация – I ст.
- Дополнительная хорда в просвете левого желудочка, гемодинамически не значимая

Суточный мониторинг ЭКГ по Холтеру (08.09.2017)

- Заключение: на фоне доминирующего синусового ритма со средней дневной ЧСС 68 уд/мин и средней ночной ЧСС 64 уд/мин, максимальная ЧСС 98 уд/мин в 02:35:45, минимальная ЧСС 51 уд/мин в 02:23:35
- Зарегистрированы одиночные предсердные ЭС в непатологическом количестве (всего 6), желудочковая эктопическая активность не обнаружена
- Заключение QT: интервал QT/QT существенно удлинен

МРТ органов брюшной полости

- **Заключение:** МР-признаки объемного образования медиальной ножки левого надпочечника, наличие мелких кист почек, хронического некалькулезного холецистита

Консультация ревматолога

- **Заключение:** подагра (вторичная?), подагрический артрит, хроническое течение с поражением плечевых, локтевых, лучезапястных, коленных, голеностопных суставов и мелких суставов кистей и стоп, III ст. активности, ФНС II. Тофусы на ушных раковинах и разгибательных поверхностях локтевых суставов. Подагрическая почка. МКБ. ХБП II-III ст. Вторичная АГ III ст., 3 ст., СН IIA, ФК II
 - **Рекомендовано:** строгая диета
 - При болях: дексаметазон 8 мг+100мл р-ра NaCl 0,9% в/в капельно в течение 3 дней подряд
- Ультразвук с гидрокортизоновой мазью на пораженные суставы – 5 раз, через день
- Нимесил по 1 пакету 2 раза в день после еды 5 дней
 - При отсутствии эффекта – ГКС внутрисуставно однократно

Рекомендуем дополнительно

- Клинический анализ крови повторить
- Гликемический профиль
- Биохимический анализ крови - НВА1, ОЖСС, ферритин, Fe, проба на альдостерон, определение антител к ТПО
- КВГ
- Реография
- МРТ органов брюшной полости
- Суточный мониторинг АД
- Тредмил-тест
- Spiroграфия
- Консультация офтальмолога
- Консультация эндокринолога (АИТ?, гиперплазия ЩЖ?, объемное образование медиальной ножки левого надпочечника – с-м Кона?, СД 2 типа или нарушение толерантности глюкозы?)
- ФГДС

Классификация артериальной гипертензии

- Эссенциальная или первичная артериальная гипертензия
- **Вторичная артериальная гипертензия**

Причины вторичной АГ:

Лекарственные средства или экзогенные средства

- Гормональные противозачаточные средства
- **Кортикостероиды**
- Симпатомиметики
- Кокаин
- Пищевые продукты, содержащие тиамин, ингибиторы MAO
- Циклоспорин
- **Нестероидные противовоспалительные средства**
- Эритропоэтин

Причины вторичной АГ: заболевания почек

1. Заболевания почечной паренхимы

- Острый гломерулонефрит
- Хронический нефрит
- Хронический пиелонефрит
- Обструктивная нефропатия
- Поликистоз почек
- Заболевание соединительной ткани почек
- Диабетическая нефропатия
- Гидронефроз
- Врожденная гипоплазия почек
- **Подагрическая почка**
- Травма почек

2. Реноваскулярная гипертензия

3. Ренинсекретирующая опухоль

4. Ренопривная гипертензия

5. Первичная задержка натрия (Синдром Лиддла синдром Гордона)

Причины вторичной АГ:

Эндокринные заболевания

- Акромегалия
- Гиперкальциемия
- Гипертиреоз
- Гипотиреоз
- **Ожирение**
- **Болезни надпочечников:**

Поражение коркового слоя надпочечников:

- Синдром Кушинга
- **Первичный альдостеронизм**
- Врожденная гиперплазия надпочечников

Поражения мозгового слоя надпочечников

- Феохромоцитома
- Злокачественные опухоли

Опухоль хромаффинных клеток вне надпочечников

Классификация стадий АГ

(Рекомендации Ассоциации кардиологов Украины, 2016 г)

Стадия	Степень поражения органов мишеней
1	Объективные изменения со стороны органов-мишеней отсутствуют
2	<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 > или наличие атеросклеротических бляшек• ангиопатия сетчатки 2 ст
3	<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, стенокардия, 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

Классификация артериальной гипертензии по уровню АД

(Рекомендации Ассоциации кардиологов Украины, 2016 г)

Категории АД	Систолические АД	Диастолическое АД
Оптимальное АД	< 120	<80
Нормальное АД	< 130	< 85
Высокое нормальное АД	130-139	85-89
Мягкая АГ	140-159	90-99
Умеренная АГ	160-179	100-109
Тяжелая АГ	>180	>110
Изолированная систолическая гипертензия	>140	<90

Стратификация риска у людей с АГ

(Рекомендации Ассоциации кардиологов Украины, 2013г)

	Величина АД (мм Hg)			
	↑ нормальное САД 130-139 ДАД 85-89	АГ I стадии САД 140-159 ДАД 90-99	АГ II стадии САД 160-189 ДАД 100-109	АГ III стадии САД ≥ 180 ДАД ≥ 110
Нет других ФР		Низкий риск	Средний риск	Высокий риск
1-2 ФР	Низкий риск	Средний риск	Средне-высокий риск	Высокий риск
≥ 3 ФР	Низко-Средний риск	Средне-высокий риск	Высокий риск	Высокий риск
СД, ХБП > 3 ст, ПОМ	Средне-высокий риск	Высокий риск	Высокий риск	Высокий - Очень высокий риск
ССЗ, ХБП > 4 ст, СД+ПОМ/ФР	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск
НЖБП и ФП				

ФР — факторы риска; СД — сахарный диабет; ХБП — хроническая болезнь почек; ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания; ПОМ — поражение органов-мишеней.

Рис. Стратификация риска сердечно-сосудистых осложнений (новый подход)

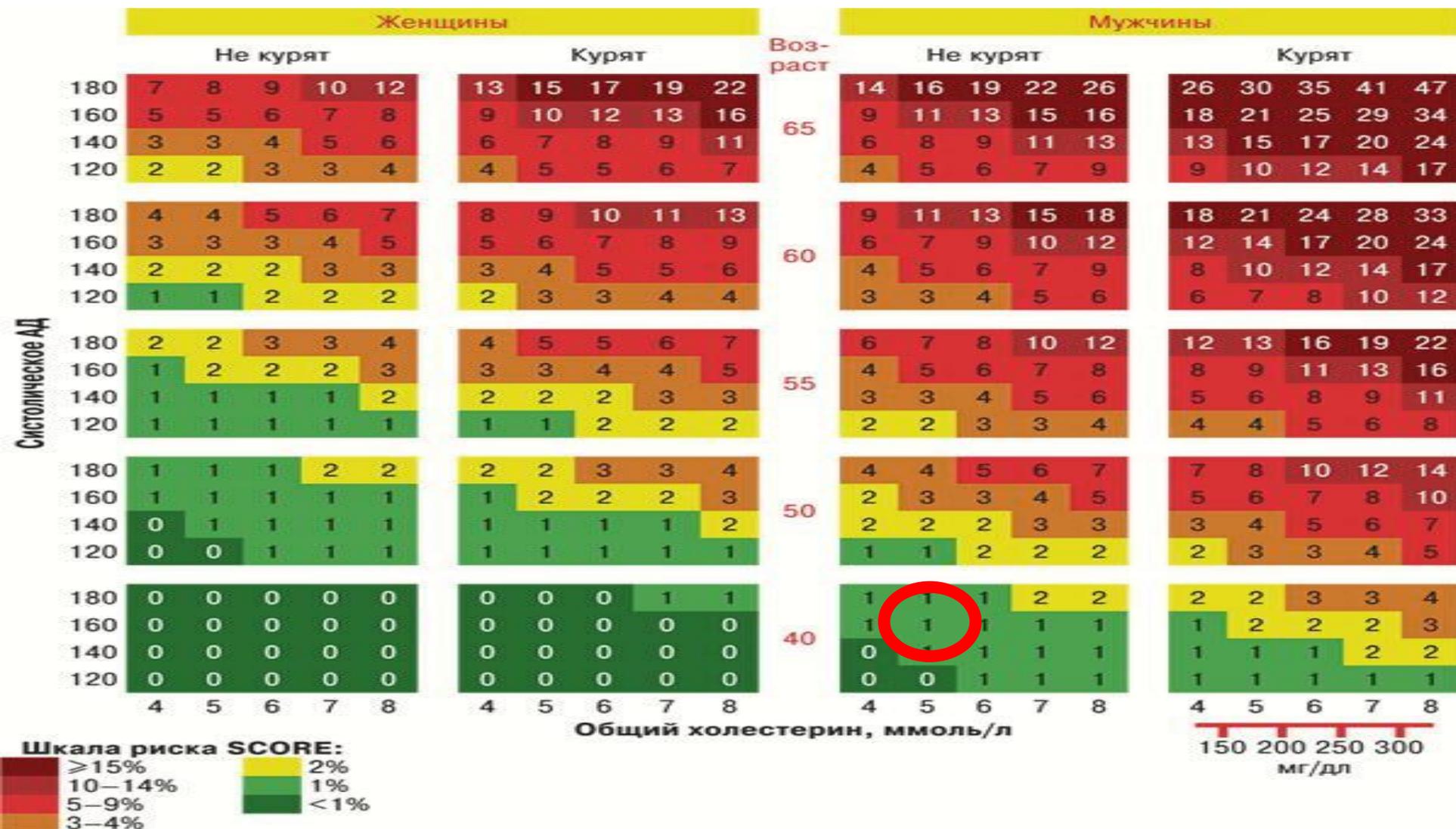
Классификация ИБС по функциональным классам

(Рекомендации Ассоциации кардиологов Украины, 2013 г)

- **Функциональный класс 1** — обычная, повседневная физическая активность (ходьба, подъем по лестнице) не вызывает приступов. Они появляются лишь на фоне чрезвычайных, необычных ФН для данного больного или интенсивной, быстро или долго выполняемой ФН. Эту латентную Ст клинически поставить трудно, необходима ВЭП. Величины не прямых маркеров потребления кислорода миокардом таковы: двойное произведение (отражающее возможности коронарного кровотока) $ДПр = ЧСС \cdot САД : 100 < 278$ усл. ед. и достигаемая на ВЭП мощность $W > 750$ кГм/мин. В стационаре с больными Ст ФК1 врачи, как правило, не сталкиваются.
- **Функциональный класс 2** — небольшое ограничение привычной ФН. Приступы возникают при обычной нагрузке для данного больного: ходьбе в нормальном темпе по ровной местности на расстояние более 200 м, восхождении на холм или быстром подъеме по лестнице более чем на 1 этаж $ДПр = 218 - 277$ усл. ед., $W = 450 - 600$ кГм/мин. Дополнительно отмечается метеочувствительность человека. Приступы могут появляться при ходьбе против холодного ветра, после обильной еды или при эмоциональном стрессе
- **Функциональный класс 3** — выраженное ограничение ФН. Приступы возникают в период выполнения незначительной ФН (при ходьбе в обычном темпе на расстояние 100-200 м или подъеме по лестнице на один пролет в нормальном темпе). Порог нагрузки, требуемый для развития приступа, может быть снижен провоцирующими факторами (холодная погода, курение, прием пищи). Может отмечаться и редкая стенокардия покоя в положении лежа или при психоэмоциональном стрессе $ДПр = 151 - 217$ усл. ед., $W > 300$ кГм/мин
- **Функциональный класс 4** — неспособность переносить любую (малейшую) ФН без дискомфорта У большей части больных в анамнезе отмечаются ИМ или ХСН. Достаточно часто ангинозный синдром развивается в покое (в случае изменения ЧСС и АД, что может быть в период сна). ВЭП не показана, поскольку больные в большинстве своем не могут ее выполнить, но если это все-таки удалось, то $ДПр > 150$ усл. ед.

Стратификация риска осложнений у людей с ИБС

(Рекомендации Ассоциации кардиологов Украины, 2013г)



10-летний риск фатальных ССЗ в Европейских регионах высокого риска с учетом пола, возраста, систолического АД, общего холестерина и курения

Рабочая классификация ИБС

1. Внезапная сердечная смерть (первичная остановка сердца).
2. Стенокардия.
 - 2.1. Стабильная стенокардия напряжения (с указанием функционального класса от I до IV).
 - 2.2. Нестабильная стенокардия:
 - 2.2.1. Впервые возникшая стенокардия (ВВС).*
 - 2.2.2. Прогрессирующая стенокардия (ПС).
 - 2.2.3. Ранняя постинфарктная или послеоперационная стенокардия.
 - 2.3. Спонтанная (вазоспастическая, вариантная, Принцметала) стенокардия.**
3. Безболевая ишемия миокарда.**
4. Микроваскулярная стенокардия (—синдром Х||).
5. Инфаркт миокарда.
 - 5.1. Инфаркт миокарда с зубцом Q (крупноочаговый, трансмуральный).
 - 5.2. Инфаркт миокарда без зубца Q (мелкоочаговый).
- 6. Постинфарктный кардиосклероз.**
- 7. Сердечная недостаточность (с указанием формы и стадии).**
8. Нарушения сердечного ритма и проводимости (с указанием формы).

Классификация инфаркта миокарда

Европейское Кардиологическое общество, Американская Коллегия Кардиологов, Американская Ассоциация Сердца и Всемирная Федерация Сердца, 2007 г.

- **Тип 1** – Спонтанный инфаркт миокарда, связанный с ишемией миокарда, возникшей по причине коронарных приступов, таких как эрозия и/или надрыв, трещины или расслоение атеросклеротической бляшки
- **Тип 2** – Инфаркт миокарда, который стал следствием ишемии миокарда, вызванной увеличенной потребностью миокарда в кислороде или ухудшением кровоснабжения, например, в результате спазма коронарных артерий, коронарной эмболии, анемии, аритмии, повышения или снижения артериального давления
- **Тип 3** – Внезапная неожиданная сердечная смерть, включая остановку сердца, часто с симптомами возможной ишемии миокарда, которая сопровождается предположительно новыми подъемами ST или новой блокадой ЛНПГ, или признаками свежего тромбоза в коронарной артерии при ангиографии и/или при аутопсии, при наступлении смерти до сдачи анализа крови или в период до появления сердечных биомаркеров в крови
- **Тип 4** – Связан с коронарной ангиопластикой или стентированием:
 - **Тип 4a** – Инфаркт миокарда, который связан с ЧКА.
 - **Тип 4b** – Инфаркт миокарда, который связан с тромбозом стента, согласно данным ангиографии или установленный при аутопсии.
- **Тип 5** – Инфаркт миокарда, который связан с коронарным шунтированием

Классификация фибрилляций

(Рекомендации Ассоциации кардиологов и аритмологов Украины, 2016)

- **1. Впервые выявленная ФП.** Каждый пациент с впервые наблюдаемой ФП рассматривается как пациент с впервые диагностированной ФП, независимо от длительности аритмии, характера ее течения и тяжести симптомов. Впервые выявленная ФП может быть пароксизмальной, персистирующей или постоянной.
- **2. Пароксизмальная ФП** характеризуется возможностью самостоятельного восстановления синусового ритма (обычно в течение 24–48 ч, реже — до 7 дней). Период до 48 ч является клинически значимым, поскольку по его окончании вероятность спонтанной кардиоверсии снижается, что диктует необходимость рассмотрения вопроса о назначении антикоагулянтной терапии.
- **3. Персистирующая ФП** длится >7 дней, спонтанно не купируется и обычно требует электрической или медикаментозной кардиоверсии.
- **4. Длительно персистирующая ФП** — та, которая длится >1 года на момент принятия решения об использовании стратегии контроля ритма.
- **5. Постоянная ФП** — когда и пациент, и врач признают постоянное наличие аритмии; в связи с ее рефрактерностью к кардиоверсии, последнюю, как правило, не проводят

Классы фибрилляции предсердий по EHRA

(Рекомендации Ассоциации кардиологов и аритмологов Украины, 2016)

- **EHRA I** Нет симптомов
- **EHRA II** Легкие симптомы, обычная ежедневная активность пациента не нарушена
- **EHRA III** **Серьезные симптомы, обычная ежедневная активность пациента нарушена**
- **EHRA IV** Инвалидизирующие симптомы, обычная ежедневная активность пациента прекращена

CHA2_DS2_VASc

(Рекомендации Ассоциации кардиологов и аритмологов Украины, 2016)

Факторы риска	Баллы
Инсульт, ТИА или артериальная эмболия в анамнезе	2
Возраст > 75 лет	2
Артериальная гипертензия	1
Сахарный диабет	1
Застойная СН/дисфункция ЛЖ (ФВ < 40%)	1
Сосудистые заболевания(ИМ в анамнезе, периферический атеросклероз)	1
Возраст 65-74 лет	1
Женский пол	1
Общее число баллов	3 (высокий риск)

Шкала Для оценки риска геморрагических осложнений HAS-BLED у пациентов с ФП

(Рекомендации Ассоциации кардиологов и аритмологов Украины, 2016)

Клинические характеристики	Баллы
H- гипертензия (САД>160 мм рт. ст.)	1
A- нарушение функции почек или печени	1+1
S- инсульт	1
B- кровотечение	1
L- лабильное МНО	1
E- старший возраст(>65лет)	1
D- прием препаратов или спиртного	1
Суммарный балл	4 (высокий риск)

Клинические стадии ХСН

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

Стадия	Клинические проявления
1	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
2	Наличие признаков нарушения гемодинамики. Нарушения обмена веществ и функции других органов
2а	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)
2в	Недостаточность правых и левых отделов сердца. Явления застоя крови выражены сильнее и проявляются в покое (не исчезают после ночного покоя, могут несколько уменьшаться)
3	Конечная, дистрофическая СН с тяжелыми нарушениями гемодинамики, стойкими нарушениями обмена веществ и функции всех органов, развитием необратимых изменений структуры органов и тканей, потерей трудоспособности

Функциональный класс хронической сердечной недостаточности (ХСН)

(НУНА 1964; Рекомендации Ассоциации кардиологов Украины по диагностике, лечению ХСН, 2017г)

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

Варианты ХСН

(Рекомендации Ассоциации кардиологов Украины по диагностике, лечению ХСН, 2017 г.)

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

Классификация подагры по рентгенологической стадии поражения суставов

(Рекомендации Ассоциации ревматологов Украины, 2016 г.)

- 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, остеолиз эпифиза, значительное уплотнение мягких тканей с отложением извести**

Периоды подагры

(Рекомендации Ассоциации ревматологов Украины, 2016 г.)

- преморбидный
- **интермиттирующий (острорецидивирующий)**
- хронический

Варианты течения подагры

(Рекомендации Ассоциации ревматологов Украины, 2016 г.)

- легкое
- среднетяжелое
- **тяжелое**

Степень функциональной недостаточности при подагре

(Рекомендации Ассоциации ревматологов Украины, 2016 г.)

0 – функция сохранена;

I – сохранена профессиональная способность;

II – утрачена профессиональная способность;

III – утрачена способность к самообслуживанию

Индекс массы тела (ВОЗ,1997)

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

- 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

Классификация ХБП

(Рекомендации Ассоциации нефрологов Украины, 2013 г)

Стадия	Определение	СКФ (мл/мин/1,73 кв. м)	Подход к лечению
1	Поражение почек с нормальной СКФ	>90	Терапия основного заболевания
2	Минимальное снижение СКФ	60-89	Замедление прогрессирования
3	Умеренное снижение СКФ	30-59	Профилактика осложнений ХБП
4	Выраженное снижение СКФ	15-29	Подготовка к диализу
5	Почечная недостаточность	<15	Диализ, трансплантация

Патогенетическая классификация анемий

I. Анемии вследствие кровопотери (постгеморрагические)

1. Острая

2. Хроническая

II. Анемии вследствие нарушения образования эритроцитов и гемоглобина

1. Железодефицитная анемия

2. Мегалобластные анемии, связанные с нарушением синтеза ДНК. (В₁₂- и фолиеводефицитные анемии)

3. Анемии, связанные с костномозговой недостаточностью (гипопластические)

Ш. Анемии вследствие усиленного кроворазрушения (гемолитические).

IV. Анемии смешанные

Морфологическая классификация анемий

Микроцитарные анемии

- * ЖДА
- * Анемия при нарушении транспорта желе за (атрансферринемии)
- * Анемия вследствие нарушения утилизации же леза (сидеробластная анемия)
- * Анемия вследствие нарушения реутилизации железа (анемия при хронических заболеваниях)
- * Анемии, связанные с инфекцией и воспалением; вторичные анемии (редко)
- * Талассемия и другие гемоглобинопатии.
- **Нормохромно-нормоцитарные анемии**
- * **Гиперпролиферативная анемия (при болезнях почек, гипотиреозе, белковой недостаточности)**
- * Анемии, обусловленные костномозговой недостаточностью (апластическая анемия, рефрактерная анемия при миелодиспластическом синдроме)
- * Метапластические анемии (при гемобластозах, метастазах в красный костный мозг)
- * Дизэритропоэтическая анемия
- * Вторичные анемии (в большинстве случаев нормоцитарные)
- * Гемолитические анемии (в большинстве случаев нормоцитарные, характерен ретикулоцитоз)
- * Острая кровопотеря.
- **Макроцитарные анемии**
- * Дефицит витамина B12
- * Дефицит фолиевой кислоты
- * Дефицит меди
- * Дефицит витамина С
- * Кровопотеря (более чем 2-дневной давности в результате кровотечения или гемолиза; характерен выраженный ретикулоцитоз)
- * Заболевания печени
- * Злоупотребление алкоголем
- * Другие причины (дисплазия костного мозга, гемобластоzy, гипотиреоз).

Диагноз в стационаре

Основной: ИБС, стабильная стенокардия II ФК., ПИКС ? (2007, 2015г. – переднеперегородочный не-Q ИМ), Вторичная АГ III ст., 3 ст. Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий (2 сентября 2017 г). Сердечная недостаточность IIА ст.

Сопутствующий: подагра (вторичная ?), подагрический артрит, хроническое течение с поражением плечевых, локтевых, лучезапястных, коленных, голеностопных суставов и мелких суставов кистей и стоп, III ст. активности, ФНС II. Тофусы на ушных раковинах и разгибательных поверхностях локтевых суставов. Подагрическая почка. МКБ. ХБП II-III ст. Вторичная АГ III ст., 3 ст., СН IIА, ФК II

Наш клинический диагноз

Основной: ИБС, стабильная стенокардия напряжения II ФК., постинфарктный (2007, 2015г. – переднеперегородочный не-Q ИМ, тип 2) кардиосклероз. Вторичная АГ III стадии, 2 степени. Риск очень высокий. Впервые выявленная пароксизмальная форма фибрилляции предсердий (2 сентября 2017 г.), тахисистолический вариант. EHRA – 3 балла. CHADS- VASc 2 -2 балла, HAS BLED- 4 балла. Сердечная недостаточность IIА ст. с сохраненной систолической функцией левого желудочка (ФВ ЛЖ= 53%)

Сопутствующий:

Аутоимунный тиреоидит, тиреотоксикоз, гиперплазия ЩЖ

Подагра, подагрический артрит, хроническое течение с поражением плечевых, локтевых, лучезапястных, коленных, голеностопных суставов и мелких суставов кистей и стоп, III ст. активности, ФНС II. Тофусы на ушных раковинах и разгибательных поверхностях локтевых суставов

Анемия хронического генеза, легкое течение

МКБ. ХБП IV ст

ЖКБ. Хронический некалькулезный холецистит в стадии ремиссии. Жировой гепатоз

Нарушение толерантности к глюкозе

Язвенная болезнь 12-перстной кишки - ?

Синдром Кона - ? (Образование медиальной ножки левого надпочечника)

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

Диетические рекомендации

Рекомендованные блюда

хлеб пшеничный и ржаной, мучные изделия

борщи, щи, свекольник, рассольник, молочные, овощные и крупяные супы, отвары из овощей; фруктовые супы

Говядина, курица, кролик, индейка, вареная или приготовленные на пару

молоко и молочные продукты в натуральном виде и в блюдах. Обязательное включение кисломолочных напитков;

яйца в отварном виде и в блюдах

блюда из различной крупы, макаронных изделий

овощи и фрукты в сыром виде и после тепловой обработки, зелень

фруктовые и овощные соки, отвар шиповника и пшеничных отрубей

чай, соки, компоты, морсы, вода

масло сливочное, коровье топленое, растительные масла

Рекомендуется ограничить: мясо, рыбу и птицу до 150 гр. в сутки. Продуктами выбора должны быть мясо, рыба или птица не жирных сортов, не молодого животного, птицы или же рыбы

Рекомендуется так же принимать препараты железа

Диетические рекомендации

Запрещенные продукты

Продуктовая группа	Содержание группы
Хлебобулочные изделия	сдобная выпечка
Мясо и птица	копченые, сырокопченые и вареные колбасы, сардельки, сосиски, мясо молодых животных, жирное свиное мясо, субпродукты (легкие, печенка, почки), консервы
Морепродукты, рыба	жирная, соленая, копченая или жареная рыба (сардина, шпроты, треска), икра
Молочные продукты, яйца	соленые и острые сорта сыра
Крупы	чечевица, фасоль, соя, бобы
Овощи	грибы, щавель
Фрукты, ягоды	виноград, инжир, малина
Блюда	мясной, рыбный или грибной бульон, щавелевый суп, а также блюда с добавлением бобовых и шпината; соусы на основе вышеуказанных бульонов, майонез
Сладости	торты с кремом, пирожные
Жиры	маргарин, сало
Напитки	любой алкоголь, особенно пиво и вино; кофе, какао, крепкий чай (несмотря на то, что представленные напитки содержат пурины, они не расщепляются на мочевую кислоту, однако, они обладают сильным мочегонным эффектом, который способствует обезвоживанию)
Пряности	перец, горчица, хрен, острые специи

Медикаментозное лечение в стационаре

1. Бисопролол 5мг
2. Лозартан(лозап) 50мг
3. Нифедипин(коринфар ретард) 20мг
4. Верошпирон 50мг
5. Клопидогрель 75мг
6. Аторвостатин 10мг
7. Торасемид 10мг
8. Аргинин гидрохлорид 100мл
9. Тиотриазолин 2.5мг
10. Фебуксостат (Аденурик) 80 мг

Лечение, рекомендуемое нами

1. Фуросемид по схеме утром до еды (при отечном синдроме)
2. Эплеренон 50 мг утром до еды под контролем К+
3. Верапамил ретард 180 мг утром под контролем пульса
4. Лозартан 50мг вечером
5. Аторвастатин 10 мг днем
6. Клопидогрель 75 мг вечером после еды
7. Cito! - при резком повышении АД более 170-180/100 мм рт ст - каптоприл 1 таб (25-50 мг) разжевать под контролем АД

Лечение, рекомендуемое нами

Рекомендации ревматолога

- строгая диета
- При болях: дексаметазон 8 мг+100мл р-ра NaCl 0,9% в/в капельно в течение 3 дней подряд
- Ультразвук с гидрокортизоновой мазью на пораженные суставы – 5 раз, через день
- Нимесил по 1 пакету 2 раза в день после еды 5 дней
- При отсутствии эффекта – ГКС внутрисуставно однократно

Прогноз и профилактика СС осложнений

- Для жизни – неблагоприятный
- Для выздоровления – неблагоприятный
- Профилактика – здоровый образ жизни и соблюдение рекомендаций

Выводы

1. У пациента имеются различные состояния и каждая патология отягощает другую
2. Мультиморбидность определяет такую клиническую картину, что на разных этапах доминируют различные болезни
3. При всей мультиморбидности часть проблем пациента еще не определены
4. Первичные терапевтические подходы предполагают модификацию образа жизни в соответствии с имеющимися патологиями
5. При планировании медикаментозной терапии возникает острая проблема полипрагмазии и нельзя стремиться к назначению препаратов для купирования всех имеющихся синдромов, необходимо ограничиваться минимальным количеством, изменяя на разных этапах разные лекарственные препараты
6. Пациенты с мультиморбидностью требуют особого внимания
7. Пациенты с сочетанной патологией встречаются не только в пожилом и старческом возрастах, но и в среднем



Благодарим за внимание!