



Клинические случаи для анализа

Врач-кардиолог отделения РХМДил
Мандалуева М.Г.

Врач-кардиолог отделения кардиологии
№1, к.м.н. Содномова Л.Б.

08.06.2019г.



Пациент Д., 64 года

Жалобы на момент поступления:

- сжимающие боли за грудиной, одышка при подъеме на 2-3 этаж, сопровождающиеся жгучими болями в области горла, купирующиеся в покое, сжимающий дискомфорт в левой половине грудной клетки без связи с физической нагрузкой, без иррадиации, длительного характера.

Анамнез заболевания:

- Гипертоническая болезнь в анамнезе в течение ряда лет с максимальным повышением САД до 145 мм.рт.ст., адаптирован к АД 120/80 мм.рт.ст.
- Ишемический анамнез: ИБС, стенокардия напряжения ФК2 с 2013 года. Ранее ОИМ отрицает.
- ОНМК в анамнезе отрицает.
- Сахарный диабет в анамнезе отрицает.
- Не курит
- Постоянно принимает кардиомагнил, розуваст атин 10 мг

Анамнез заболевания:

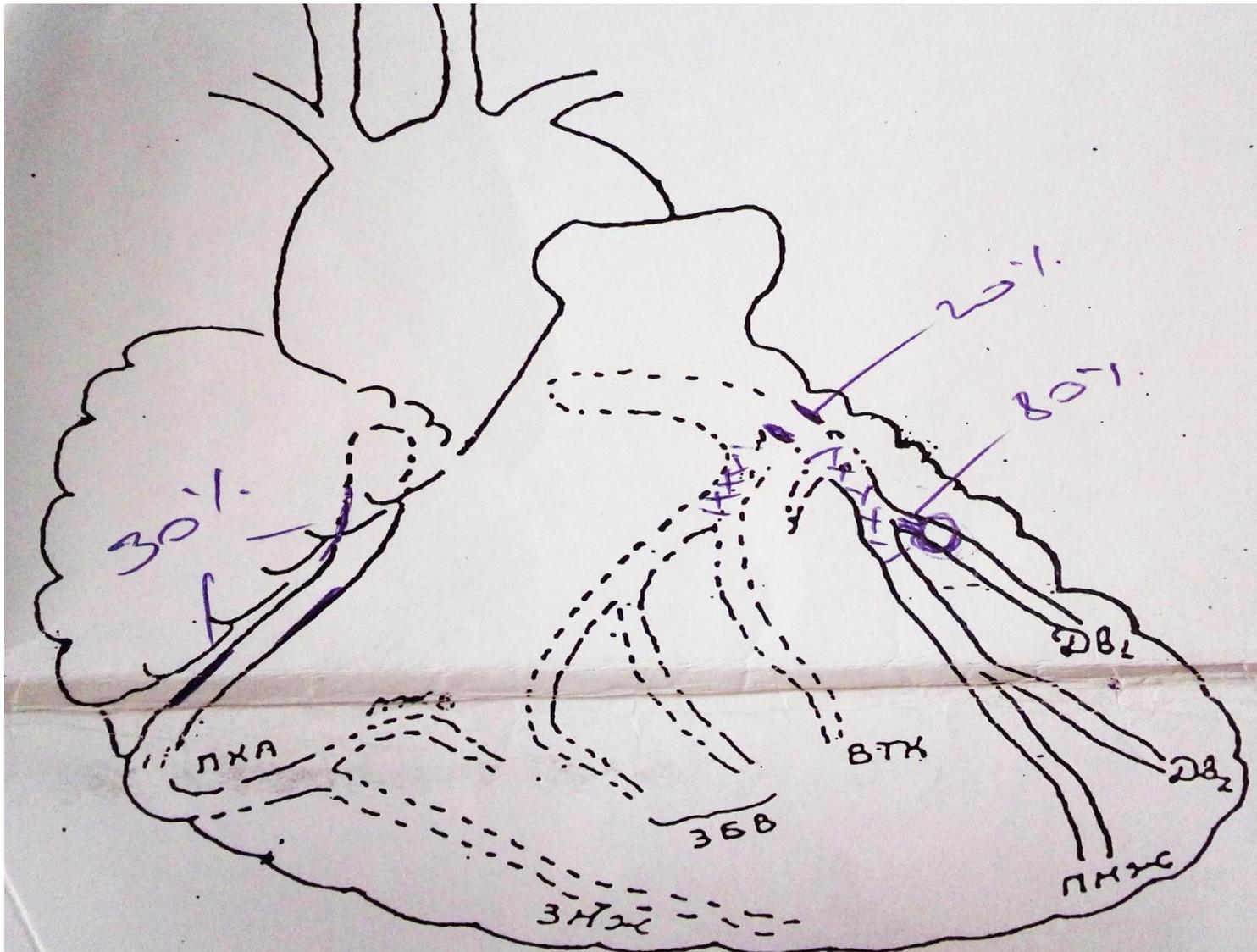
Коронарография от 29.07.13 - коронаросклероз. ЛКА стеноз пр\3 ПНА в месте отхождения Д1 до 70% со стенозом устья ДА 1 80%. ОА- стеноз выше отхождения ВТК до 80%. ПКА - стенозы пр\3 ср\3 до 30%.

Коронарография от 2013года



06.08.13 г. проведена операция ЧКВ со стентированием ПНА и ОА (стенты Biotime 3.0*24 и 2,75*19 мм). После оперативного лечения самочувствие с улучшением, ангинозные боли не беспокоили, увеличилась толерантность к физической нагрузке

В 2014 году проведена контрольная коронарография: стеноз ПНА без признаков рестеноза, стеноз устья ПНА до 20%, Д1 -стеноз до 80% у устья , стент ОА - без признаков рестеноза, ПКА -стенозы пр\3 и ср\3 до 30%, стеноз ЗМЖВ до 30 %. Рекомендовано консервативное лечение.



Анамнез заболевания:

- Амбулаторная карта датирована с 2014 года, до 2014 года пациент наблюдался в ЦРБ
- В течение 2014-2015 гг. осмотрен кардиологом РКБ 1 раз, ГП 3 раза, далее пациент наблюдается у невролога, аллерголога в течение 2015-2017 гг.

Контроль липидного спектра: на фоне приема **розувастатин 10 мг**

дата	ХС, ммоль/л	ЛПНП, ммоль/л	Коррекция дозы статинов?
15.10.2014	4,7	--	
09.12.2014	3,94	--	
31.07.2015	2,75	--	
16.12.2016	3,97	--	
30.11.2017	4,62	--	
20.02.2018	--	3,44	
02.08.2018	3,91	--	
17.01.2019	4,46	--	
08.04.2019	--	2,86	

Анамнез заболевания:

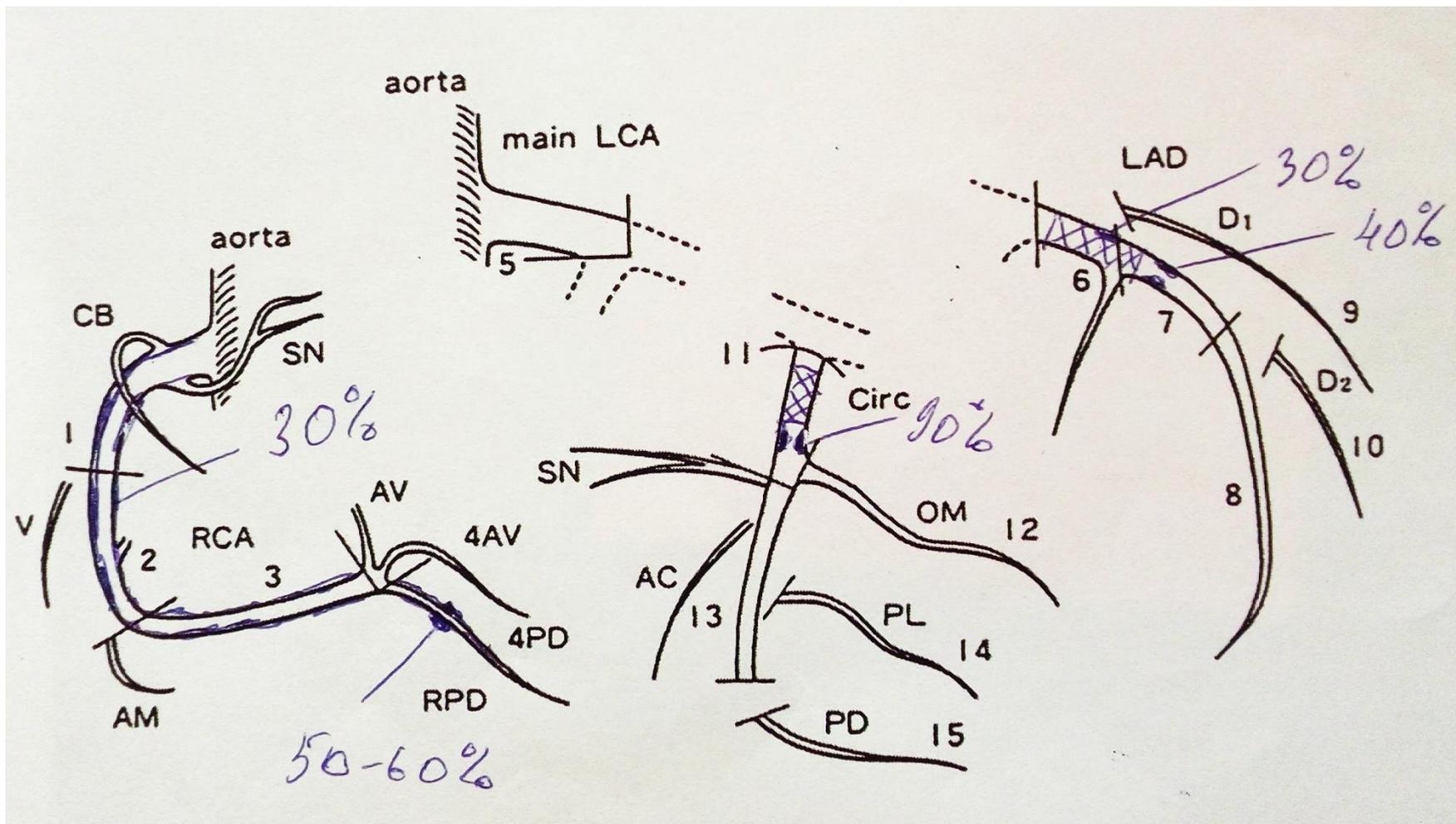
- Настоящее ухудшение в течение года - в виде снижения толерантности к нагрузкам, учащения приступов ангинозных болей, обратился к врачу по месту жительства, 21.02.19 осмотрен кардиологом ГП, направлен на коронарографию.

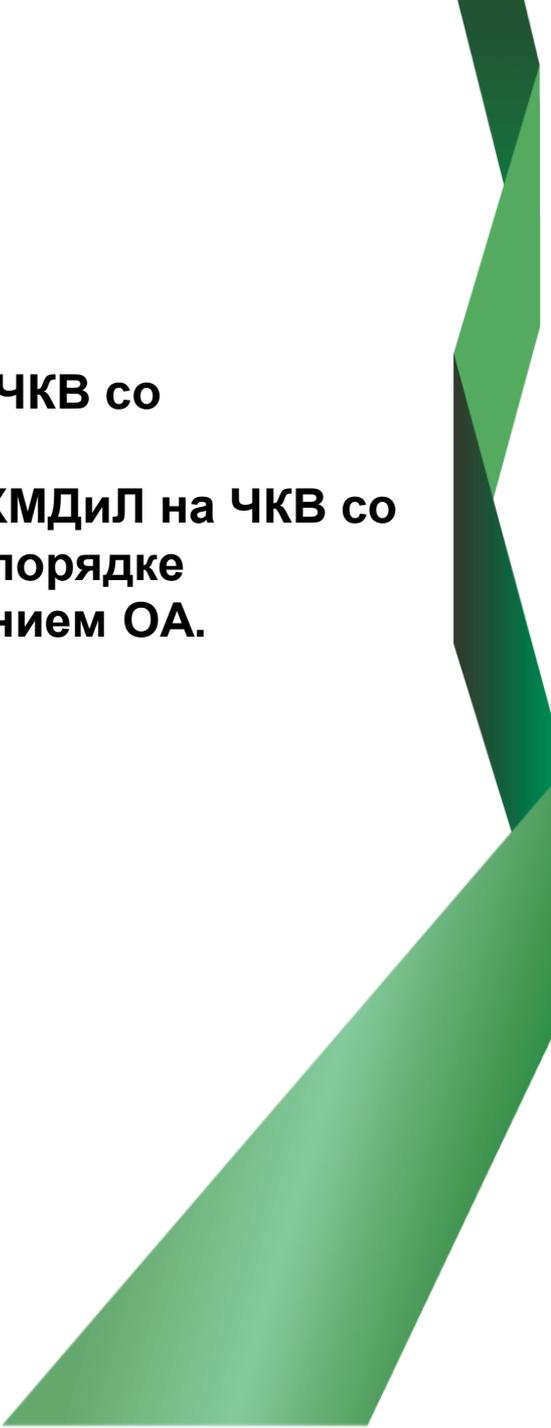
КОРОНАРОГРАФИЯ от 15.04.2019г.

- Коронаросклероз. ЛКА - стентированный сегмент в пр/3 проходим с гиперплазией "in stent" 30%, стеноз в ср/3 ПНА (ниже стента) 40%; стентированный сегментов пр/3 ОА проходим, без рестеноза, **стеноз ниже стента 90%** перед бифуркацией; ПКА - диффузно склерозирована с множественными стенозами 20-30%; стеноз ср/3 ЗМЖВ 50-60%.

-

Коронарография от 15.04.2019г



- По результатам коронарографии рекомендовано ЧКВ со стентированием коронарных артерий.
 - 05.06.2019 года пациент поступил в отделение РХМДиЛ на ЧКВ со стентированием коронарных артерий в плановом порядке
 - 06.06.2019 проведена операция ЧКВ со стентированием ОА.
- 

Пациентка Б., 61 год

Жалобы при поступлении: на боли за грудиной сжимающего и давящего характера, длительностью более 20 минут, не купирующиеся полностью морфином и нитратами по СМП; отмечает одышку, слабость, холодный липкий пот.

Анамнез заболевания

- Гипертоническая болезнь в анамнезе длительно, с максимальным повышением САД до 180 мм.рт.ст., адаптирован(а) к АД 120/80 мм.рт.ст.
- Ишемический анамнез отрицает.
- ОНМК в анамнезе отрицает.
- На амбулаторном этапе лекарственные препараты: лозартан 100 мг, нормодипин 10 мг, розувастатин 20 мг, трайкор 145 мг, аспирин 1/4т.

Из амбулаторной карты

- С 2013г на «Д» учете с DS: Сахарный диабет 2 типа; на смешанной сахароснижающей терапии (метформин 850 мг х2рвд, р.протафан 11х9 Ед п/к).
- С 2015г жалобы на одышку при физической нагрузке, подъеме на 3й этаж.
- С 2016г впервые упоминание о подозрении на стенокардию напряжения, **в 2017г консультирована кардиологом, выставлен диагноз ИБС, Стенокардия напряжения 2 ФК.**
- В 2017г направлялась на КАГ, исследование не проведено (причина не указана, возможно, из-за повышения уровня креатинина до 128 мкмоль/л от 28.04.17г)

Из амбулаторной карты

Дата	ХС, ммоль/л	ЛПНП, ммоль/л	ТГ, ммоль/л	Креатинин, мкмоль/л	Статины
09.12.16	7,6			90	Нет
01.02.17	5,3			111	Аторвастатин 20 мг
28.04.17	6,7			128	Аторв 20 мг
19.10.17	4,53			77,5	Аторв 10 мг
10.10.18	5,58	3,09	2,99	55,8	Аторв 10 мг
19.04.19	7,38	4,38	7,77	71,3	Аторв 10 мг

Терапевт 03.05.2016г

Жалобы: общая слабость, сухость во рту, слабость в ногах, во время ходьбы давящие боли в эпигастрии, в покое исчезают

На ДД выявлена ИБС, в плане КАГ

DS: СД 2 типа с множественными осложнениями. Ожирение III степени.

Гипертоническая болезнь 3 стадии, АГ 2 степени, риск 4. Susp. ИБС, СН абдоминальная форма.

АД на приеме 120/80 мм рт.ст.

Рекомендации: протафан 9-7 ед, гликлазид + метформин 40+500 мг х 2 р/д, лозап 50 мг х 2 р/д, кардиомагнил 75 мг, нитроглицерин при болях в эпигастрии, ЭКГ cito!

Вероятность диагноза на основании анализа жалоб и осмотра больного

Клиническая предтестовая вероятность (ПТВ)
у больных с болью в грудной клетке

Возр	Типичная		Атипичная		Неангинозная	
	Муж	Жен	Муж	Жен	Муж	Жен
30–39	59	28	29	10	18	5
40–49	69	37	38	14	25	8
50–59	77	47	49	20	34	12
60–69	84	58	59	28	44	17
70–79	89	68	69	37	54	24
>80	93	76	78	47	65	32

Низкая < 15 %
Промежуток 15-85%
Высокая >85%

Диагностика стенокардии

Пациенты с промежуточным ПТВ (15-85%)

- Критерии и приемлемость
- Доступность
- Локальный опыт

Стресс-тест

ПТВ 15-65 %
и
ФВ > 50%

ПТВ 66-85 %
или
ФВ < 50%
+нетипичная
стенокардия

КТ-ангиография при низком ПТВ (15-50%)
если подходящий пациент
если есть локальное знание метода

- Стресс-ЭКГ, если выполнима,
- Стресс-ЭхоКГ(-МРТ, -ОФЭКТ, -ПЭТ) если позволяют локальные знания и доступность метода

- Стресс-ЭхоКГ(-МРТ, -ОФЭКТ, -ПЭТ) если позволяют локальные знания и доступность метода
- Стресс-ЭКГ, если ресурсы на стресс-методы визуализации недостаточны

Возраст	Типичная		Атипичная		Неангинозная	
	Муж	Жен	Муж	Жен	Муж	Жен
30-39	59	28	29	10	18	5
40-49	69	37	38	14	25	8
50-59	77	47	49	20	34	12
60-69	84	58	59	28	44	17
70-79	89	68	69	37	54	24
>80	93	76	78	47	65	32

Терапевт 06.06.2016г

Жалобы: общая слабость, во время ходьбы появление давящих болей в эпигастрии, в покое исчезает

На ДД выявлена ИБС, в плане КАГ

DS: СД 2 типа с множественными осложнениями. Гипертоническая болезнь 3 стадии, АГ 2 степени, риск 4. Susp. ИБС, СН абдоминальная форма.

АД на приеме 120/70 мм рт.ст.

Рекомендации: лозап 50 мг x 2 р/д, кардиомагнил 75 мг, ХМ ЭКГ, консультация кардиолога

Из амбулаторной карты

Дата	ХС, ммольл	ЛПНП, ммольл	ТГ, ммольл	Креатинин, мкмольл	Статины
09.12.16	7,6			90	Нет

Из амбулаторной карты

Дата	ХС, ммоль/л	ЛПНП, ммоль/л	ТГ, ммоль/л	Креатинин, мкмоль/л	Статины
09.12.16	7,6			90	Нет
01.02.17	5,3			111	Аторвастатин 20 мг

Эндокринолог 25.01.2017г

Жалобы: активно не предъявляет

DS: СД 2 тип, на инсулине, целевой HbA1c < 7,5%,
диабетическая полинейропатия нижних конечностей.

Ожирение 2 ст.

АД на приеме 140/90 мм рт.ст., ЧСС 68 уд/мин. Рост 153 см, масса тела 83 кг, ИМТ 35,5 кг/м²

Рекомендации: протафан 9-6 ед, метформин 850 мг х 2 р/д, манинил 3,5 мг х 2 р/д, кардиомагнил 75 мг, аторис 20 мг

Терапевт 20.02.2017г - диспансеризация

Жалобы: на периодически сжимающие боли в подложечной области с иррадиацией в левое плечо при физических нагрузках, проходят самостоятельно в покое, периодически сухость во рту

DS: СД 2 типа, инсулинопотребная форма, целевой HbA1c < 7,0%.

Диабетическая нейропатия: диабетическая полинейропатия нижних конечностей, сенсорная форма. ГБ 2, АГ 3 степени, риск 4. ХСН 0.

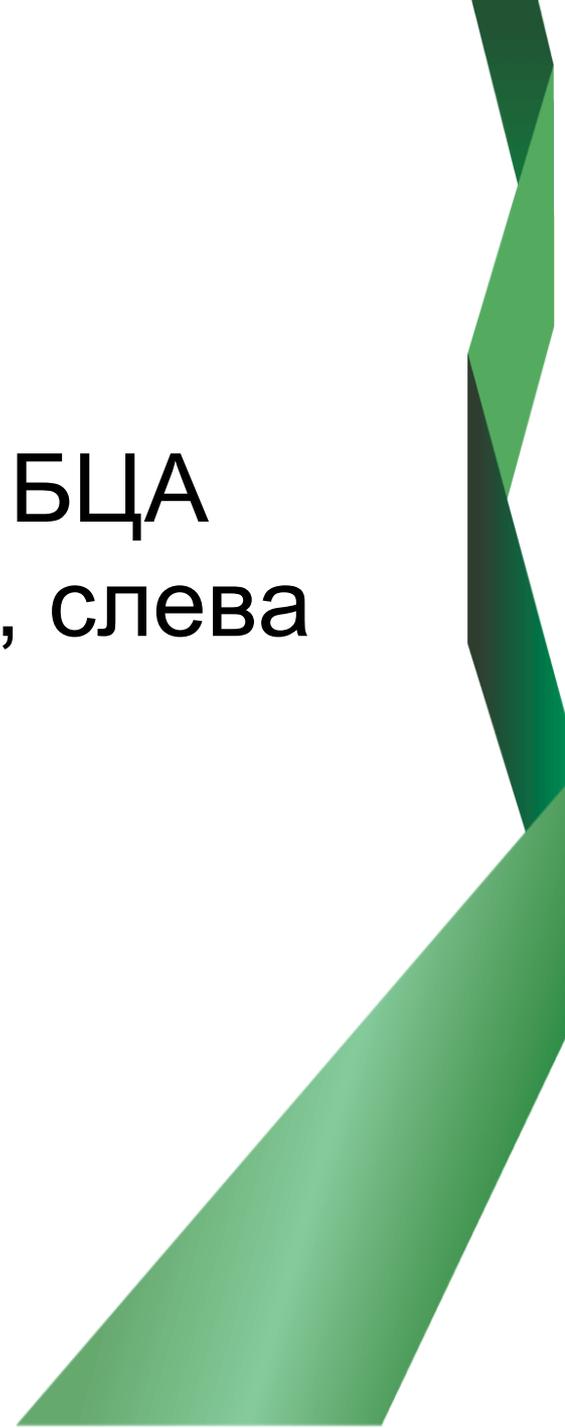
Ожирение 2 степени. ИБС, СН ?

АД на приеме 140/100 мм рт.ст., ЧСС 80 уд/мин. **Рост 152 см, масса тела 83 кг, ИМТ 35,9 кг/м², ОТ 121 см**

Рекомендации: кардиомагнил 75 мг (или аспирин 0,5 г ¼ т.), манинил 3,5 мг, метформин 1,0 г х 2 р/д, протафан 9-8 ед, лозап 50-100 мг у, аторвастатин 20 мг, нитроспрей при ангинозных болях, консультация кардиолога, дуплекс БЦА

УЗДГ БЦА от 16.02.17г:

эхопризнаки атеросклероза БЦА
(стеноз ОСА справа до 35%, слева
30%)



Кардиолог 07.03.2017г

Жалобы: головная боль, головокружение, макс.АД 200/... мм рт.ст., чаще 150-140/... мм рт.ст., одышка при подъеме в гору, давящая боль за грудиной возникает при ускоренной ходьбе, подъеме в гору, проходит самостоятельно после прекращения ФН или после нитроспрея ч/з 1 минуту
DS: ИБС. Стенокардия напряжения 2 ФК. ГБ 3 стадии, риск 4 (наследственность, ИМТ 35,92, абд.ожирение, ГЛЖ, дислипидемия, ИБС, СД). ХСН 1, ФК 2

АД на приеме 135/80 мм рт.ст., ЧСС 72 уд/мин, рост 152 см, масса тела 83 кг, ИМТ 35,92 кг/м², ОТ 107 см

Рекомендации: ацетилсалициловая кислота 75-100 мг в, розувастатин 10 мг или аторвастатин 20 мг в, лозартан 100 мг у (на иАПФ – сухой кашель), индапамид 2,5 мг у, триметазидин 35 мг х 2 р/д – 3 мес., изосорбида динитрат 20-40 мг или изосорбида-5-мононитрат 20-40 мг перед физической нагрузкой за 40 минут, нитраты короткодействующие по потребности при болях в сердце. ЭхоКГ, КАГ

Эхо КГ от 11.04.17г:

- ПП 39x20 мм, ЛП 44x38 мм, ПЖ КДР 32 мм, не утолщен, толщина миокарда 4,5мм, ЛЖ КДР 40 мм, КСР 18 мм, не расширен, МЖП 11 мм, ЗСЛЖ 12 мм, ММЛЖ 153г, ИММЛЖ 84,5 г/м², нарушения локальной сократимости по сегментам нет, Ао восх.отдел 31 мм, расчетное давление в легочной артерии 20,3 мм рт.ст., **ФВ 52%**. Заключение: уплотнение стенок Ао, кальциноз створок клапана ЛА

Из амбулаторной карты

Дата	ХС, ммольл	ЛПНП, ммольл	ТГ, ммольл	Креатинин, мкмольл	Статины
09.12.16	7,6			90	Нет
01.02.17	5,3			111	Аторвастатин 20 мг
28.04.17	6,7			128	Аторв 20 мг

Терапевт 03.04.2017г

Жалобы: активно нет

DS: СД 2 типа, целевой HbA1c < 7,0%. **ИБС, СН II
ФК. Гипертоническая болезнь 3 стадии, АГ 1
степени, риск 4.**

АД на приеме 120/65 мм рт.ст., ЧСС 70 уд/мин.

Рекомендации: глиформин 1,0г x 2 р/д, в плане
10.05.17г КАГ

Терапевт 26.07.2018г

Жалобы: общая слабость, потливость, сухость во рту
DS: Инсулиннезависимый сахарный диабет с неврологическими осложнениями. Гипертензивная болезнь с преимущественным поражением сердца без (застойной) СН

АД на приеме 120/80 мм рт.ст., ЧСС 70 уд/мин.

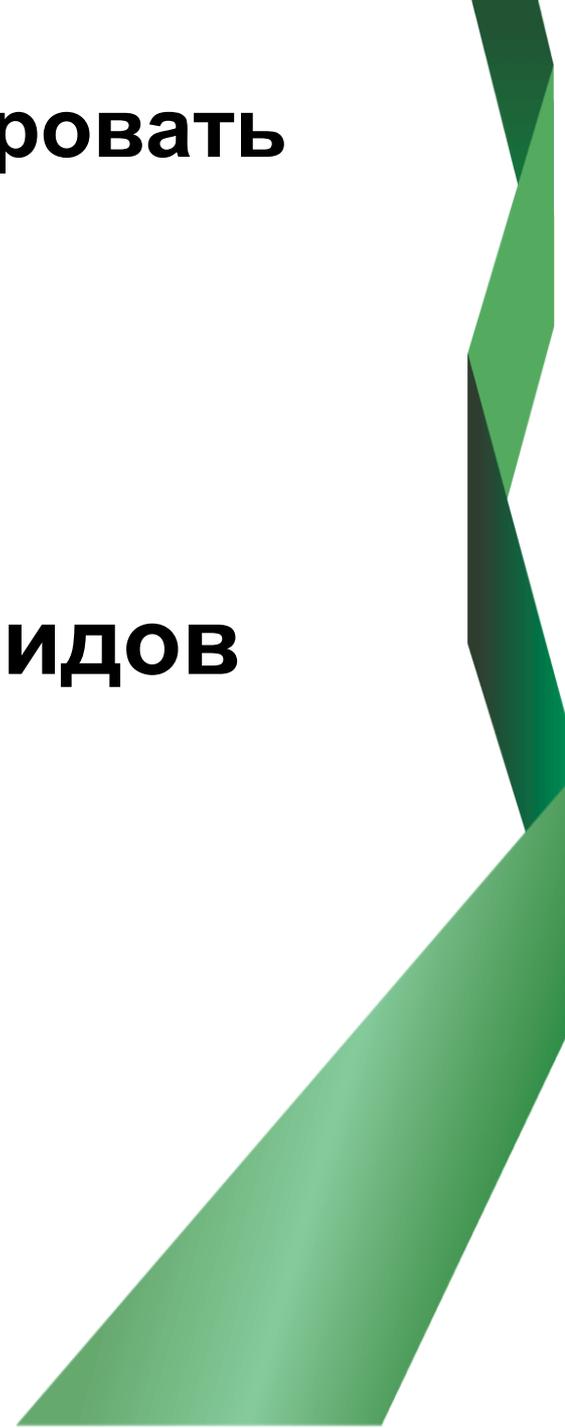
Рекомендации: продолжить лечение по схеме, в т.ч. лозап 50 мг, кардиомагнил 75 мг, аторвастатин 10 мг

Из амбулаторной карты

Дата	ХС, ммоль/л	ЛПНП, ммоль/л	ТГ, ммоль/л	Креатинин, мкмоль/л	Статины
09.12.16	7,6			90	Нет
01.02.17	5,3			111	Аторвастатин 20 мг
28.04.17	6,7			128	Аторв 20 мг
19.10.17	4,53			77,5	Аторв 10 мг
10.10.18	5,58	3,09	2,99	55,8	Аторв 10 мг
19.04.19	7,38	4,38	7,77	71,3	Аторв 10 мг

- **Как часто следует контролировать уровень липидов?**

Контроль уровня липидов

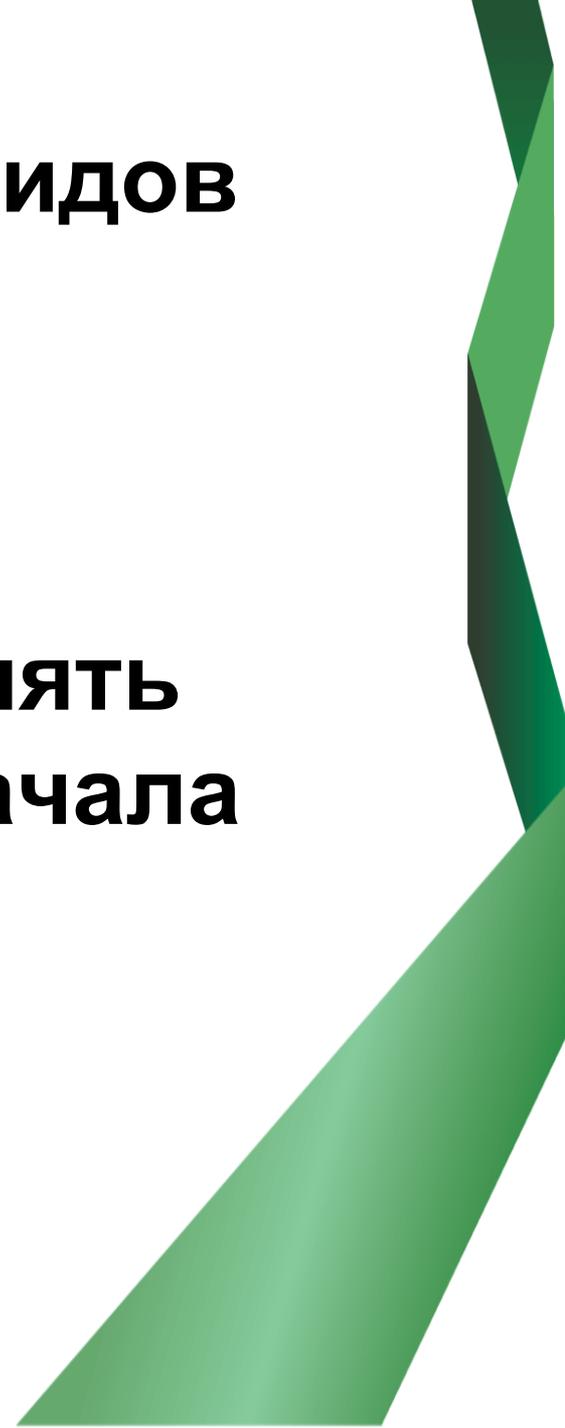


Контроль уровня липидов

- Перед началом гиполипидемической терапии следует как минимум дважды выполнить анализ с интервалом 1-2 недели, за исключением состояний требующих немедленного назначения лекарственных препаратов, например ОКС или у пациентов очень высокого риска.

Контроль уровня липидов

Как часто следует определять уровень липидов после начала лечения?



Контроль уровня липидов

- Через 8(+/-4) недели после начала приема лекарств
- Через 8 (+/-4) недели после изменения режима терапии до достижения целевых значений контрольных показателей

Целевые цифры ХС ЛПНП в зависимости от категории риска

Риск	Характеристика	Целевой ХС ЛПНП
Очень высокий	<ul style="list-style-type: none">- Сердечно-сосудистое заболевание*- Сахарный диабет- ХБП- SCORE $\geq 10\%$	<1,8 ммоль/л и/или снижение $\geq 50\%$**
Высокий	<ul style="list-style-type: none">- SCORE 5-9%- Один выраженный фактор риска (АГ, ГХС)	<2,5 ммоль/л
Средний	<ul style="list-style-type: none">- SCORE 1-5%	<3,0 ммоль/л

*ИБС, ОКС в анамнезе, реваскуляризация коронарной артерии, ишемический инсульт, заболевание периферических артерий, документированный атеросклероз любой локализации **если не удастся достичь целевого уровня

Оптимальные значения липидных параметров



Липидные параметры	Пациенты с умеренным риском	Пациенты с высоким риском	Пациенты с очень высоким риском
ОХС (ммоль/л)	$\leq 5,0$	$\leq 4,5$	$\leq 4,0$
ХС ЛПНП (ммоль/л)	$\leq 3,0$	$\leq 2,5$	$\leq 1,5$
ХС ЛПВП (ммоль/л)	муж. $> 1,0$ жен. $> 1,2$	муж. $> 1,0$ жен. $> 1,2$	муж. $> 1,0$ жен. $> 1,2$
ТГ (ммоль/л)	$< 1,7$	$< 1,7$	$< 1,7$

Эндокринолог 18.04.2019г

Жалобы: активно не предъявляет

DS: СД 2 типа, целевой HbA1c < 7,0%. Диабетическая сенсорная полинейропатия н.к. Диабетическая нефропатия. ХБП С2А0. Ожирение 2 ст. ГБ 2 ст. АГ 1 ст., корригир., риск 4.

АД на приеме 153/92 мм рт.ст., ЧСС 93 уд/мин. Рост 152,5 см, масса тела 86 кг, ИМТ 37 кг/м².

Рекомендации: метформин 850 мг х 2 р/д, протафан 11-9 ед х 2 р/д, лозартан 100 мг, **розувастатин 20 мг**, ацетилсалициловая кислота 0,5 г ¼ табл. (или кардиомагнил 75 мг)

Эндокринолог 23.04.2019г

Жалобы: активно не предъявляет

DS: СД 2 типа, целевой HbA1c < 7,0%. Диабетическая сенсорная полинейропатия н.к. Диабетическая нефропатия. ХБП С2А0. Ожирение 2 ст. ГБ 2 ст. АГ 1 ст., корригир., риск 4. Дислипидемия

АД на приеме 151/92 мм рт.ст., ЧСС 94 уд/мин. Рост 152,5 см, масса тела 86 кг, ИМТ 37 кг/м².

Рекомендации: метформин 850 мг х 2 р/д, протафан х 2 р/д 11-9 ед, лозартан 100 мг у, нормодипин 10 мг в, **розувастатин 20 мг, фенофибрат 145 мг**, ацетилсалициловая кислота 0,5 г ¼ табл. (или кардиомагнил 75 мг)

Анамнез заболевания

Настоящее ухудшение состояния с

04.06.2019 года - стала отмечать жгучие боли за грудиной, которые купировались

самостоятельно, 05.06.2019 года, около 15:00

часов, начали беспокоить крайне интенсивные давящие боли в грудной клетке, в связи с чем

вызвала бригаду СМП. **Снята ЭКГ, на которой**

подъем сегмента ST в отведениях I, avL. По

СМП проведено лечение в объёме т.аспирин

250 мг, гепарин 4000 Ед в/в стр на физ р-ре

0,9%-10,0 мл, т.клопидогрель 300 мг, нитроминт-

спрей, р.морфин 1,0 мл в/м.

Объективный осмотр

Общее состояние тяжелое. Уровень сознания ясное. Тип телосложения нормостенический. Рост, см 152. Вес, кг 86. **ИМТ, кг/м² 37,5. Обхват талии, см 122.** Кожные покровы чистые, обычной окраски и влажности.

Периферические отеки отсутствуют.

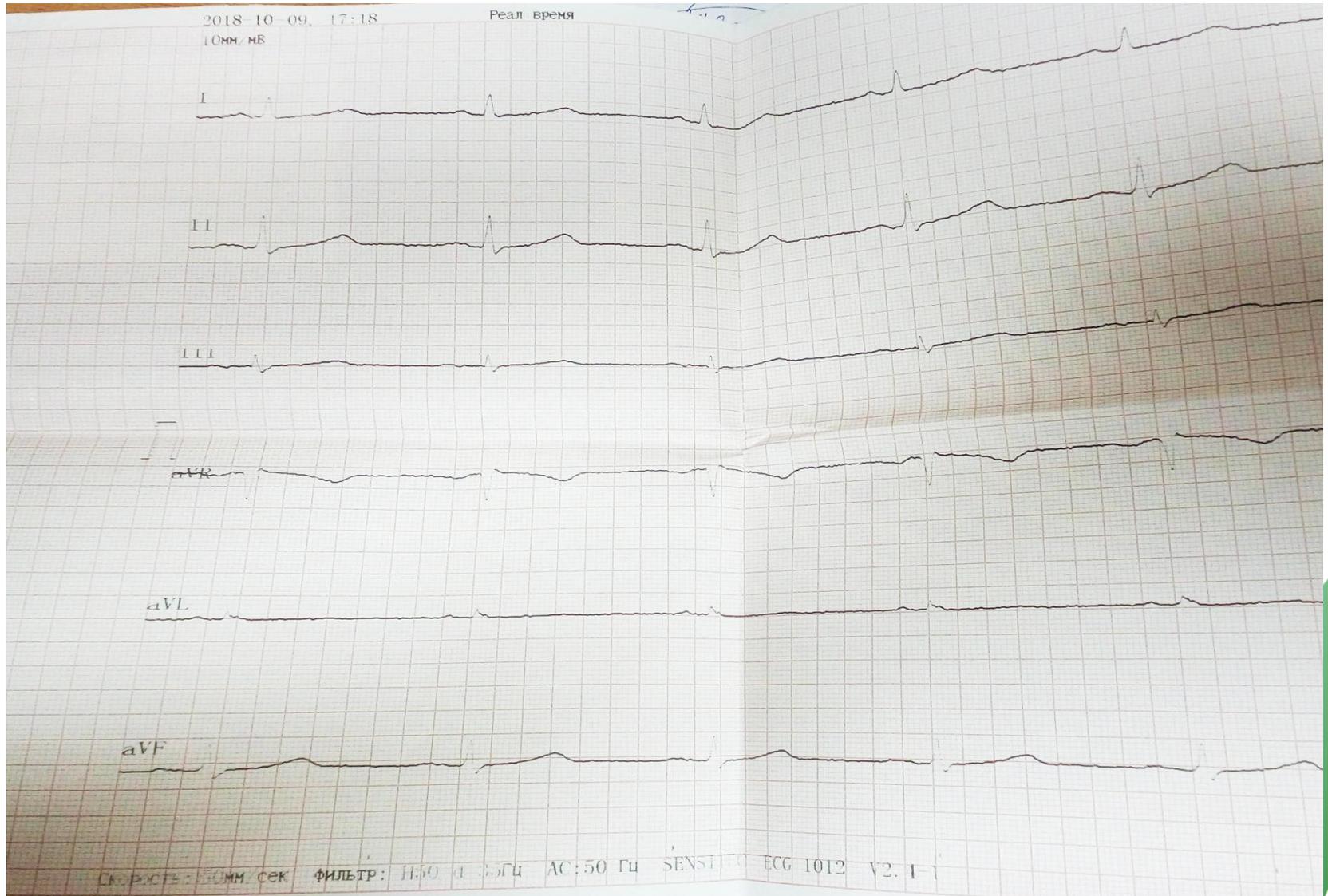
Органы дыхания. Дыхание проводится во все отделы, везикулярное. Хрипы отсутствуют. ЧДД, в минуту 18. SpO₂,% 98.

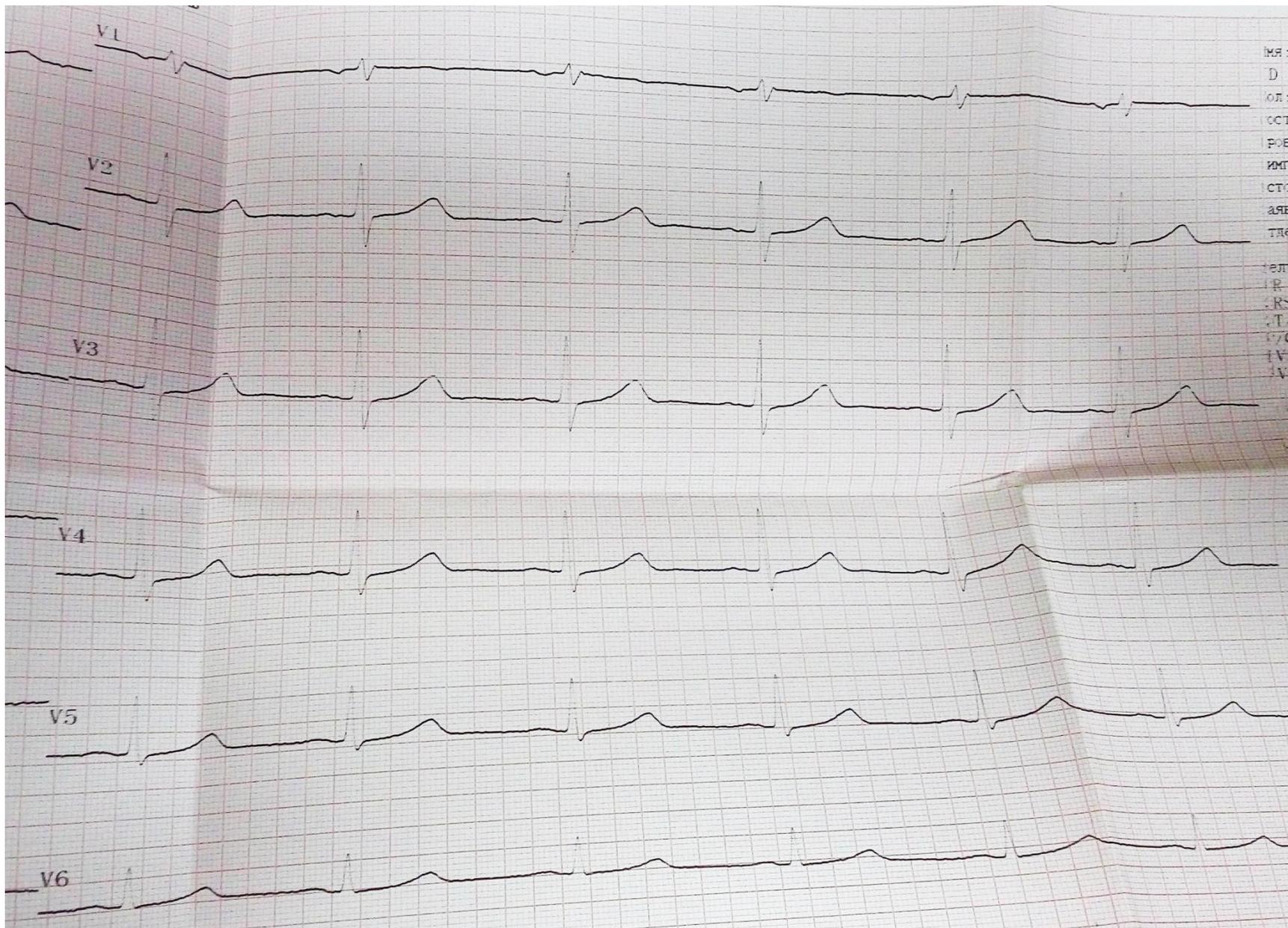
Сердечно-сосудистая система. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Область сердца без видимой патологии. Шумы сердца отсутствуют. **АД мм.рт.ст. 170/93. ЧСС уд/мин 105. Пульс уд/мин 105.**

Органы пищеварения. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, симметрично участвует в акте дыхания. Печень не увеличена.

Органы мочевыделения. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Мочеиспускание свободное.

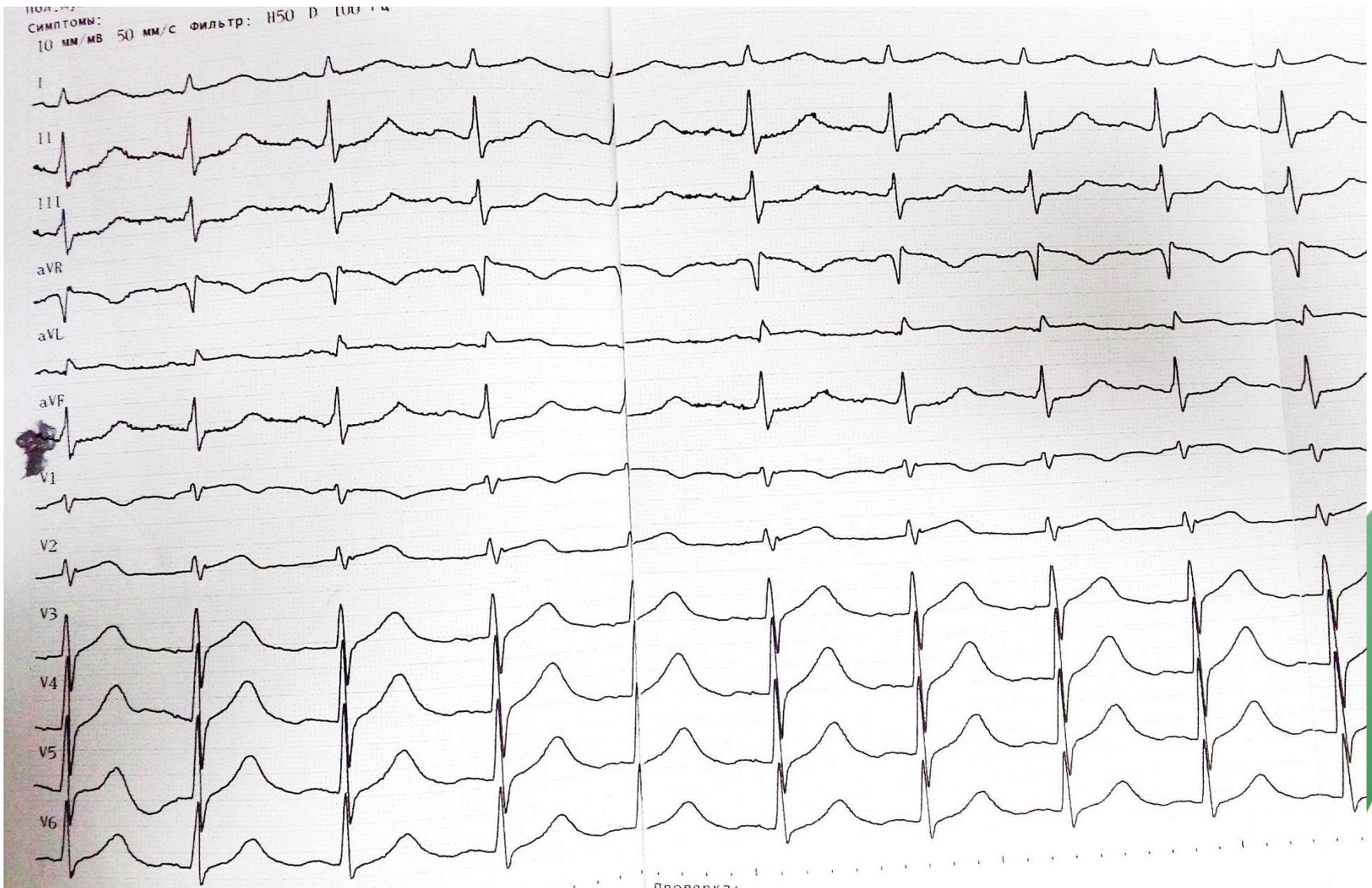
ЭКГ от 09.10.2018г.



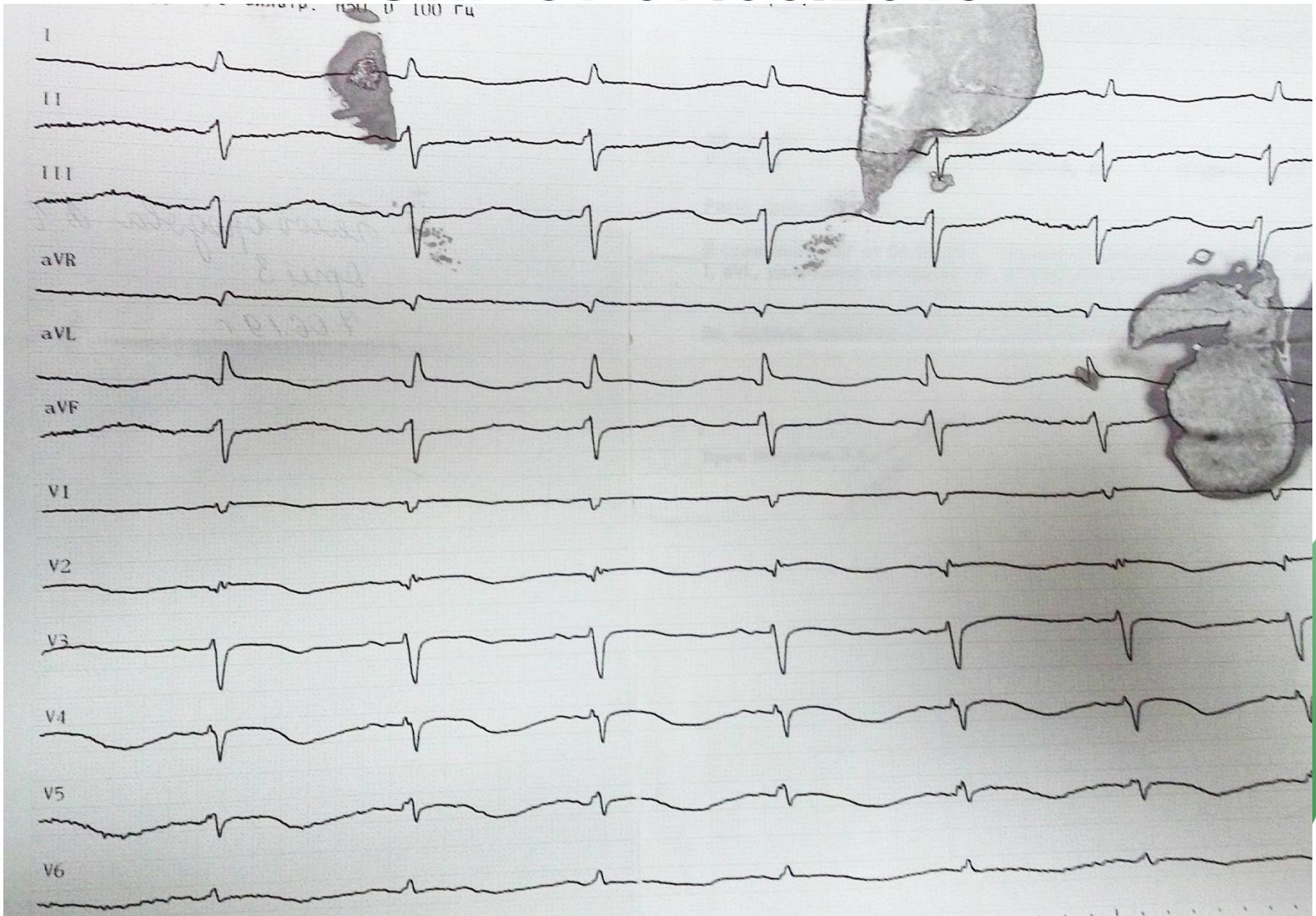


Имя:
Д
Юл:
ОСТ
РОВ
ИМП
СТО
АЯВ
ТЛЕ
Телу
Р
RS
Т
V7
V8
V9

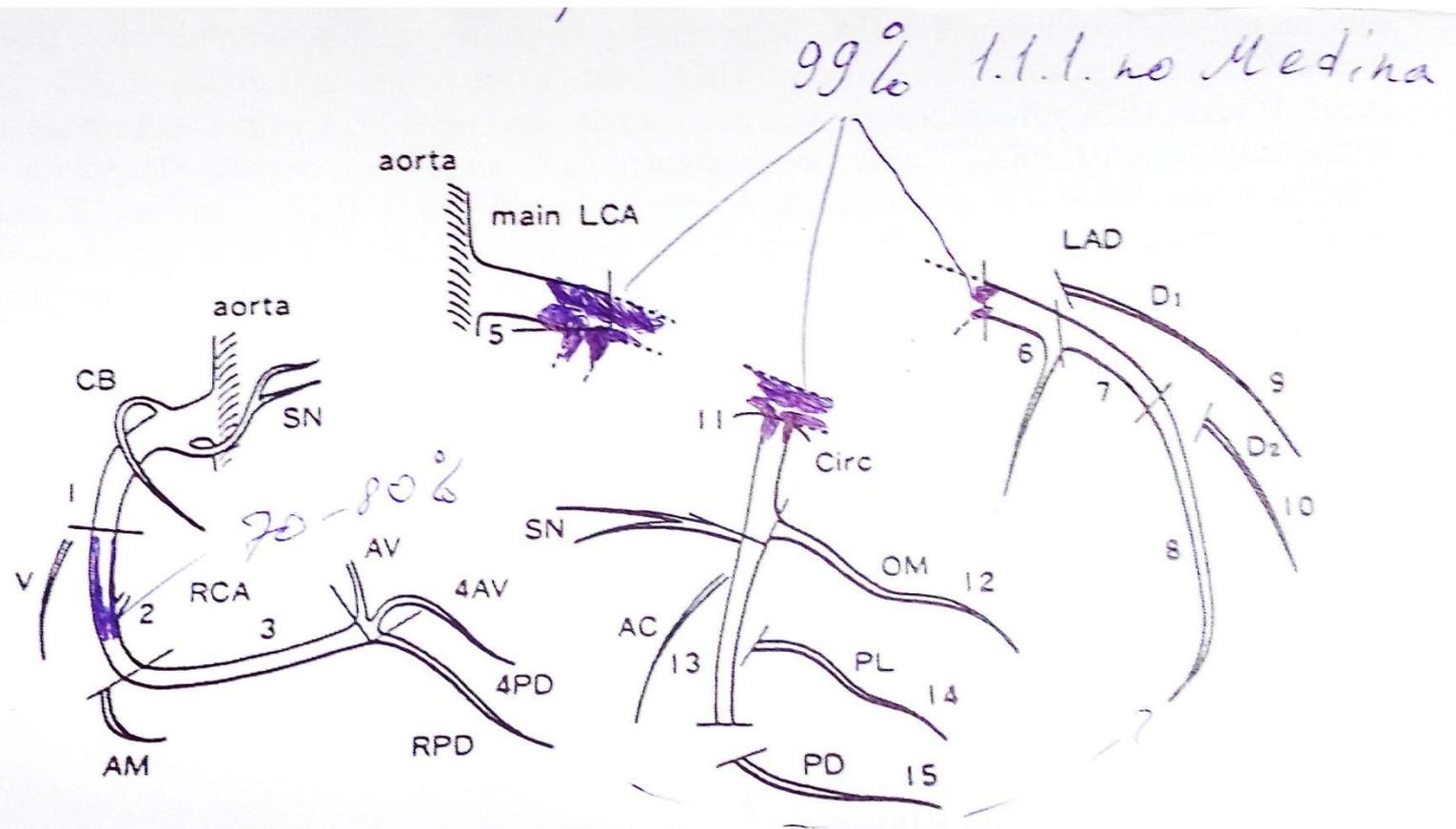
ЭКГ при поступлении от 05.06.2019г.



ЭКГ от 07.06.2019



Коронарография от 05.06.2019г.



- По результатам коронарографии выполнена операция: ЧКВ со стентированием ПКА, попытка стентирования ствола ЛКА, далее рекомендована консультация кардиохирурга

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ !



www.rkbsemashko.ru

rkbsemashko@yandex.ru