



**Современная
диагностика
и лечение пациента
высокого
кардиоваскулярного
риска**

**Долженко Марина Николаевна
Профессор кафедры
кардиологии и функциональной
диагностики**

ПАЦИЕНТЫ ВЫСОКОГО КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА

- **Это пациенты**

- с установленным ССЗ (ИБС и ее эквивалентами)
- Диабетом 2 типа или 1 типа с микроальбуминурией
- с очень выраженным одиночным фактором риска (холестерин > 8 ммоль/л; ХС ЛПНП > 6 ммоль/л; АД > 180/110 мм рт.ст.)
- хронической болезнью почек

Management of Stable Angina Pectories

Recommendations of the Task forces of the European Society of Cardiology

- **A** – Aspirin and Antianginal therapy
- **B** – Beta-bloker and Blood pressure
- **C** – Cigarette smoking and Cholesterol
- **D** – Diet and Diabetes
- **E** – Education and Exercise

Клинический случай

Больной А, 52-х лет, вес 92 кг, рост 184 см, ИМТ=28,1 кг/м², объем талии 89 см.

Жалобы: ангинозные боли за грудиной при эмоциональной и физической нагрузке (при ходьбе до 500 м), головная боль в затылочной области к вечеру, сопровождается головокружением, одышка при физической нагрузке.

головная боль в затылочной области к вечеру, кашель по утрам

Анамнез болезни: Страдает повышением АД в течение 5 лет. Систематически не лечился. АД_{max} 220/120 мм рт ст., АД_{min} достигаемое 160/100 мм рт ст. Год назад больной перенес ОКС с подъемом сегмента ST, ургентно произведено стентирование ПКА (2 сиролимус стента), ЛКА (1 сиролимус стент)

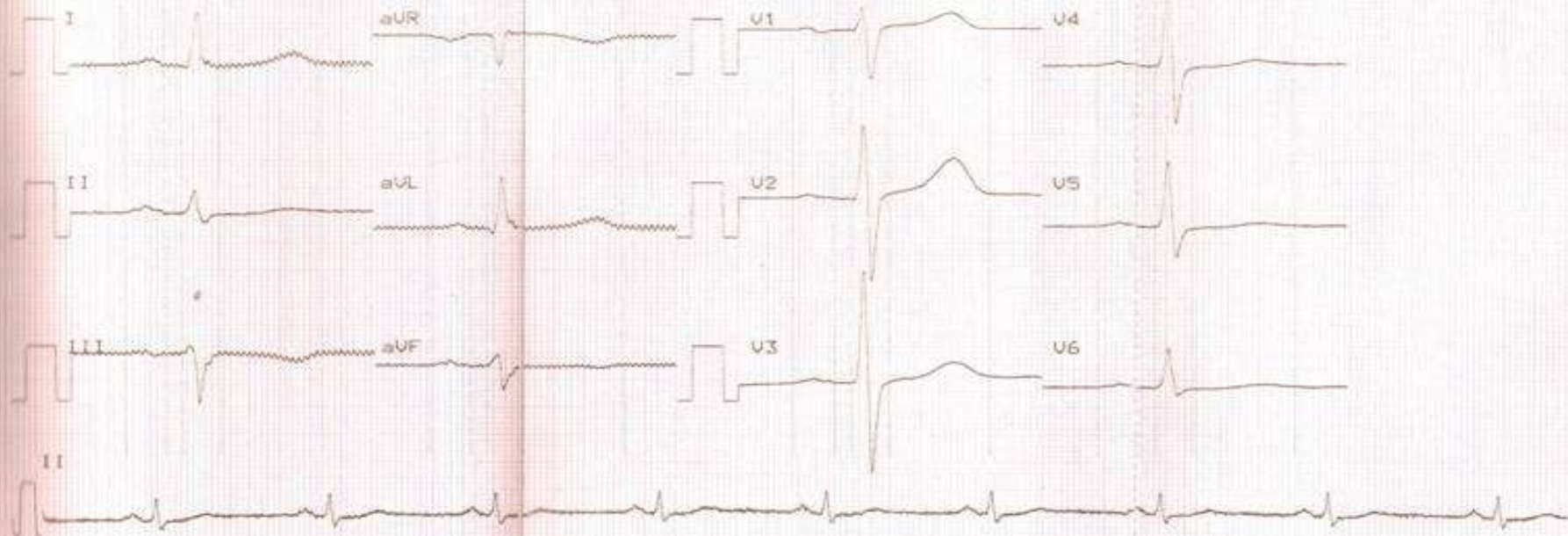
Анамнез жизни: Материально-бытовые условия удовлетворительные, выкуривает до 20 сигарет в сутки, удовлетворительные, руководитель, отец трижды перенес инсульт, умер в 70 лет. Мать страдала АГ. У сестры в анамнезе ТИА.

Объективно: Состояние удовлетворительное, Сог: деятельность ритмичная, тоны приглушены. ЧСС=86 уд/мин, АД=180/100 мм рт ст. Pulm: Дыхание жесткое, единичные сухие хрипы. ЧДД=20 в мин. Живот мягкий б/болезненный. Печень у края реберной дуги, б/болезненная. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, б/болезненное. Отеков нет.

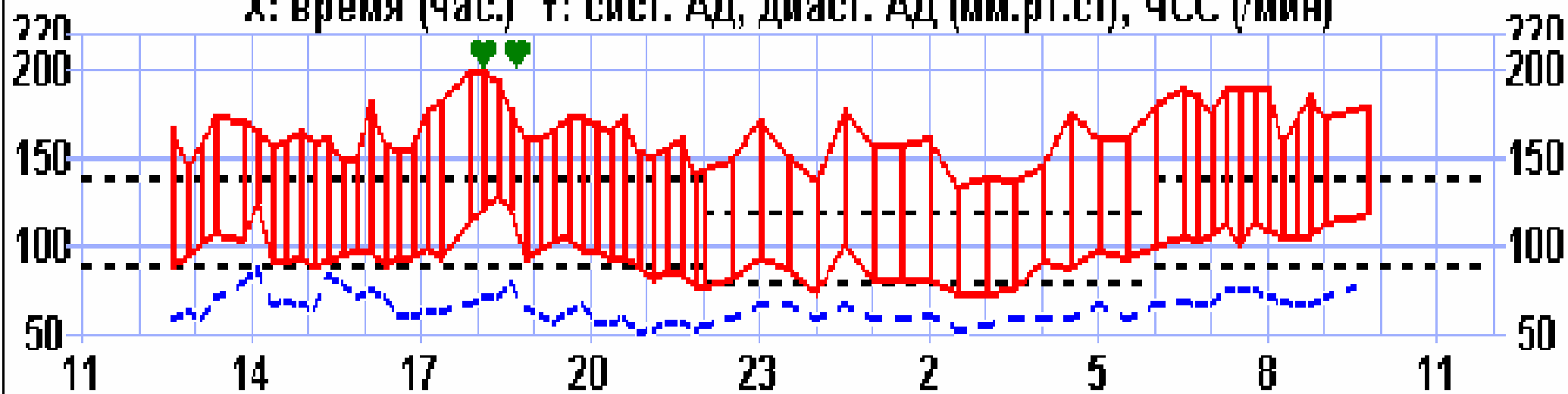
12 mm/mV

12 mm/mV

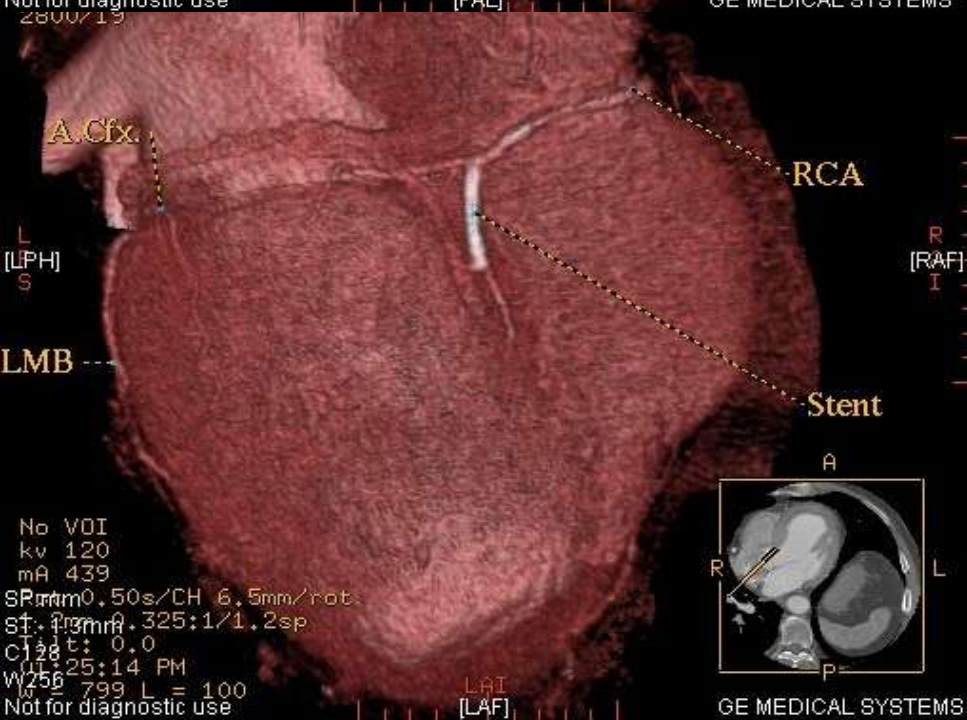
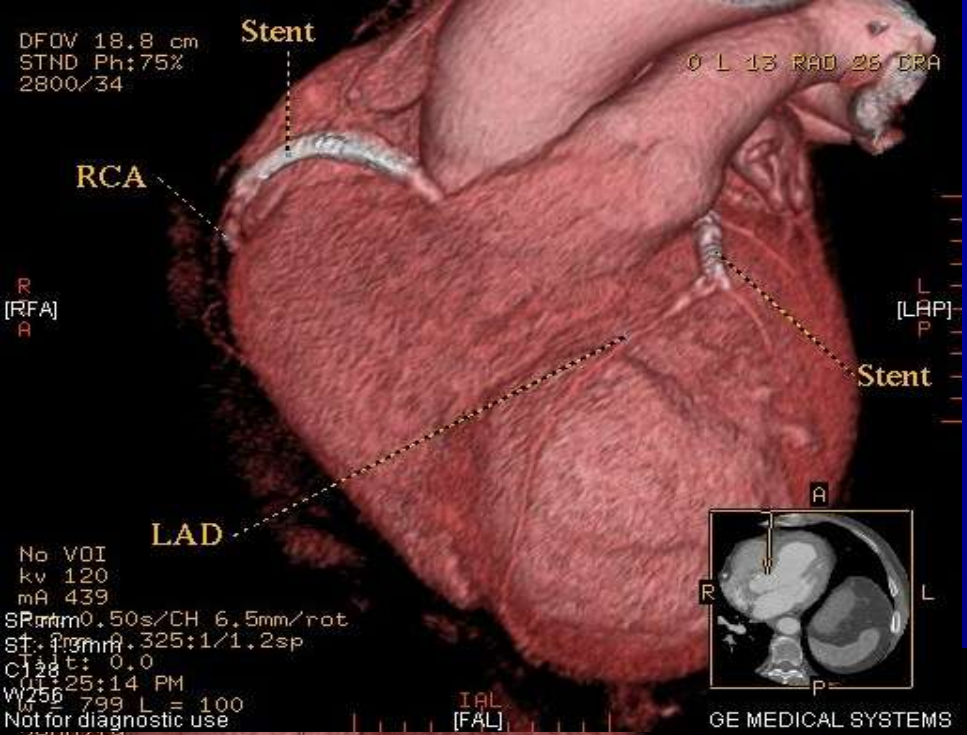
50 mm/s



X: время (час.) Y: сист. АД, диаст. АД (мм.рт.ст), ЧСС (/мин)



Все: Данные: 83 Удаленно: 0 Измерения: 65 Эпизод: 2



2007

ДАТА 04.07.2007. ЧАС 12:14:00

Стать:

Ематологічний аналіз крові № 546.

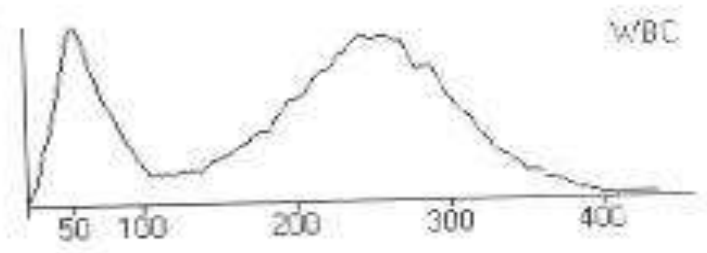
П.І.б.б. пацієнта: *Алеськівський І.С.*
А/К, Лікар: *27456 Шелестова*

ЛЕЙКОГРАМА (%):

Еоз. - *2*; П'яд. - *3*; С'яд. - *56*; Лімф. - *35*; Моноц. - *4*; Баз. - *0*

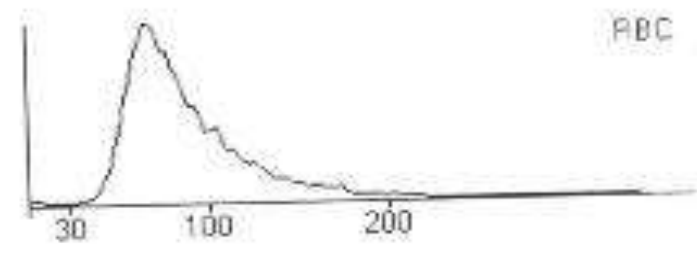
ЗАКЛЮЧЕННЯ:

Найменування	Знач.	Од. вимірюв.	Норми
ЛЕЙКОЦ	12.0 h	10 ⁹ /л	4 - 9
ЛІМФ %:	19.4	%	19 - 37
ЛІМФ #:	2.3	10 ⁹ /л	1,2 - 3,0
МОН %:	5.4	%	3 - 11
МОН #:	.6	10 ⁹ /л	0,1 - 0,6
ГРАН %:	75.2 h	%	48.5 - 78.0
ГРАН #:	9.1 h	10 ⁹ /л	2.1 - 5.6



Флаги WBC:

Найменування	Знач.	Од. вимір.	Норми
ЕРИТР:	5.09 h	10 ¹² /л	4.0 - 5.0
ГЕМОГЛ:	154	г/л	130 - 160
Гематокрит	.436		0.40 - 0.48
Сер.Об'єм Ер.	86		75 - 95
Вміст Нв в 1Ер.	30.3	pg	27 - 33
Вм. Нв в Ер-тах	354	г/л	300 - 380
Анізоцитоз	13.3	%	< 16



Найменування	Знач.	Од. вимірюв.	Норми
ТРОМБ	241	10 ⁹ /л	150 - 400
Сер.Об'єм Тр.	8.4		7.4 - 10.4
Тромбокрит	.202		0.4
Анізоцитоз Тр.	16.8	%	< 20
Флаги PLT:			-



Шелестова

5 срезвраня 2008

Міністерство охорони здоров'я України
 Найменування закладу
 Лабораторія

Код форми в КЗД
 Код закладу за ЗСТО

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
 ФОРМА № 2.1.1.7.1.1
 Затверджено наказом МОЗ України
 10.03.01.1.1.0.01.1.0. № 111111

АНАЛІЗ СЕЧІ ЗА ЗІМНІЦЬКИМ №
 5/II 20 082.

Прізвище, І. П. Амещенко Вік _____
 Заклад _____ Відділення _____
 Медична карта № _____
 Кількість прийнятої рідини _____ (л)

Номер порції	Години	Питома вага	Кількість сечі (г)
1	9 ⁰⁰ - 12	1007	500,0
2	12 - 15	1002	500,0
3	15 - 18	1007	450,0
4	18 - 21	1003	500,0
5	21 - 24	1005	480,0
6	24 - 3 ⁰⁰	1008	400,0
7	3 - 6 ⁰⁰	1002	1,000
8	6 ⁰⁰ - 9 ⁰⁰	1002	1,000

Денний діурез _____ (л)
 Нічний діурез _____ (л)
 Загальний діурез 4,830 (л)

_____ 20
 (дата видачі аналізу)

Ан. мочи на метанефрини - норма

№1. Земко № 97

Український науково-дослідницький інститут кардіології ім. акад. Н. Д. СТРАЖЕСКО

8083 5 XII 1997

Анализ мочи
Амещенко
Витю

Больной _____
 Из отдела _____
 По предложению врача _____
 Цвет с-це Прозрачность чр
 Реакция рН
 Количество 100,0 Удельный вес 1,021

Химическое исследование

Белок следы
 Сахар _____
 Ацетон _____
 Ацетоуксусная кислота _____
 Желчные пигменты _____

Уробилин следы
 Индикан следы
 Диазореакция л. следы в осадке
 В осадке л. следы в осадке

Зав. лабораторией _____
 РАПО «Укрмедполитрафа» Зак. № 7024 т. 10000. 1991.

4 жовт 2007

ДЗ «Поліклініка № 1» ДУС
Лабораторія

БІОХІМІЧНИЙ АНАЛІЗ КРОВІ № 37

Прізвище, І, Б. Алещенко ІО Рік народження _____ Стать: Ч/Ж
Медична карта № 23486 Лікар 2942 Діагноз _____

АНАЛІТ	Результат	Норма
Заг. білок	7.9	65-85 г/л
Сечова к-та		Ч. 0.20-0.42 мМ/л Ж. 0.14-0.34 мМ/л
Сечовина	9.8	2.5-8.3 мМ/л
Креатинін	0.22	Ч. 0.05-0.11 мМ/л Ж. 0.045-0.097 мМ/л
Тимолова п.	4.0	0-4 од.
Серомукобін	2.50	140-200 ум. од.
Калій	3.8	3.8-5.3 мМ/л
Натрій	142	130.5-152.3 мМ/л
Кальцій іон.		1.03-1.3 мМ/л
Кальцій заг.		2.25-2.5 мМ/л
Хлор		96-108 мМ/л
Залізо		Ч. 11.6-31.3 мк М/л Ж. 9.0-30.4 мк М/л

АНАЛІТ	Результат	Норма
Білірубін загальний	15.8	3.6-25.5 мк М/л
Білірубін зв'язаний	15.8	
Білірубін вільний		
АлАТ	22	Ч. до 42 Од/л Ж. до 32 од/л
АсАТ	16	Ч. до 37 Од/л Ж. до 31 од/л
ГГТП	42.8	Ч. 11-61 Од/л Ж. 9-39 Од/л
Амілаза		16-32 г/чхл
Фосф — за луг.	166	Ч. 64-306 Од/л Ж. 80-306 Од/л
Холестерин заг.	6.3	3.662 мМ/л
Тригліцериди	2.7	0.55-1.7 мМ/л
ХС-ЛВЩ	4.0	1.0-1.56 мМ/л
ХС-ЛНЩ	4.0	3.4-4.1 мМ/л
Інд. атероген	5.3	До 3.5

Дата 4. VII 07 Виконав Q.

СКФ = 52 мл/мин

11 лютого 2008

КДЛ КМКЛ ШМД

Дата 11.02.08 Відділення септ
П.І.Б. Алещенко

Біохімічне дослідження крові 60

Загальний білок 62 65-85 г/л
 Альбумін _____ 35-50 г/л
 А/Г коефіцієнт _____ > 1,2
 Білірубін загальний 10.8 2-21 мкмоль/л
 Білірубін прямий _____ 0-5 мкмоль/л
 Глюкоза 7.8 3,9-6,4 ммоль/л
 Калій _____ 3,4-5,3 ммоль/л
 Натрій _____ 130-157 ммоль/л
 Холестерин 4.3 3,9-6,5 ммоль/л
 АлАТ 0.24 0,1-0,68 ммоль/г. л
 АсАТ 0.20 0,1-0,45 ммоль/г. л
 Лужна фосфотаза 133 135-123
 _____ 740-2290 нмоль/с. л.
 ГГТП _____ 10-106 мкмоль/хв. л.
 Альфа амілаза 21.8 12-32 г/г. л.
 Холінестераза _____
 Сечовина 12.1 2,5-8,3 ммоль/л
 Креатинін 186 44-100 мкмоль/л
 Тимолова проба 4.8 до 5 Од

Підпис [Signature]

ДЗ «Поліклініка № 1» ДУС
Лабораторія

АНАЛІЗ КРОВІ № 22544

вміст глюкози

«4» 07 200...4 р.

Прізвище, І., Б. Алещенко І.О.

№ Карт. 23486 Лікар Томірове

РЕЗУЛЬТАТ

7,1

ММОЛЬ/Л

W / 3,9 - 6,4

Підпис [Signature]

«Преса України». З. 0616206.

000 "Медицинская лаборатория"
г. Киев, ул. Героев Севастополя 30,
каб. 7, 3-й этаж тел. (044) 408-08-54

30 января 2008
Результаты лабораторного обследования

30.01.2008 16:0



88382

Дата обследования : 30.01.08

Фамилия И. О. : АЛЕЩЕНКО А

Место приема : Медпрактика

Год рождения:

Пол: мужской

Примечание:

Название исследования, материал	Ед.изм-ия	Результат	Реф.значение
МАРКЕРЫ ДИАБЕТА			
Гликозилированный гемоглобин (плазма ЭДТА)	процент	6,70	4,5 - 6,2
Подпись :		М. П.	

ДЗ «Поліклініка № 1» ДУС
Лабораторія

АНАЛІЗ КРОВІ № 362

вміст глюкози

«16» 03 200... р.

Прізвище, І., Б. Алещенко І.О.

№ Карт. 2438 Лікар Томірове

РЕЗУЛЬТАТ

7,7

ММОЛЬ/Л

W 3,9 - 6,4

Підпис [Signature]

«Преса України». З. 0616206.

Декабрь 1998

ОСМОТР ОКУЛИСТА

Александров

Дата 3 XI 98 Жалобы

Анализ

Острота зрения ОД 0,9 ОС 0,9

Очки ОД ОС ДРР мм

Передний отдел ОД ОС

Биомикроскопия сосудов бульбоконъюнктивных

I. Сосудистые изменения

II. Внутрисосудистые изменения

III. Внесосудистые изменения

Роговица: прозрачная, помутнение /ДС/

Передняя камера: мелкая, глубокая, неравномерная /ДС: влага

Радужка: норма /ДС/ зрачок: норма /ДС/

Хрусталик: прозрачен /ДС/, мутный частично, спички, полностью /ДС/

Глазное дно ОН: д.эр. нерв

Границы зрительного нерва

Сосудистые соотношения /в №/

Артерии /сужены, неравномерны, напряжены, выпрямленные, извиты, симптом серебряной проволоки, симптом медной проволоки, облитерация распространенная, нераспространенная/

Вены расширены, очень широкие, обычного калибра, извиты, наличие спироаневризм. Самсо I, II, III.

Очаговые изменения: кровоизлияния сливничные, мелкие, множественные, различной величины /ДС/ в центральных отделах, на периферии.

Ишемические очаги, фигура звезды, дегенеративные, хориоретинальные очаги:

ВГД ОД ОС ЭК ОД ОС

Диагноз:

Нарушения микроциркуляции в сетчатке

Ангиоспастический синдром

Назначение:

Анализ

Олександров Валентин

Почки

4 апреля 2000

Центральная клиническая больница г. Киева
Отделение радионуклоидной диагностики т. 227-9188

Динамическая сцинтиграфия почек с пентатех Тс-99м

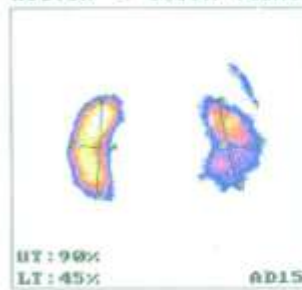
18:47:01 07-04-00

Пациент: АЛЕШЕНКО И.О. (400)

Возраст: 42 года

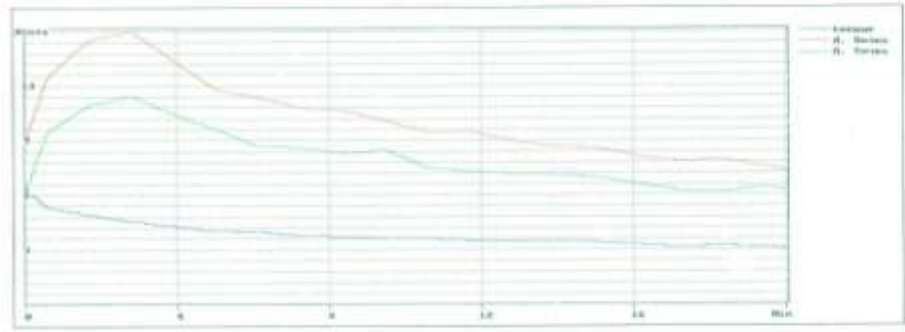
Изотоп: Тс99м (40мКи)

Лучевая нагрузка: 0.96 мЗв



A-A : ПП. Шир. : 42 мм
B-B : ПП. Выс. : 106 мм
C-C : ПП. Шир. : 43 мм
D-D : ПП. Выс. : 94 мм

NT: 90%
LI: 45%
AD15

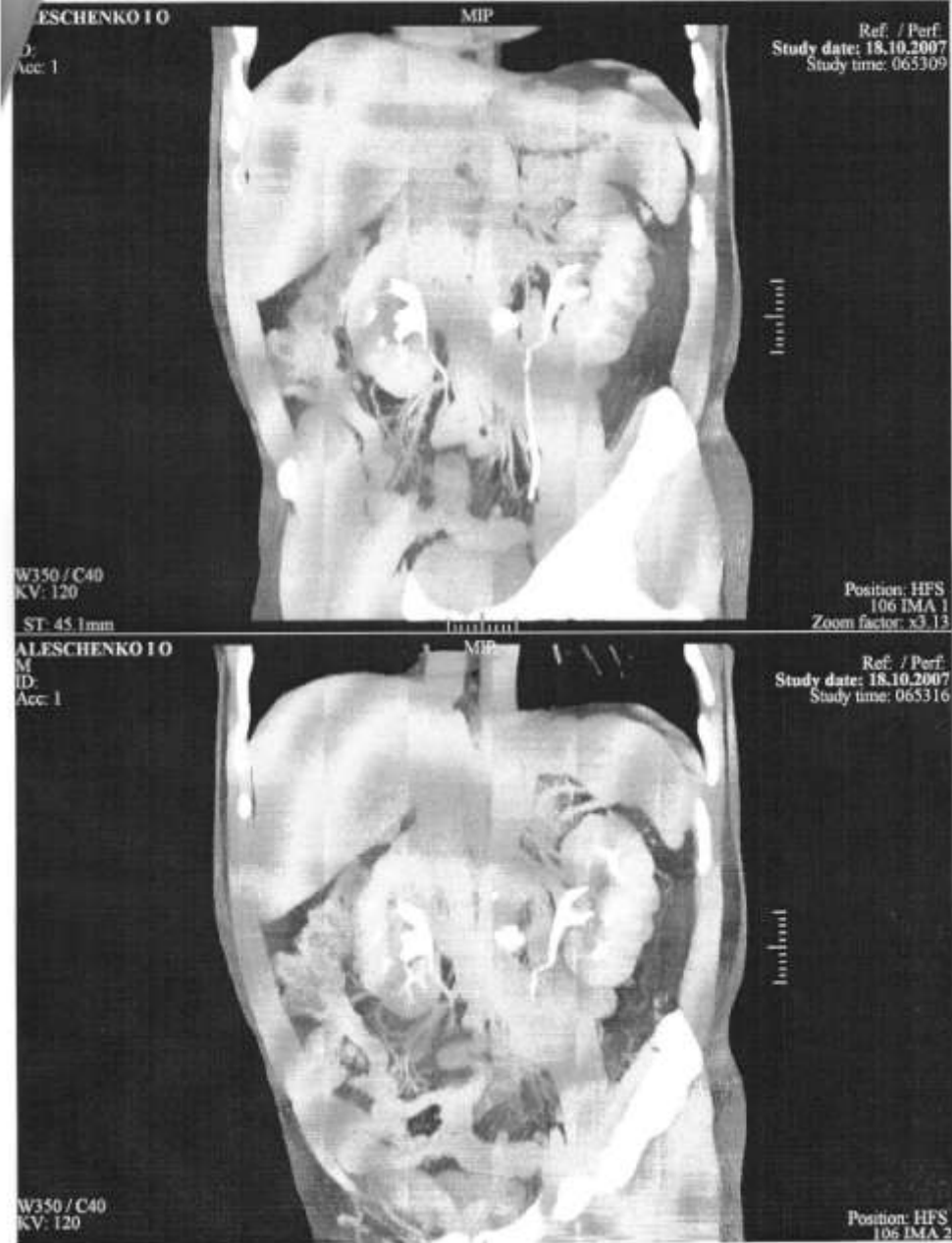
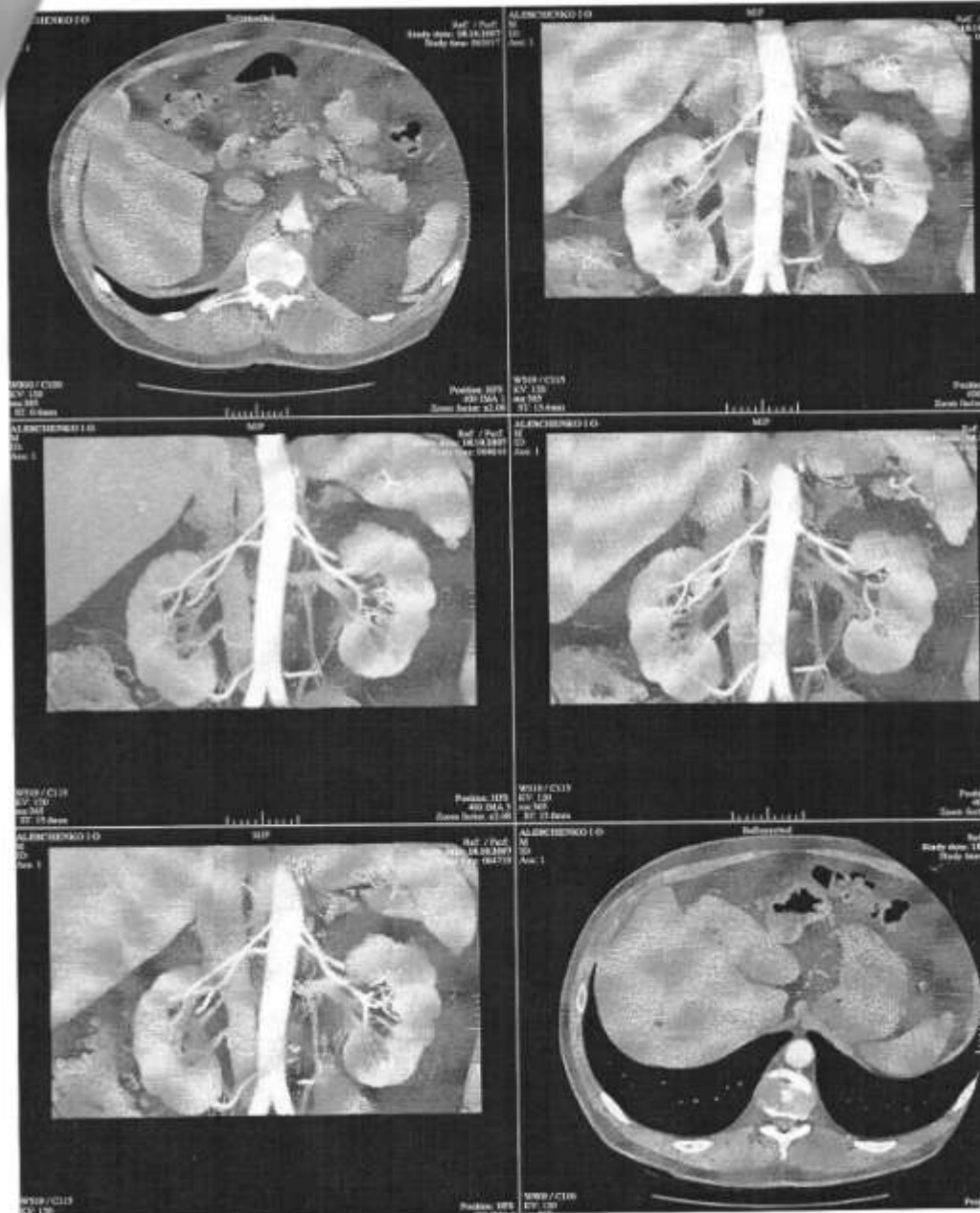


Показатель	Общие	П. Поч	Л. Поч	Ед.	Норма
T 1/2 крови	37			мин	35-40
КФ	103			мл/м	80-120
КФ / ст. пов.	83			мл/м	
ДФ	113			мл/м	
ФРП	91			%	
КФ разд.		59	44	мл/м	45-55
T макс.		3	3	мин	до 3
Макс. оч.		15796	11996	имп/м	
T 1/2		19	Нет	мин	до 20
Вст. РФП		49	54	%	
Вссим.	132			%	

На сцинтифото представлен объем функционирующей паренхимы обеих почек.
ЗАКЛЮЧЕНИЕ: снижение секреторно-экскреторной функции правой почки. Объем клубочковой фильтрации правой почки снижен на 25% относительно левой почки и должной величины КФ.

Валентин Александрович

«VerteT»



НАЦІОНАЛЬНИЙ НАУКОВИЙ ЦЕНТР
АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
Інститут Кардіології ім. М.Д. Стражеска

Кабінет томографії Регіонального лікувально-діагностичного центру
03680 Київ-80, вул. Народного Ополчення, 5. тел.(38-044) 249-70-14

18 октября 2007

Протокол мультиспіральної комп'ютерної томографії аорти, черевної порожнини

ПІБ:	Алещенко І.О.	Номер дослідження:	2739	Товщина зрізу, мм:	0,625
Вік:	49	Дата дослідження:	18.10.07.	Орієнтація зрізу:	Поперечна
Стать:	Чол.	Проміневе навантаження, мЗв:	3.2	Контраст:	ОМНИПАК
Історія хвороби:		Концентрація, мг/мл:	350		
Діагноз:	ОБСТЕЖ.	Об'єм, мл:	100		
		Швидкість введення, мл/с:	3.5		

Исследование выполнено до и после в/в введения контрастного препарата в артериальную и паренхиматозную фазы контрастирования. Ослощенный на в/в введение контрастного препарата не выявлено.

Печень обычно расположена, контуры ее четкие, ровные, незначительно увеличена, на 20мм ниже края реберной дуги. Паренхима гомогенная, плотность 57 - 61HU., внутри- и внепеченочные протоки не расширены. Желчный пузырь не расширен, содержимое однородное, стенки уплотнены. Селезенка в размерах не увеличена, с четкими контурами, паренхима ее однородная.

Поджелудочная железа гетерогенного строения, с четкими контурами, не увеличена, очаговых изменений паренхимы не определяется.

Надпочечники без особенностей. Контуры четкие ровные.

Почки расположены на уровне L3-L4, верхний полюс ниже уровня 12 ребра. Контуры их четкие, ровные, паренхима однородная, плотность не изменена. Рентгеноконтрастных конкрементов не выявлено.

Визуализируются увеличенные л/у печеночной группы 20x23мм, 27мм в диаметре, 20x31мм, желудочно-сальниковой группы до 15мм в диаметре. Костной деструкции на исследованном уровне не определяется.

Максимальные размеры брюшной аорты: на уровне чревного ствола – 25 x 25мм, на уровне верхней брыжеечной артерии – 24 x 23,3 мм, на уровне отхождения почечных артерий 21 x 22 мм, на уровне бифуркации – 16 x 17 мм. Общие подвздошные артерии 10.5 мм.

При проведении аортографии определяются четыре почечные артерии правой почки и две артерии левой почки.

Верхние артерии обеих почек отходят на уровне верхней мезентериальной артерии. Ниже на 6-7мм отходят следующие почечные артерии.

Третья артерия правой почки, диаметром 1,5-2мм, отходит ниже 2-ой на 60-70мм.

Артерия нижнего полюса правой почки отходит на 5мм выше бифуркации на подвздошные артерии. Убедительных данных за сужение, стенозы почечных артерий не выявлено.

В паренхиматозную фазу Обе почки функционируют, симметрично выделяют контрастное вещество. Определяется неполное удвоение лоханочно -мочеточникового сегмента.

Заключение: Аномалия развития – дополнительных артерии почек. Неполное удвоение лоханочно -мочеточникового сегмента обеих почек.

Двухсторонняя поясничная дистопия почек.

Лимфоаденопатия узлов печеночной, желудочно-сальниковой групп, не ясного генеза.

R-но: ФГДС, R-скопия желудка для исключения заболевания.

Лікар:

О.А. Шараевський.

ЕХОКАРДИОГРАФІЯ

П.І.П. Алексенко Игорь Олегович, 49 р.
 ММЛЖ = 370 г, Площа поверхні тіла = 2.3 м², ВТС ЛЛЖ = 208 г/м²

	Значення	Межі норми	Показник	Значення	Межі норми
Стінка ЛЛЖ (см)	0.7	<0.5	КДР ЛЛЖ (см)	4.75	3.5-5.7
LVOI/Висх. порта (см)	2.3/3.9	2.0-3.8	КСР ЛЛЖ (см)	2.95	2.3-3.8
ЛП (см)	4.9	2.0-4.0	КДО ЛЛЖ (мл)	108	51-160
ПП (см)		2.0-4.0	КСО ЛЛЖ (мл)	33	14-70
ППП (см)	3.9	0.9-3.0	УО (мл)	72	
МПП (см)	1.7	0.6-1.2	МІС		
Стінка ЛПЖ (см)	1.7	0.6-1.1	Е/А	0.87	
ФВ ЛЛЖ (%)	68%	> 55%	Е/Em	e/a' < 1	
			Dec Time (Е, мс)	240	
			IVRTau (мс)	120	RR:
			Vp (см/с), E/Vp		
Клапан	Структура		Функція		
Мітральний	N		N		
Аортальний	N		N		
Трикуспідальний	N		N		
Легеневої артерії	N		N		

Легенева гіпертензія: немає; виміряна, вимірюється, виміряна. Сист. тиск у ЛЛЖ = 15 mmHg.

Перикард: N

Діастолічна дисфункція ЛЛЖ: немає; порушення релаксації (Е' < 10 вікової зміни, пасивна нормалізація, рестриктивне наповнення, визначити неможливо.

Сегментарна скоротливість (гіпер-1, нормо-2, гіпо-3, дискінезія-4):



ЗАКЛЮЧЕННЯ: Виражена концентрична гіпертрофія ЛЛЖ. Ехо-признаки гіпертензивного серця. Сократливість задовільна.

Дата: 17.09.2007 Лікар: [підпис]

Заключение:

**Выраженная концентрическая гипертрофия ЛЖ
 ЭХО-признаки гипертензивного сердца
 Сократимость удовлетворительная**

ИММЛЖ=208 г/м2

17 септембрі 2007

Заклучение:

**НАЦІОНАЛЬНИЙ НАУКОВИЙ ЦЕНТР
"ІНСТИТУТ КАРДІОЛОГІЇ імені АКАДЕМІКА М.Д.СТРАЖЕСКА"
ВІДДІЛЕННЯ АРИТМІЙ СЕРЦЯ
(Київ, вул. Народного ополчення, 5)
ВЕЛОЕРГОМЕТРІЯ**

П.І.П. Амещенко Н.О. 49, 19__ р.н., стать жінка

Мета проби: проба на ІХС, визначення толерантності до фізичного навантаження

Вихідний стан: вага 102 кг, зріст __ см.

Розрахункові належні величини:

- 1. Субмаксимальне (75%) навантаження 135 Вт.
- 2. Субмаксимальна (75%) ЧСС 152 уд/хв.

Протокол: Початковий рівень 20 Вт, приріст 20 Вт, тривалість кожного ступеня 3 хв.

Навантаження	Вихід	30 Вт	100 Вт	150 Вт	200 Вт	Вт	Вт	Вт
Тривалість		3'	3'	3'	2'			
ЧСС, уд/хв.	68	74	82	100	136			
АТ, мм.рт.ст.	130/85	140/100	145/100	170/110	180/120			

Досягнуті показники:

- Порогове навантаження 230 Вт.
- Тривалість навантаження 3 хв.
- Максимальна ЧСС 152 уд/хв.
- Максимальний АТ 180/120 мм.рт.ст.

Зміни ЕКГ:

- немає.

- зміни сегмента ST: депресія на __ мм. у відведеннях __, елевация на __ мм. у відведеннях __
- зміни зубця Т: позитивізація у відведеннях __, негативізація у відведеннях __
- порушення ритму: __
- зміни вольтажу зубця R: __

Клінічні дані: немає, виражена втома, приступ стенокардії, необхідність прийому нітрогліцерину (__ табл.), запаморочення. + біль в ногах

ЗАКЛУЧЕННЯ ПО ФУНКЦІОНАЛЬНОМУ СТАНУ СЕРЦЯ:

- Проба на ІХС: негативна, позитивна, сумнівна, неінформативна (недосягнення ЧСС).
- Толерантність до фізичного навантаження: в нормі, знижена, відповідає ФК.
- Реакція АТ на навантаження: нормотонічна, гіпертонічна, дистонічна, гіпотонічна.
- Реституція: -ЧСС: - в межах вікової норми, сповільнена, 3 хв.
- АТ - в межах вікової норми, сповільнена, 3 хв.
- зміни ЕКГ: 3 хв.
- больового синдрому: 3 хв.

Проба припинена у зв'язку з:

- досягненням максимальної ЧСС.
- перевищенням АТ максимально допустимих меж (230/120 мм.рт.ст.).
- виникненням приступу стенокардії.
- виникненням проявів ішемії на ЕКГ.
- втомою пацієнта. + біль в ногах

Дата 17/09/2007 Лікар [підпис]

Проба на ІБС – неінформативна, не досягнута ЧСС max

Толерантність к физ.нагрузке - в норме

Реакция АД – гипертоническая

Реституция – норма

Проба прекращена вследствие усталости пациента, (боль в ногах)

6 лютого 2007
Сосудиста неврологія і шей

ДУПЛЕКСНЕ СКАНУВАННЯ

екстракраніальних відділів брахіоцефальних судин і транскраніальне
дуплексне сканування

Апарат: LOGIQ 400 PRO series

Пацієнт: Александров С. О. 1968 р. нар.

Дата: 08/01/2007 р.

Комплекс "інтіма-медіа" сонних артерій 97 мм структурно-вазальні

Діаметр хребтових артерій у VI сегменті: лівої 4,0 мм, правої 3,0 мм.

Брахіоцефальний стовбур: з проходженням

Підключичні артерії: в біфуркації обох СА - стінка зр. 0,9 мм

Венозний відтік: ✓

ТК УЗДС

Арегія	справа (Ps, см/с)	ліва (Ps, см/с)	N (см/с)
A. cerebri anterior	90	90	40-90
A. cerebri media	120	125	60-120
A. cerebri posterior	80	80	40-90
A. vertebralis (V 4)	50	60	30-90
A. basillaris		65	30-90
A. supratrochlearis	50/18	50/18	

RI (індекс периферичного опору): 0,58 - гіпертонічний тип спектру

Заключення: Таборова гігієна нормальних

Рекомендації: перевірка кровотоку на висхідній АІВБ

Лікар: І. Р. Казакова

(підпис, прізвище, ім'я, по батькові)

ЛДМУ ім. Лесі Українки, вул. Шевченка, 21/23-25, м. Львів

Г.м. керем'яз А.П.

Поліклініка № 1 ДУС
Лабораторія

Аналіз крові
показники системи згортання

П. І. Б. Александров С. О.
Мед. карта 234 86 Лікар 299

Найменування дослідження	Результат	Норма
Толерантність плазми до гепариту	10	6-13 хв.
Протромбіновий індекс	116	70-130%
MNB	15,85	0,89-1,33
Тромбіновий час	15,85	15-18 сек
Фібриноген	3,3	2-4 г/л
Еталонний тест	негативний	Негативний
Фібринолітична активність		7-8 хвилин
АТЧТ	38 8	32-42 сек
Гематокрит	50	Ч: 40-48% Ж: 36-42%

4 " 07 2007 р. Підпис И

ЛДМУ "Полімед", Ст. КІ №78 від 30.06.05 р.

Какой диагноз можно поставить этому больному?

A

ИБС, стенокардия
напряжения
II ф.к.

B

ИБС, постинфарктный
кардиосклероз

C

ИБС, стенокардия
напряжения
III ф.к.

D

Ни один из
перечисленных

Какой диагноз можно поставить этому больному?

A

Гипертоническая
болезнь, II ст, I ст.

B

Гипертоническая
болезнь, II ст, III ст.

C

Гипертоническая
болезнь, II ст, II ст.

D

Гипертоническая
болезнь, III ст, III ст.

Какой диагноз можно поставить этому больному?

A

**СН I ст. ,
НУНА II ст. сохраненной
систолической функцией.**

B

**СН IIБ ст. ,
НУНА III ст. со сниженной
систолической функцией.**

C

**СН IIА ст. ,
НУНА III ст. со сниженной
систолической функцией**

D

**Ни один из
перечисленных**

Какой диагноз можно поставить этому больному?

A

СД 2 тип, ср. ст. тяжести ,
ст декомпенсации.

B

СД 2 тип, легкая форма,
ст компенсации.

C

СД 1 типа, легкая форма
ст компенсации.

D

Ни один из
перечисленных

Какой диагноз можно поставить этому больному?

A

**ХБП, II стадия,
аномалия
развития почек,
ХПН II ст.**

B

**ХБП, I стадия, аномалия
развития почек, ХПН 0 ст.**

C

**ХБП, III стадия,
аномалия развития
почек,
ХПН II ст.**

D

**Ни один из
перечисленных**

Клинический диагноз:

ИБС, стенокардия напряжения II ф.к., постинфарктный кардиосклероз (Q-ИМ, март 2010, стентирование ПКА 2 стента, ЛКА -1 стент).

ГБ, III степени, III стадии, очень высокого риска (4). ГЛЖ. СН I ст. , NYHA II ст. сохраненной систолической функцией.

СД 2 тип, легкая форма, ст компенсации.

ХБП, II стадия, аномалия развития почек, ХПН II ст.

ЛЕЧЕНИЕ?

Какой план лечения данного больного?

A

**АСК
Бета-блокатор
ИАПФ
Статин**

B

**Антикоагулянт
Бета-блокатор
ИАПФ
Статин**

C

**АСК
Тиенопирдин
Бета-блокатор
ИАПФ
Статин**

D

**Ни один из
перечисленных**

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО ВЫСОКОГО КАДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПОЧЕК И СД 2 типа

Бета-блокатор

Ингибитор АПФ

Статин

Пациент А., 56 л

**Антитромбо
цитарная
терапия**

**КОНТРОЛЬ
СОПУТСТВУЮЩИХ
СОСТОЯНИЙ (СД, А/Б
терапия?)**

**Метаболическая
терапия**

Больной перенес ОКС с подъемом сегмента ST менее 1 года

Стентирование ПКА 2 сиролимус стента и ЛКА -1 сиролимус стент

Больной страдает ГБ III ст., III ст., ГЛЖ

Больной страдает ХЗП, аномалия развития почек, ХПН 1 ст.

Больной страдает сахарным диабетом 2 типа

Guidelines on myocardial revascularization

The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)

STEMI					
Antiplatelet therapy					
	ASA		I	B	55, 94
	Clopidogrel ^f (with 600 mg loading dose as soon as possible)		I	C	—
	Prasugrel ^d		I	B	246, 252
	Ticagrelor ^d		I	B	248, 253
	+ GPIIb-IIIa antagonists (in patients with evidence of high intracoronary thrombus burden)				
		Abciximab	IIa	A	55, 94
		Eptifibatide	IIa	B	259, 260
		Tirofiban	IIIb	B	55, 94
		Upstream GPIIb-IIIa antagonists	III	B	86
Anticoagulation					
	Bivalirudin (monotherapy)		I	B	255
	UFH		I	C	—
	Fondaparinux		III	B	256

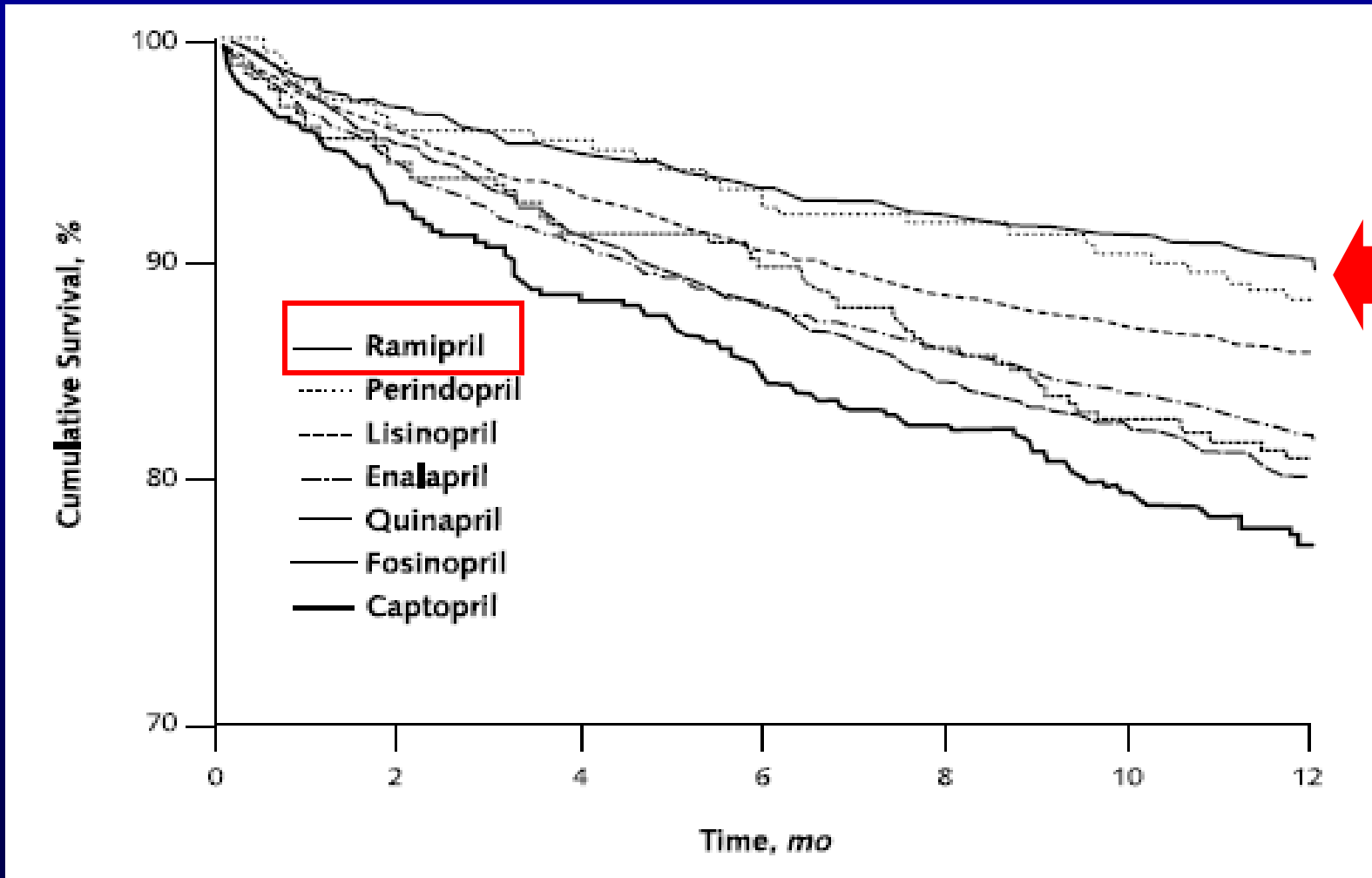
12.3 ST-segment elevation myocardial infarction

(a) Antiplatelet therapy

DAPT consists of ASA 150–300 mg per os or 250 (–500) mg bolus i.v., followed by 75–100 mg daily, and prasugrel

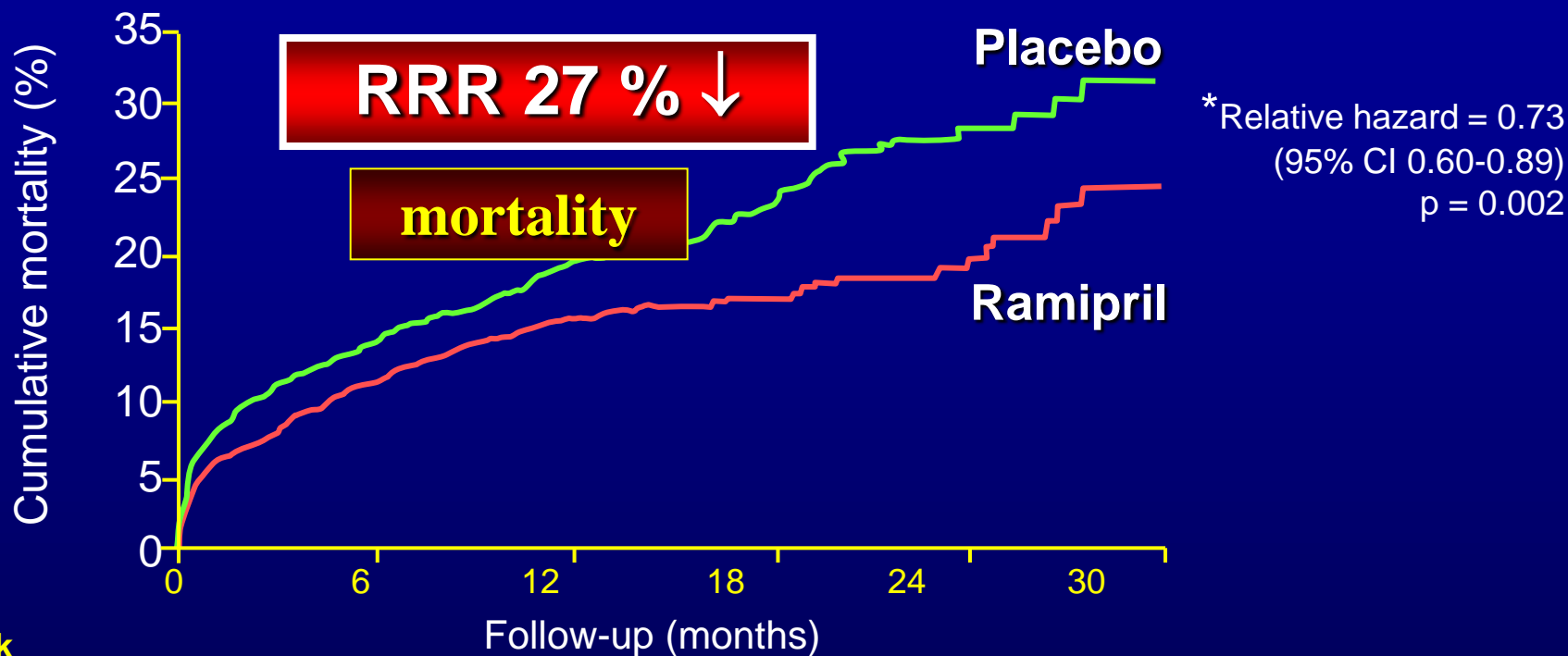
60 mg loading dose, followed by 10 mg daily, or ticagrelor 180 mg loading dose, followed by 90 mg twice daily, depending on drug availability.⁹⁴ Clopidogrel 600 mg loading dose, followed by 75 mg daily, should be used primarily if the more effective ADP receptor blockers are contraindicated or unavailable.

Выживаемость пациентов после ОИМ на фоне применения различных ИАПФ



7512 пациентов

Исследование AIRE – снижение смертности при ОИМ

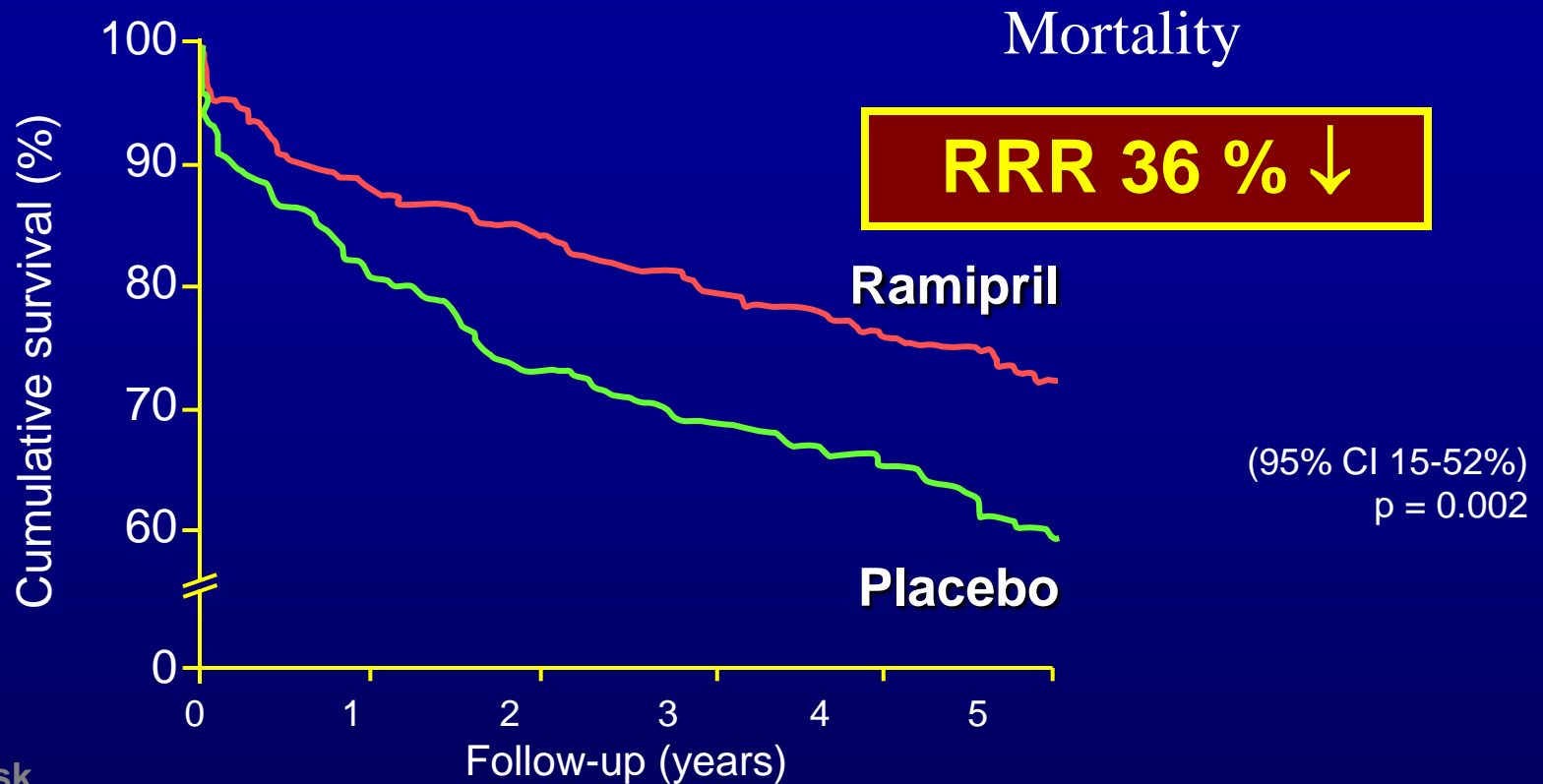


Number at risk

Ramipril	1004	889	592	290	123	45
Placebo	982	845	575	287	98	44

Рамиприл обуславливал высокодостоверное существенное снижение смертности уже после 30 дней приёма

Исследование AIREX - результаты



Number at risk

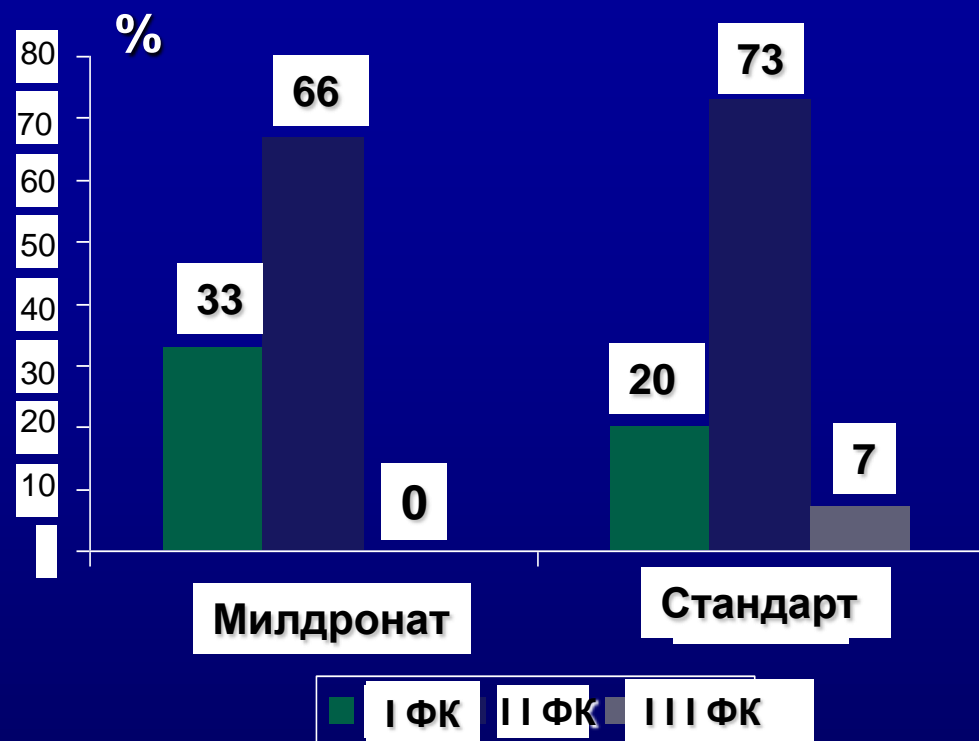
Ramipril	302	263	253	239	202	90
Placebo	301	242	220	206	168	71

снижение смертности на 36%

МИЛДРОНАТ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОИМ



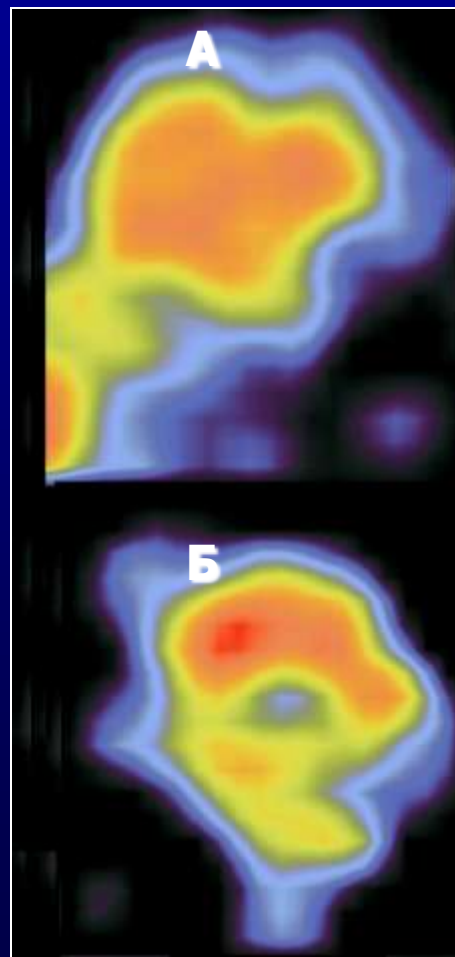
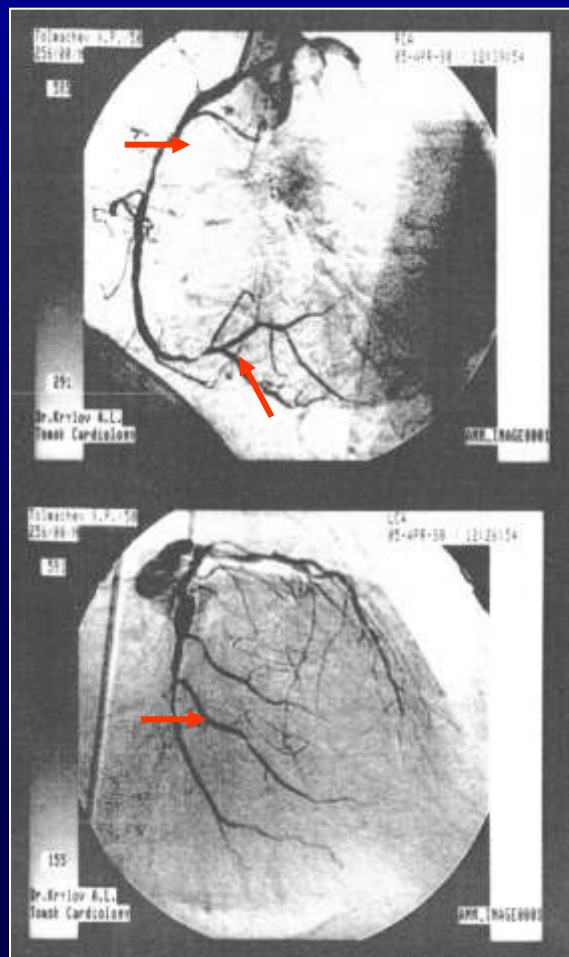
Частота развития ОСН



Частота развития ХСН на 30-е сут

Антиишемическая эффективность милдроната при прогрессировании многососудистого атеросклероза коронарных артерий после АКШ

(по данным ОЭКТ с ^{199}Tl -хлоридом)



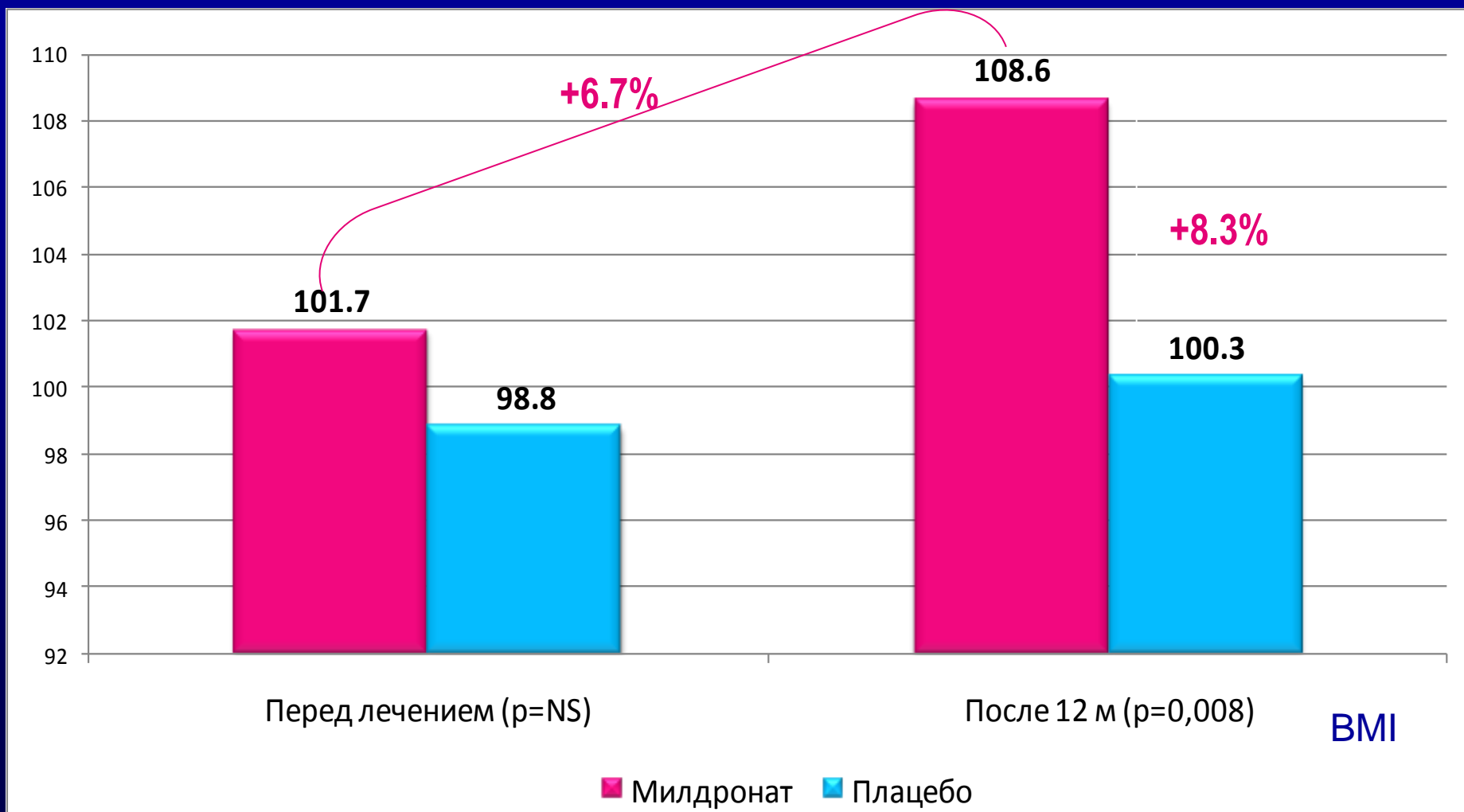
После 3-х недельной курсовой терапии милдронатом улучшилась перфузия как в областях с нарушенным коронарным кровотоком, так и в других отделах миокарда ЛЖ

МИЛСС II

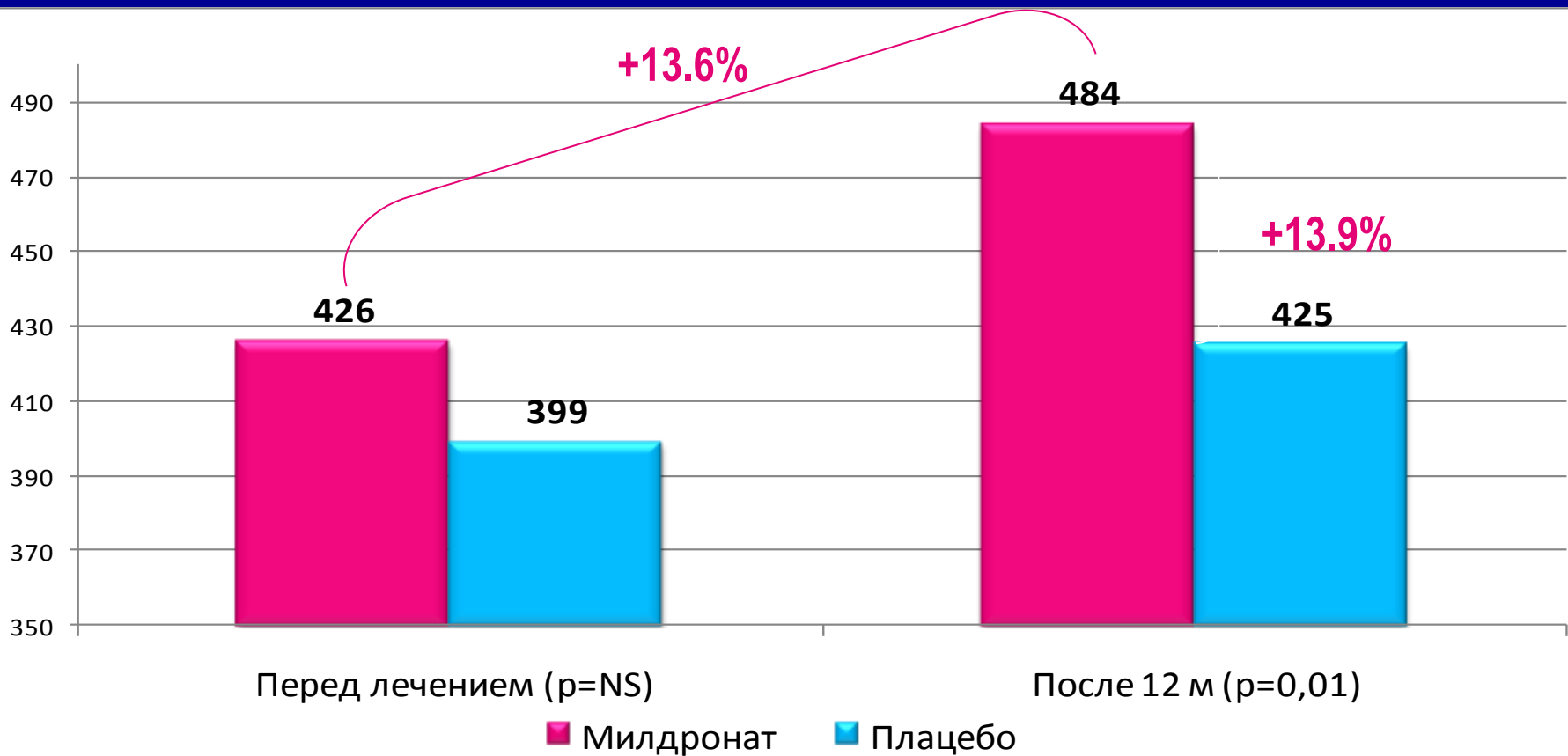
Результаты исследования: Trimetaz/Mildronat

	TRIMPOL II, <i>Szwed et al., 2001</i>	TRIM, <i>Sellier et al., 2003</i>	ТАСТ, <i>Chazov et al., 2005</i>	MILSS study2009
Количество человек	347	223	177	278
Средний возраст	Pbo 54.2± 8.2 TMZ 54.5 ± 8.1	Pbo 58.7± 8.1 TMZ 58.4 ± 8.7	Pbo 55.8± 0.8 TMZ 55.0 ± 0.8	Pbo 62.61± 9.98 MILDR 60.96 ± 8.61
Продолжительность терапии (месяцы)	3	6	3	12
Общая продолжительность упражнений (с)	<u>Время нагрузки РВО относительно TMZ увеличилось на:</u> 39±9 *p<0.05 (среднее)	<u>Время нагрузки РВО относительно TMZ увеличилось на:</u> 44.0±3.1 (медиана)	<u>Время нагрузки РВО относительно TMZ увеличилось на:</u> 65.5±2.1 *p<0.05 (среднее)	<u>Время нагрузки РВО относительно Mildronata увеличилось на:</u> 54.26±2.1 *p<0.001 (среднее)

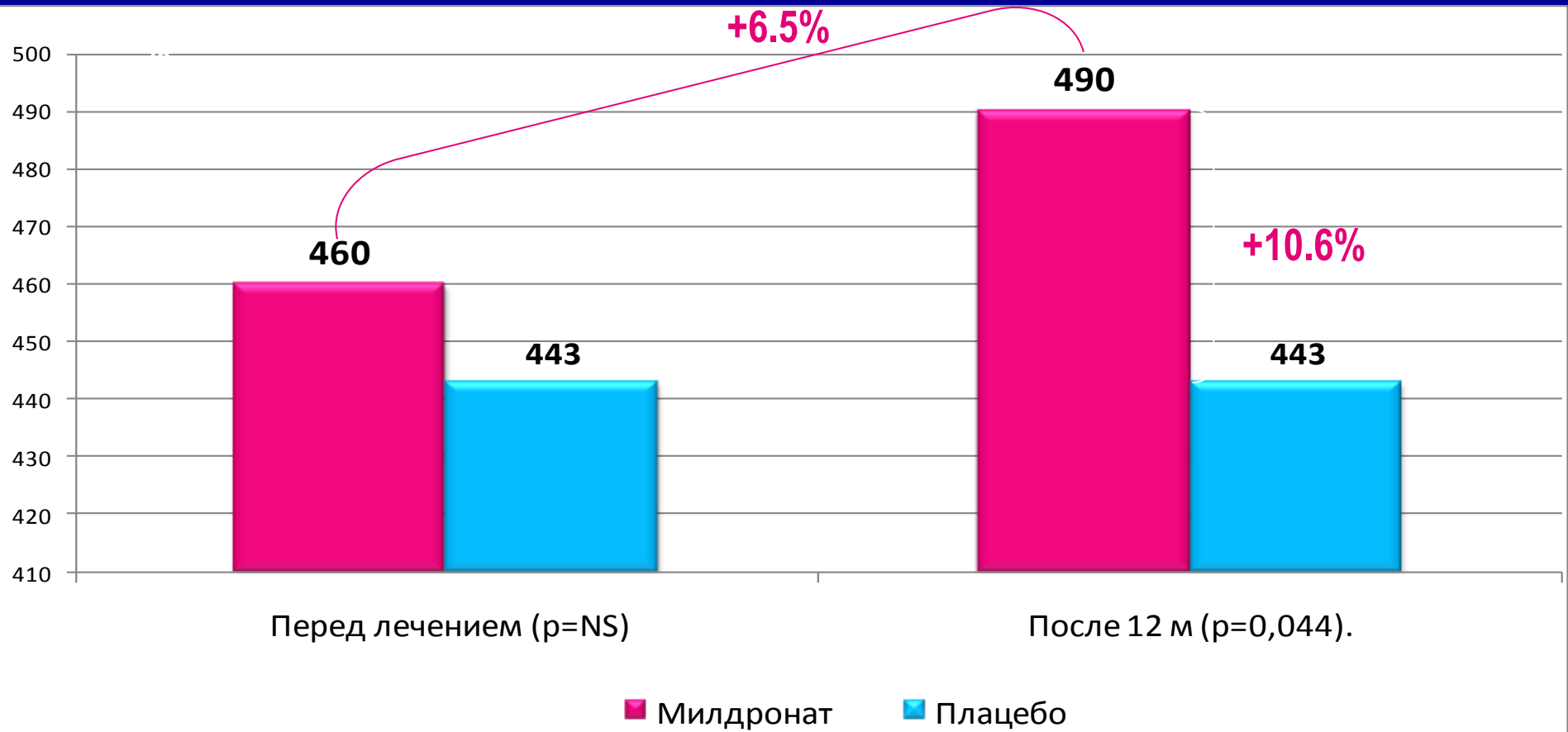
Максимальная достигнутая нагрузка (W)



Время до откл. ST-сегм. на 1 мм и более



Время до приступа стенокардии (сек)



Больной перенес ОКС с подъемом сегмента ST менее 1 года

Стентирование ПКА 2 сиролимус стента и ЛКА -1 сиролимус стент

Больной страдает ГБ III ст., III ст., ГЛЖ

Больной страдает ХЗП, аномалия развития почек, ХПН 1 ст.

Больной страдает сахарным диабетом 2 типа

Рекомендации ACC/AHA/SCAI по чрескожным коронарным вмешательствам 2007

Пероральная антитромбоцитарная терапия

Клопидогрель – 600 мг – однократно
После ТЛТ - 300 мг - однократно

Клопидогрель 1-12 мес – металлический стент
12 мес и более – сиролимус стент
12 мес и более – паклитаксел стент

АСК – 162-325 мг - 1 мес - металлический стент
3 мес – сиролимус стент
6 мес – паклитаксел стент
Затем 75-162 мг неопределенно длительное время
При геморрагиях – 75-162 мг

Исследование APRES: профилактика с-с осложнений у пациентов, подвергшихся реваскуляризации ЛЖ *

С-с смерть / нефатальный ИМ / развитие СН:

Рамиприл vs плацебо

- 58%

(p=0,031)

Кардиоваскулярная смерть:

Рамиприл vs плацебо

- 88%

(p=0,032)

Наблюдение – 33 мес.

Больной перенес ОКС с подъемом сегмента ST менее 1 года

Стентирование ПКА 2 сиролимус стента и ЛКА -1 сиролимус стент

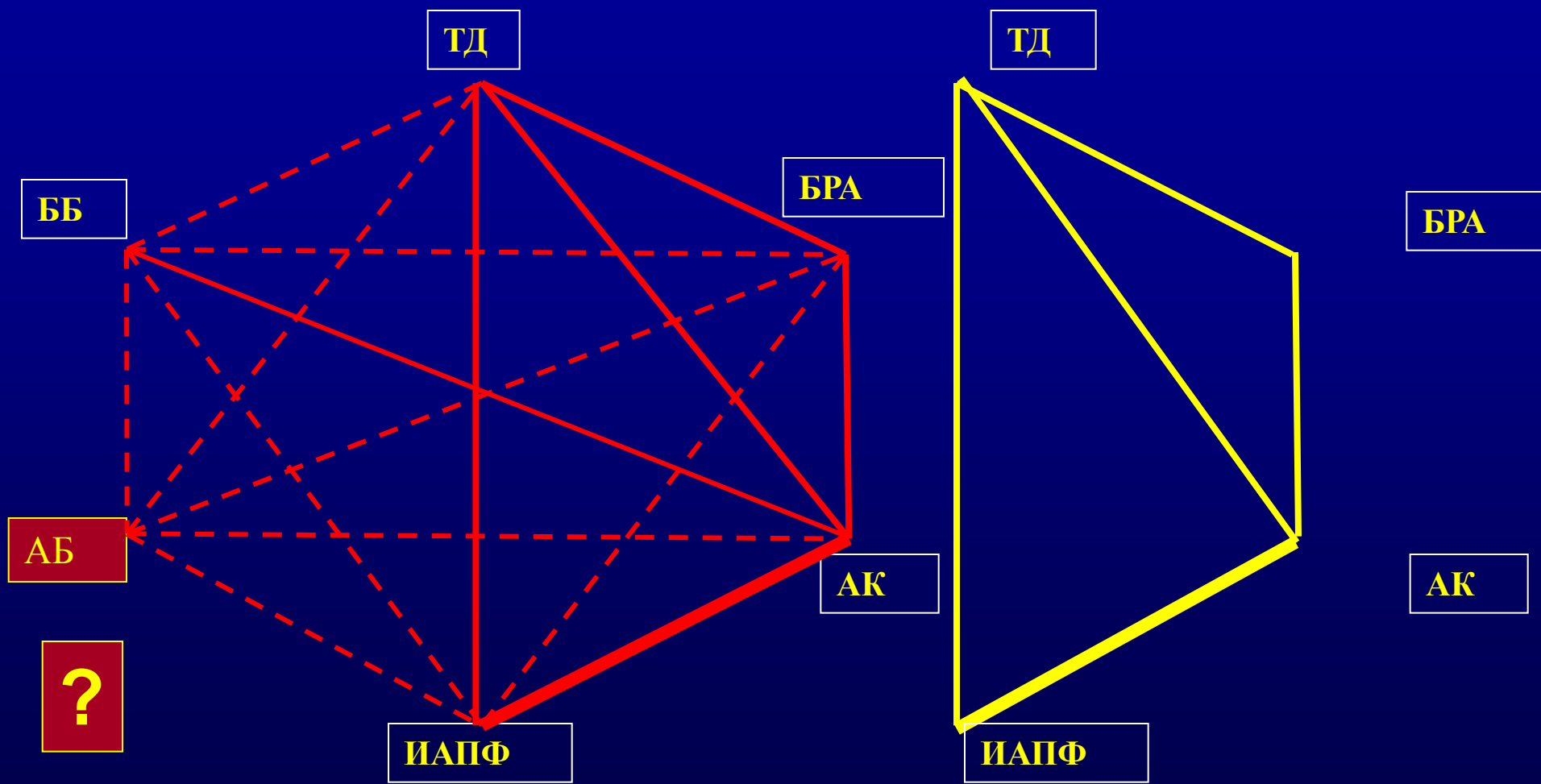
Больной страдает ГБ III ст., III ст., ГЛЖ

Больной страдает ХЗП, аномалия развития почек, ХПН 1 ст.

Больной страдает сахарным диабетом 2 типа

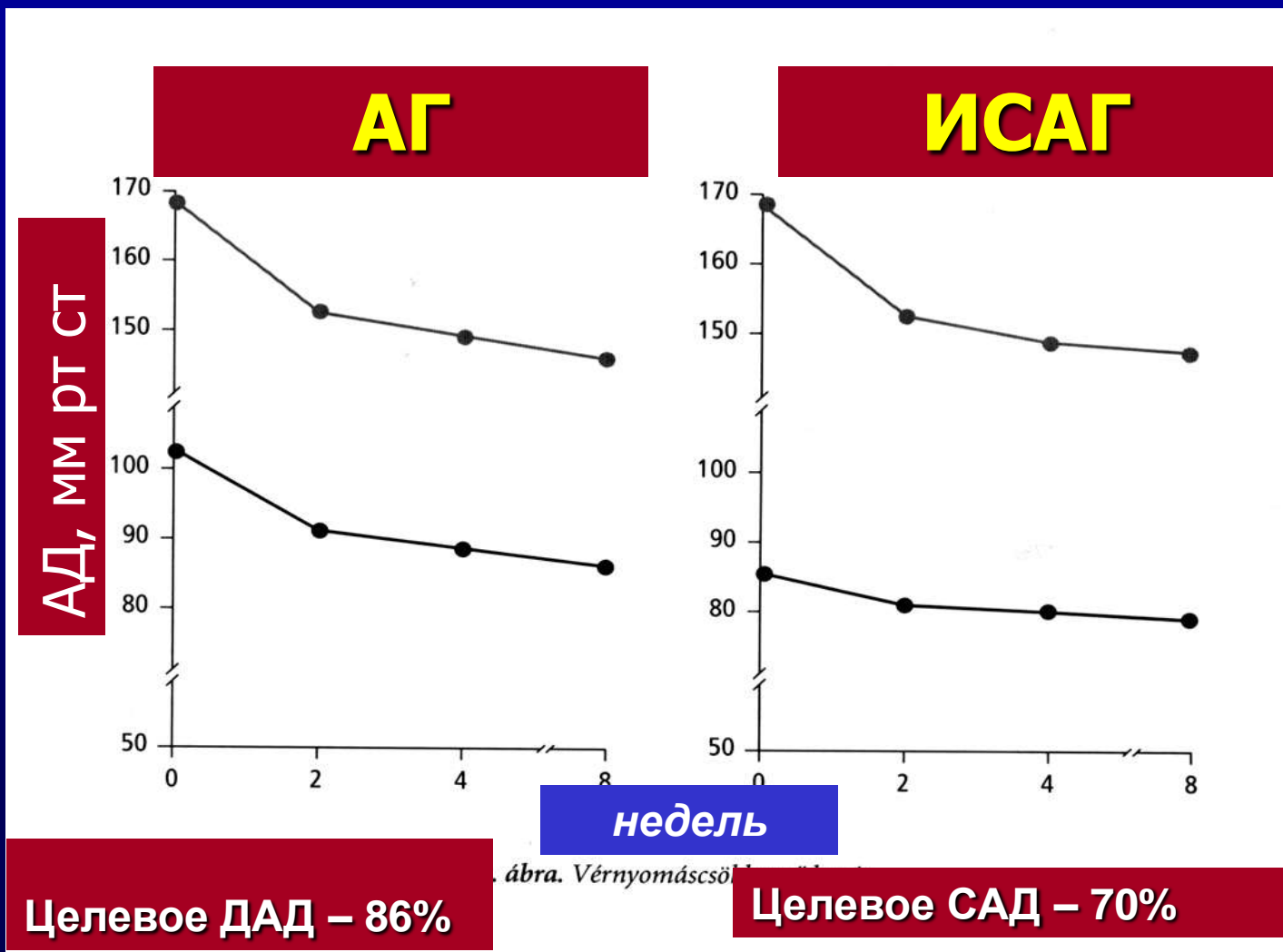
**ESH/ESC Guidelines 2007:
Комбинированная терапия**

**Обновление 2009
ESH/ESC Guidelines 2007:
Комбинированная терапия**





CARE: снижение уровня АД у пациентов с АГ и ИСАГ (n=11 000)



рамиприл до 10 мг / сутки

Исследование HUSAR: регресс гипертрофии ЛЖ у пациентов с АГ (n=115)*



На фоне применения диуретика в качестве базисной терапии

Больной перенес ОКС с подъемом сегмента ST менее 1 года

Стентирование ПКА 2 сиролимус стента и ЛКА -1 сиролимус стент

Больной страдает ГБ III ст., III ст., ГЛЖ

Больной страдает ХЗП, аномалия развития почек, ХПН II ст.

Больной страдает сахарным диабетом 2 типа

ИБС И ХРОНИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ПОЧЕК: АНТИТРОМБОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

(e) Renal dysfunction

The extent of CKD is strongly related to the risk of adverse in-hospital outcomes. As many antithrombotic drugs are metabolized or excreted by the kidneys, an accurate assessment of renal function is required for proper dose adjustment. In general, most antithrombotic agents are contraindicated or need dose reduction in CKD patients (Table 37). In patients referred for acute PCI, the first dose of an antithrombotic drug usually does not add to the risk of bleeding in cases of CKD. Repeated infusion or intake might lead to drug accumulation and increase bleeding risk. Accordingly, patients with CKD should receive the same first-line treatment as any other patient, in the absence of contraindications. Thereafter, dose adaptation is mandatory with respect to kidney function and specific antithrombotic agents may be preferred (Table 37).

Antiplatelet therapy	
ASA	No specific recommendations.
Clopidogrel	No information in patients with renal dysfunction.
Prasugrel	<ul style="list-style-type: none"> • Contraindicated in severe renal dysfunction (GFR <30 mL/min/1.73 m²). • No information about dose reduction in patients with GFR 30–60 mL/min/1.73 m²
Ticagrelor	No dose reduction required in patients with GFR <60 mL/min/1.73 m ²
GP1Ib–IIIa antagonists	
Abciximab	No specific recommendations for the use or dose adjustment in the case of renal failure.
Tirofiban	Dose adaptation required in patients with renal failure: 50% of the dose with GFR of <30 mL/min/1.73 m ² .
Eptifibatide	Precaution in patients with impaired renal function of <50 mL/min/1.73 m ²

AASK

African American Study of Kidney disease and hypertension

(n=1094, СКФ – 20 – 65 мл/мин)

- **Лечение:** рамиприл 2,5 – 10 мг (n=436),
амлодипин 5-10 мг (n=217),
метопролол 50-200 мг
(n=441)

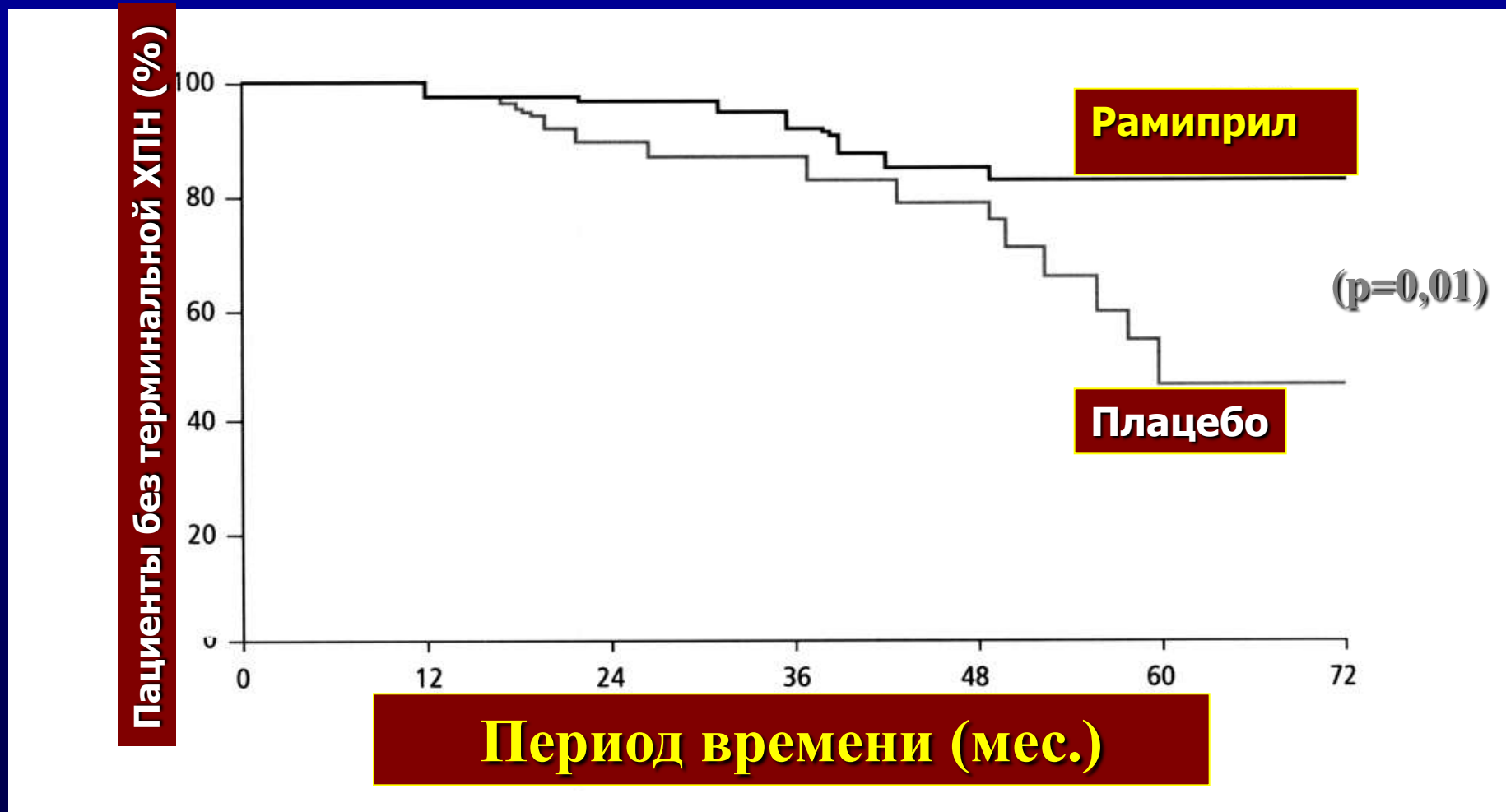
- **Макс период наблюдения:** 6,4 года

AASK: профилактика прогрессирования ХПН у больных с гипертензивной нефропатией

↓ СКФ $\geq 50\%$ (или на 25 мл/мин) / термин ХПН / смерть:



Исследование REIN: снижение риска терминальной ХПН у больных недиабетической нефропатией



-протеинурия 1-2,9 г/сутки

Больной перенес ОКС с подъемом сегмента ST менее 1 года

Стентирование ПКА 2 сиролимус стента и ЛКА -1 сиролимус стент

Больной страдает ГБ III ст., III ст., ГЛЖ

Больной страдает ХЗП, аномалия развития почек, ХПН 1 ст.

Больной страдает сахарным диабетом 2 типа

American Diabetes Association: Aspirin therapy in diabetes (Position Statement).

American Diabetes Association (ADA) рекомендует проводить первичную профилактику АСК больным СД с высоким риском осложнений :

- Семейный анамнез ИБС**
- Курение**
- Артериальная гипертензия**
- Избыточный вес (более 120% от идеального)**
- Микро-, макроальбуминурия**
- Уровень общего холестерина > 200 мг/дл (ЛПНП > 100 мг/дл, ЛПВП < 55 мг/дл у женщин и < 45 мг/дл у мужчин, ТГ > 200 мг/дл)**

АСК: ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА

Source	No. subjects	Age, y	Description of participants	Sex	ASA dosage	Mean follow-up, y	Results	Mortality
BMD	5139	39.3% 60–69 y, 13.9% 70–79	Healthy male physicians	100% male	500 mg/d	6	Total mortality reduction of 10% (nonsignificant)	Nonsignificant mortality reduction
PHS	22,071	45–73	Healthy male physicians	100% male	325 mg every other day	5	44% MI risk reduction overall with increased risk reduction in elderly groups	No mortality reduction
TPT	5085	Mean age, 57.5 (45–69)	Men at high risk for ischemic disease	100% male	75 mg/d	6.4	20% risk reduction of overall cardiovascular events, driven by 32% reduction of nonfatal events, with no significant benefit to elderly groups	No mortality benefit with ASA alone compared with placebo
HOT	18,790	Mean age, 61.5 (60–80)	Men and women with hypertension	53% male 47% female	75 mg/d	4	15% risk reduction of overall cardiovascular events and 36% risk reduction of MI, with no significant benefit to elderly groups	No mortality benefit with ASA alone compared with placebo
PPP	4495	45% 60–69, 24% 70–79	Men and women with ≥1 major cardiovascular risk factor	42% male 58% female	100 mg/d	3.6	Diabetic patients had a nonsignificant reduction of cardiovascular events and deaths; nondiabetic patients had significant risk reduction of total cardiovascular events, MIs, and deaths	Nondiabetic patients with >1 risk factor had statistically significant decrease in mortality (RR, 0.32; CI, 0.14–0.72)
WHS	39,876	Mean age, 54.6; 10.3% >65 y	Apparently healthy female health care professionals	100% female	100 mg every other day	10.1	17% risk reduction of all strokes, with no risk reduction for MIs and death	No mortality reduction

BMD, British Male Doctors trial; HOT, Hypertension Optimal Treatment trial; PHS, Physicians Health Study; PPP, Primary Prevention Project; TPT, Thrombosis Prevention Trial; WHS, Women's Health Study.

SOUTHERN MEDICAL JOURNAL

ПРИМЕНЕНИЕ АСК У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Исследование	Число пациентов	Длительность наблюдения (лет)	Конечная точка	Дозировка (мг)	Аспирин	Плацебо	Снижение риска	p
USPHS	533	5	ИМ	325 ч/день	4.0%	10.1%	0.44	<0.0000
ETDRS	3.711	5	ИМ	650 ч/день	9.1%	12.3%	0.72	0.038
HOT	1.501	3.8	ИМ	75 к/день	2.3*	3.6*	0.64	0.002
			ПКТ		8.9*	10.5*	0.85	0.03
PPP	4495	3.6	ПКТ	100 к/день	6.3	8.2	0.77	нет данных

Steering Committee of the Physicians' Health Study Research Group: Final report on the aspirin component of the ongoing Physicians' Health Study. N Engl J Med 1989;321:129-35.

ETDRS Investigators: Aspirin effects on mortality and morbidity in patients with diabetes mellitus. JAMA 1992;268:1292-300.

Hansson L, Zanchetti A, Carruthers SG et al, for the HOT Study Group: Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension : principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial. Lancet 1998;351:1755-62.

Collaborative Group of the Primary Prevention Project: Low-dose aspirin and vitamin E in people at cardiovascular risk: a randomized trial in general practice. Lancet 2001;357:89-95.

Antithrombotic Trialists' Collaboration (2002)

Эффективность антитромбоцитарной терапии

Категория пациентов

RR (CI 95%)

RRR*

ОИМ

30%

Инсульт

11%

Предшествующий ИМ

25%

Предшествующий Инсульт /ТИА

22%

Другие пациенты высокого риска

26%

Все пациенты

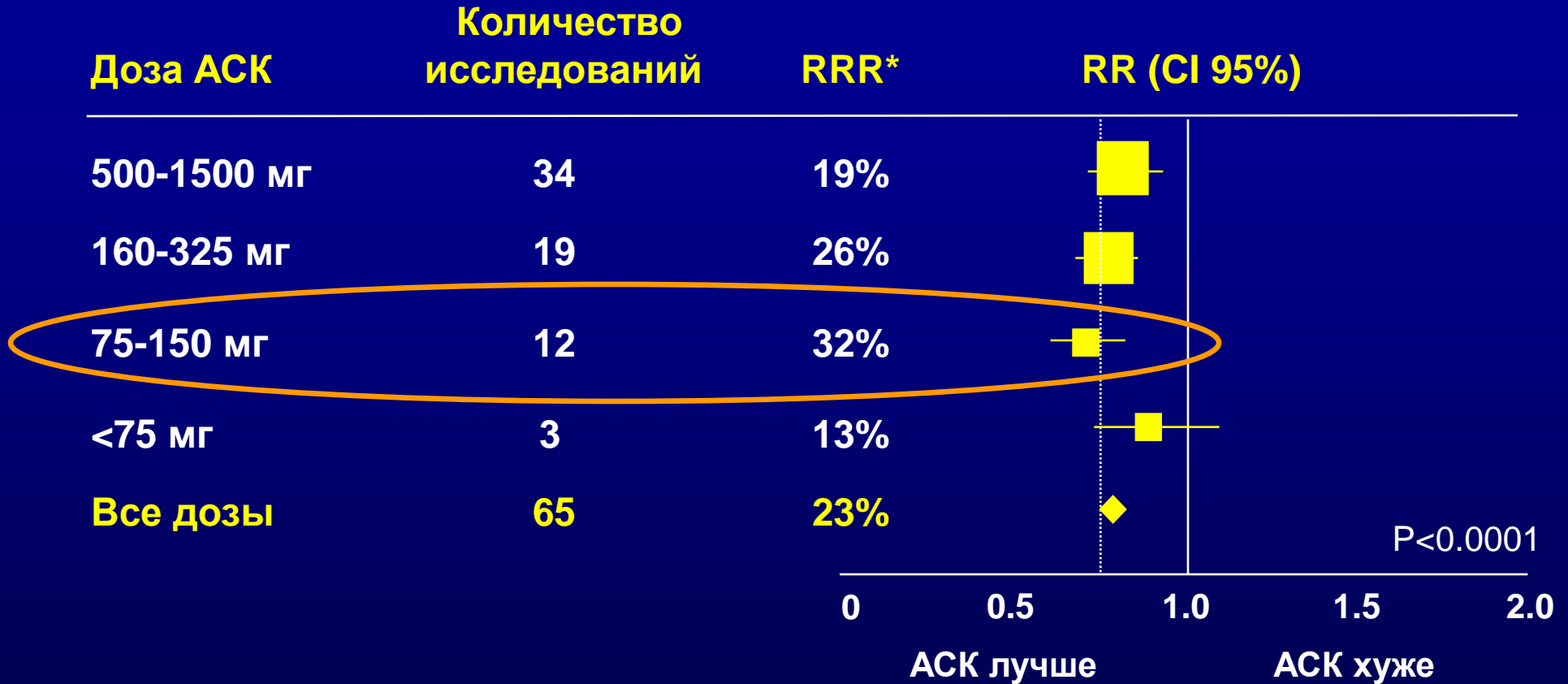
22%



* RRR - Снижение относительного риска ишемических сосудистых событий (ССС, ОИМ, Инсульт)

Antithrombotic Trialists' Collaboration (2002)

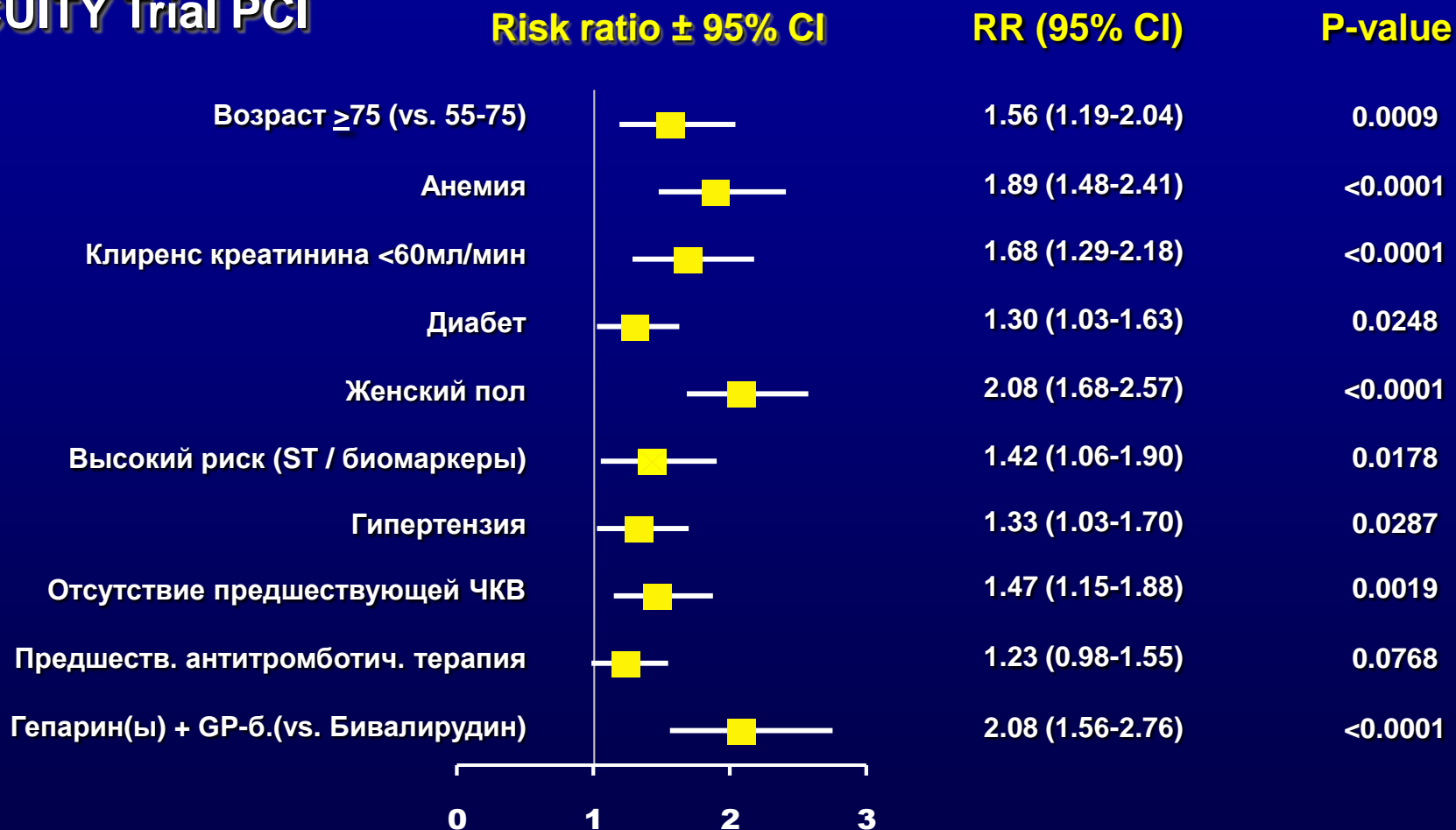
Эффективность различных доз АСК



* RRR - Снижение относительного риска ишемических сосудистых событий (ССС, ОИМ, Инсульт) у пациентов высокого риска

Предикторы больших кровоточений

The ACUTY Trial PCI



Какие предикторы больших кровотечений?

A

- Возраст ≥ 75
- Анемия
- Клиренс креатинина < 60 мл/мин
- Диабет
- Женский пол

B

- Возраст > 75
- Анемия
- Клиренс креатинина > 60 мл/мин
- Диабет
- Женский пол

C

- Возраст ≤ 75
- Анемия
- Клиренс креатинина > 60 мл/мин
- Диабет
- Женский пол

D

- Возраст ≥ 75
- Анемия
- Клиренс креатинина > 60 мл/мин
- Диабет
- Мужской пол



HOPE study

The Heart Outcomes Prevention Evaluation study

- 9 297 мужчин и женщин
- Возраст - 55 лет и старше
- Наличие ИБС, нарушений мозгового кровообращения в анамнезе, заболевание периферических артерий.
- СД в сочетании с любым другим фактором риска
- (АГ, дислипидемией, курением, микроальбуминурией)

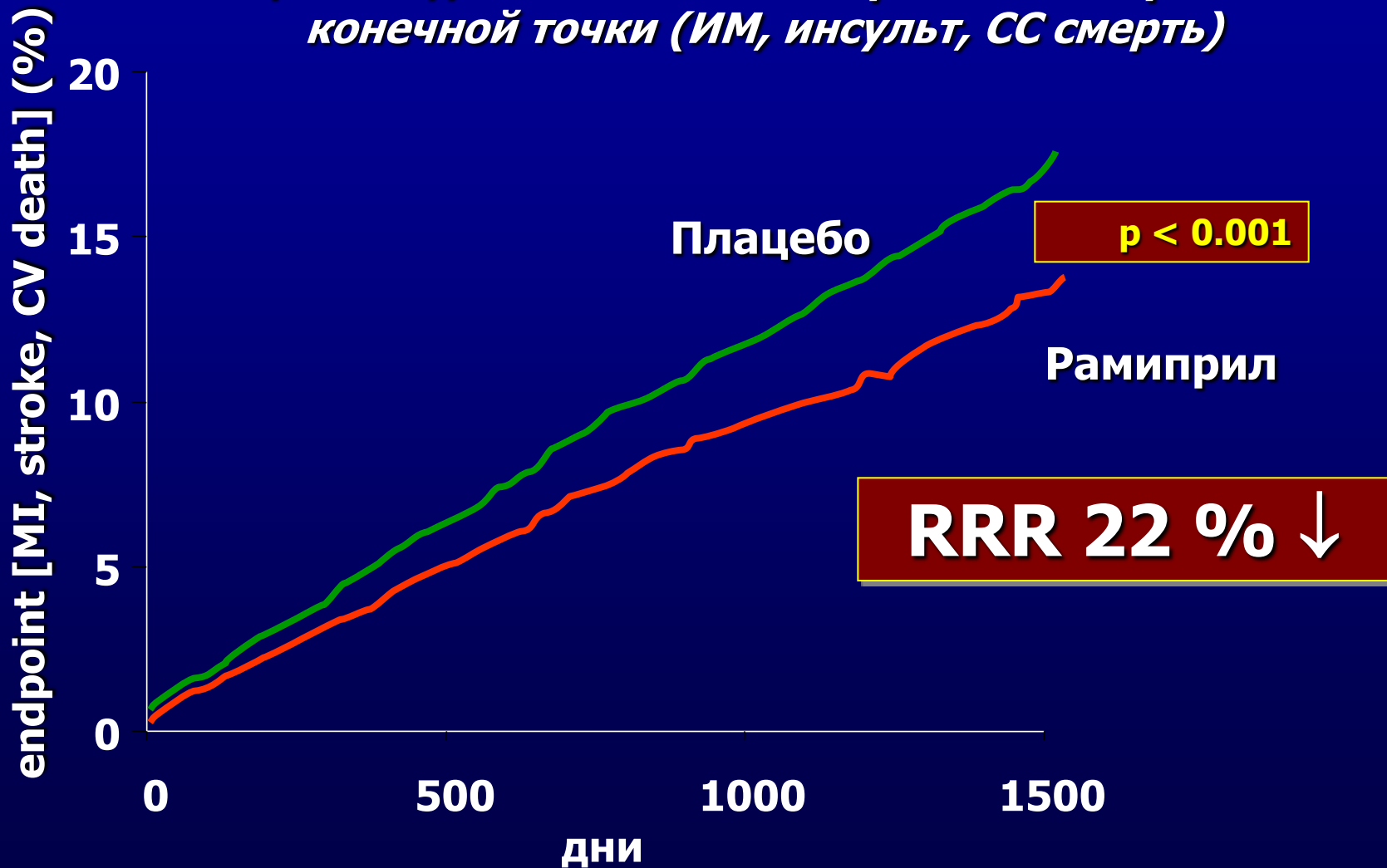
Период наблюдения: 4.5 года

Рамиприл
10 мг/сутки
n = 4645

Плацебо
(n = 4652)

Исследование NORE: Результаты

Пациенты достигшие комбинированной первичной конечной точки (ИМ, инсульт, СС смерть)



MICRO-HOPE

	Рамиприл (n = 1808)	Плацебо (n = 1769)	RRR	p
-ХПН	117 (6.5%)	149 (8.4%)	24%	0.027
-Диализ	10 (0.5%)	8 (0.5%)		0.70
-Ретинопатия	170 (9.4%)	186 (10.5%)	22%	0.24
Комбинированная Конечная точка (ХПН/ диализ/ретинопатия)	273 (15.1%)	312 (17.6%)	16%	0.036

- ⇒ **Снижение случаев ХПН на 24%**
- ⇒ **Снижение микрососудистых осложнений диабета на 16%**

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО ВЫСОКОГО КАДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПОЧЕК И СД 2 типа



Таблетки, покрытые оболочкой, растворимые в кишечнике, являются фармацевтической формой, которая не распадается в желудке, и таким образом снижается риск прямого контакта ацетилсалициловой кислоты со слизистой оболочкой желудка и ее повреждение. Распадание таблетки и высвобождение действующего вещества происходит лишь в среде двенадцатиперстной кишки.



Простая схема назначения – удобство применения

МИЛДРОНАТ®
ампулы 10% 5 мл №10



10 ДНЕЙ

**По 5-10 мл (1-2 амп. в/в,
парабульбарно)**

МИЛДРОНАТ® GX
таблетки 500 мг



1 МЕСЯЦ

**2 таб. (1000 мг) в сутки
однократно утром**

ХАРТИЛ
РАМИПРИЛ

Защищая сосуды,
продлевает жизнь...



**Один раз
в сутки**

- Лучший выбор при АГ и ИБС
- Не только предупреждает, но и уменьшает гипертрофию сосудов
- Препятствует повреждению и гибели клубочков почек

**БЛАГОДАРЮ
ЗА
ВНИМАНИЕ**



ВАТ фармацевтический завод Эгис
Будапешт, Венгрия
Представительство "ЭГИС Юорт" в Украине: 03680, Киев, ул. Машиностроительная, 44
Тел./факс: (044) 247-43-01

