



МАСТЕР-КЛАСС: КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР БОЛЬНОГО С ХСН

ДОЛЖЕНКО
Марина Николаевна
Профессор кафедры кардиологии и
функциональной диагностики
НМАПО им П.Л.Шупика



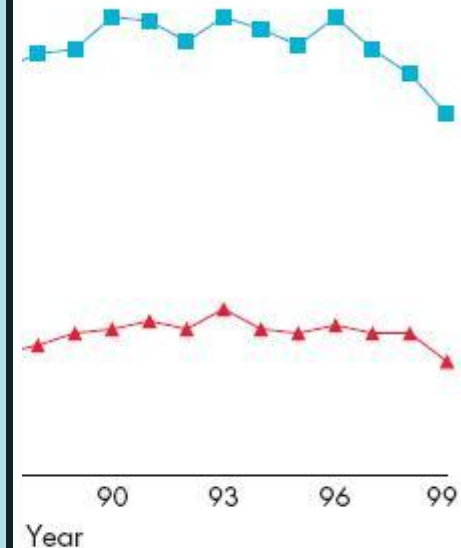
EPIDEMIOLOGY OF HEART FAILURE

Arend Mosterd, Arno W Hoes

Table 5 Causes of heart failure in population based studies

Cause	Framingham heart study ¹⁵		Hillingdon heart failure study ^{w24}	Bromley heart failure study ¹⁶
	Men	Women		
Ischaemic	59	48	36	52
Non-ischaemic:				
Hypertension	70	78	14	4
Valvular heart disease	22	31	7	10
Atrial fibrillation			5	3
Alcohol				4
Other	7	7	4	5
Unknown			34	23

Because of rounding, the percentages do not always add up to 100.
Framingham heart study: ischaemic heart disease and hypertension could
be co-named as causing heart failure.



: in Dutch hospitals, 1980–

EPIDEMIOLOGY OF HEART FAILURE

Arend Mosterd, Arno W Hoes

Table 6 Risk factors

Risk factor
Hypertension
MI
Angina pectoris
Diabetes mellitus
LVH
Valvular disease
Atrial fibrillation
COPD

CI, confidence interval; CC
RR, relative risk.

Table 9 Independent predictors (and their corresponding score) of 18 month mortality in patients admitted to hospital because of heart failure^{w58}

Predictor	Score	Point score	18 month mortality
Age (per year)	0.06		
Male sex	4	<-15	12%
Diabetes	9	≥-15 and <-5	10%
Renal dysfunction	17	≥-5 and <-1	8%
Ankle oedema	10	≥-1 and <7	46%
Weight (per kg)	-0.4	≥7 and <11	52%
Low blood pressure*	7	≥11	78%
No use of β-blockers	13		

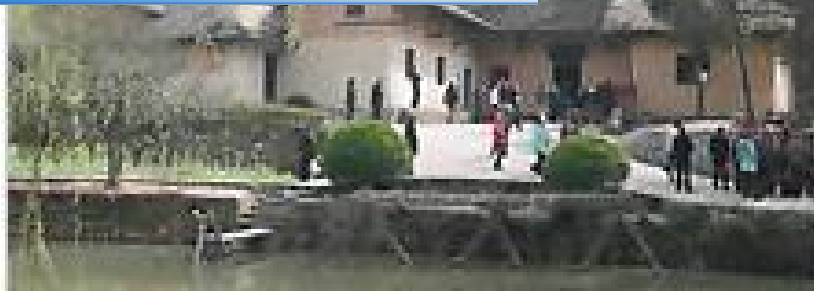
*Systolic pressure <110 mm Hg or diastolic pressure <70 mm Hg.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТА Д.





*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

***Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features***

f φ ∫ ?

၂ နှစ်ကျော်ကြာခဲ့ပါပြီ။ ၎င်းတို့နှစ်ဦးသည် နေထိုင်ရာ နယ်လွှာအားလုံးတွင် ဖွံ့ဖြိုးတိုးတက်မှု
 «ပျော်ရွှင်မှု» ကျင့်လင့်၍ တစ်ဆင့်တိုးတက်မှုများကို ပြုလုပ်ခဲ့ပါသည်။ ၁၉၉၄ - ဖေဖော်ဝါရီ



а, кашель с выделением мокроты , бессоница,
дессертация, боль за грудиной при физ.нагрузке и ночью, отеки
н/конечностей, бессоница, головная боль, головокружение.

физ.нагрузка: с детства страдал выраженным
нервно-психическим расстройством, депрессией, прием
антидепрессантов эффекта не давал, повышение дозы снотворных
вызвало зависимость (с 30-х годов), аминитал натрия – 1949 год.
Повышение АД в последние 10 лет. Max 160/100 мм рт ст
ХОЗЛ, хр.пневмония. От препаратов наперстянки и антибиотиков
отказался. Отек Квинке, спазм гортани на прием а/б.
1974 – амитрофически боковой склероз, сифилис?, параплегия,
затруднение глотания, страдал заболеванием почек в течение 10
лет.

Анамнез жизни: Курение, острая пища, сексуальные излишества,
Употребление, стимуляторов нервной деятельности. Из перенесенных
заболеваний отмечает неоднократно пневмонию, катаракта обоих глаз.



Объективно: Состояние тяжелое. Сознание ясное. Одышка в покое. Положение ортопное. Л/узлы не увеличены.

Сог: деятельность ритмичная, тоны приглушены. ЧСС=92 уд/мин, АД=160/90 мм рт ст.

Рулм: дыхание ослабленное, мелкопузырчатые хрипы в н/отделах легких с обеих сторон т. ЧДД=26 в мин.

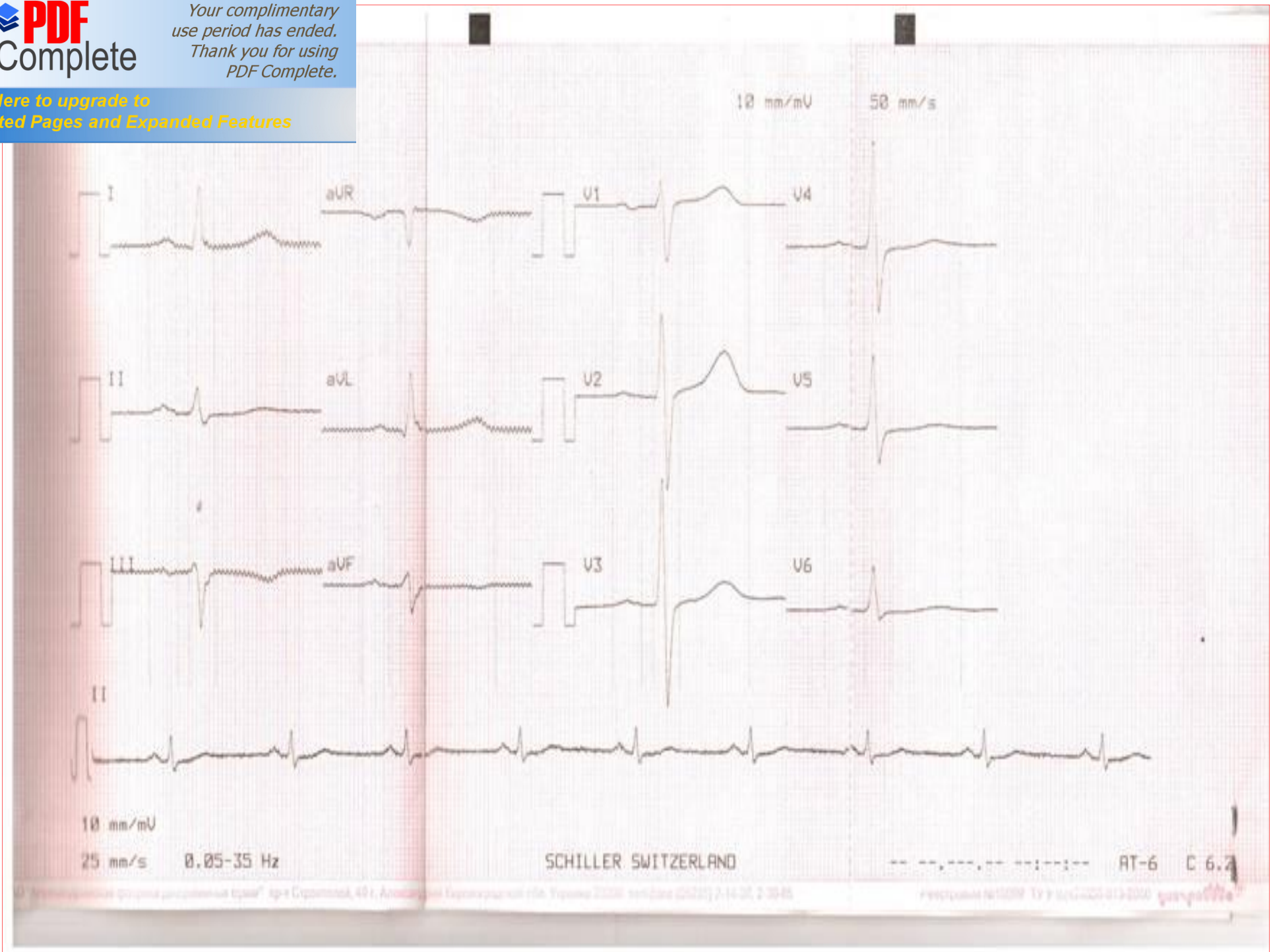
Отечность передней брюшной стенки. Печень на 4 см выступает из-под края реберной дуги. Плотная. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание затруднено. В ночное время до 4 раз за сутки. Отеки голеней.



PDF
Complete

Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)





PDF
Complete

Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



Ематологічний аналіз крові № 546.

П.І.б.б. пацієнта.

А/К Лікар:

ЛЕЙКОГРАМА (%):

Еоз. - 2, П/яд. - 3, С/яд. - 56, Лімф. - 35, Моноц. - 4, Баз. - 0

Найменування	Знач.	Од. вимірюв.	Норми
ЛЕЙКОЦ	12.0 h	$10^9/L$	4 - 9
ЛІМФ %	19.4	%	19 - 37
ЛІМФ #	2.3	$10^9/L$	1.2 - 3.0
МОН %	5.4	%	3 - 11
МОН #	.6	$10^9/L$	0.1 - 0.6
ГРАН %	75.2 h	%	48.5 - 78.0
ГРАН #	9.1 h	$10^9/L$	2.1 - 6.6

Флаги WBC:

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

Найменування	Знач.	Од. вимірюв.	Норми
ТРОМБ	241	$10^9/L$	150 - 400
Сер.Об'єм Тр.	8.4		7.4 - 10.4
Тромбоцит	.202		0.4
Анізоцитоз Тр.	16.8	%	< 20

Флаги PLT:

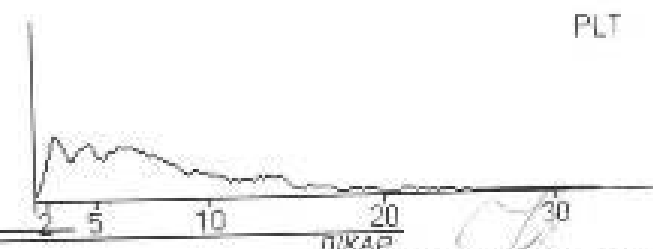
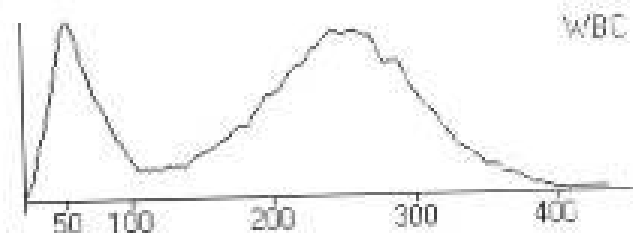
ДЗ "Поліклініка № 1" ДУС 264-71-06

ШОЕ 14 мм/год.

ДАТА 04.07.2007. ЧАС 12:14:00.

Стать:

ЗАКЛЮЧЕННЯ:



Handwritten signature



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

***Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features***

June 2008

		Код форми за ЗНУД _____ Код наказу за МКГО _____
Міністерство охорони здоров'я України		АНДРИЙ НА ДАКУМЕНТАЦІЯХ ФОРМА № 2-1-1-8-1-1 Запроваджена наказом МЗП України № 460 від 21.09.1997 № _____
Найменування закладу		
Лабораторія		

АНАЛІЗ СЕЧІ ЗА ЗІМНИЦЬКИМ №
5/II 20 082
(дата життя біометеріалу)

Прізвище, І. П. Склярчук Вік 30

Захлад Водділення

Медицина карта № _____

Кількість прийнятої рідини _____ (л)

Номер пориці	Година	Питома вага	Кількість ссч (а)
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: 7.4 0.50 (л)

№ _____ 20 _____
(ДАТА ВИДАЧІ ЗАКЛЮЧУ)

Приложение, 1, 11.

(4.1869C)

Украинский научно-исследовательский институт
кардиологии им. акад. Н. Д. СТРАЖЕСКО

8089

4.1000

XI

...1997.....

Анализ мочи

Большой

Из отдела

По предложению врача

Цвет	Прозрачность
------	--------------

Реакция

Количество 10000 3 деловых лет

Химическое исследование

Белок

Сахар

Ацетон

Ацето-уксусная кислота

Желчные пигменты

..... 279 279

Исходный

Илликан

ПРОВЕРКА

[Handwritten signature]

Зав. лабораторией

РАПО. «Укрвузполиграф». Зак. № 7024, т. 10000, 1991.

4 жовтня 2007

ДЗ «Поліклініка № 1» ДУС

Лабораторія

БІОХІМІЧНИЙ АНАЛІЗ КРОВІ № 37

Прізвище, І., Б. Алещенко І.О. Рік народження 50 Стать: Ч/Ж
Медична карта № 23486 Лікар 2942 Діагноз

АНАЛІТ	Результат	Норма
Заг. білок	7.9	65-85 г/л
Сечова к-та	1.1	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.
Серомукогін	250	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	15.8	
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	3.6-6.2 мМ/л
Тригліцериди	2.7	0.55-1.7 мМ/л
ХС-ЛПНЦ	4.0	1.0-1.56 мМ/л
ХС-ЛПНЦ	4.0	3.4-4.1 мМ/л
Лид. атероген	5.3	До 3.5

Дата

4. VII 07

Виконав

[Signature]

«Гресь Україна» 3.06/02/11

СКФ = 38 мл/мин

11 лютого 2008

КДЛ КМКЛ ШМД

Дата 11.02.08 Відділення сорт
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 фосфатаза 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]

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 /Д.С./ _____
Передняя камера: мелкая, глубокая, неравномерная /Д.С./ влажа

Радужка: норма /Д.С./ _____ зрачок: норма /Д.С./ _____
Хрусталик: прозрачен /Д.С./, мутный частично, спилы, полностью /Д.С./ _____

Глазное дно ОИ: ди зр. нерв. прозрачно
Границы гиперемия цвет блуждающая
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 микроаневризм. Самосос II, III.

Очаговые изменения: кровоизлияния единичные, мелкие, множественные, различной величины /Д.С./ в центральных отделах, на периферии.

Ишемические очаги, фигура звезды, дегенеративные, хориоретинальные очаги:

ВГД ОД _____ ОС _____ ЭК ОД _____ ОС _____

Диагноз: Нарушения микроциркуляции
периферии сетчатки
ангиопатия сахарного диабета

Назначение: селективный
Нилас

Январь 1998
СТА Алещенко

Октябрьская больница

7 апреля 2000

Почки

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

Динамическая сцинтиграфия почек с пентатех Тс-99м

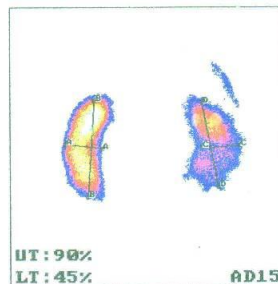
10:47:01 07-04-00

Пациент: АЛЕЩЕНКО И.О. (403)

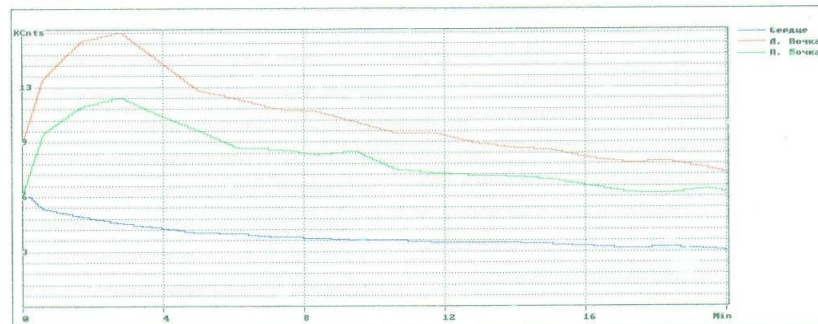
Возраст: 42 года

Изотоп: Тс99м (40мк)

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



Показатель	Общие	П. Поч	Л. Поч	Ед.	Норма
Т 1/2 крови	37			мин	35-40
КФ	103			мл/м	80-120
КФ /ст. пов.	83			мл/м	
ДКФ	113			мл/м	
ФРП	91			%	
КФ разд.		59	44	мл/м	45-55
Т макс		3	3	мин	до 5
Макс. сч.		15796	11996	им/м	
Т 1/2		19	Нет	мин	до 20
Ост. РФП		49	54	%	
Ассим.	132			%	

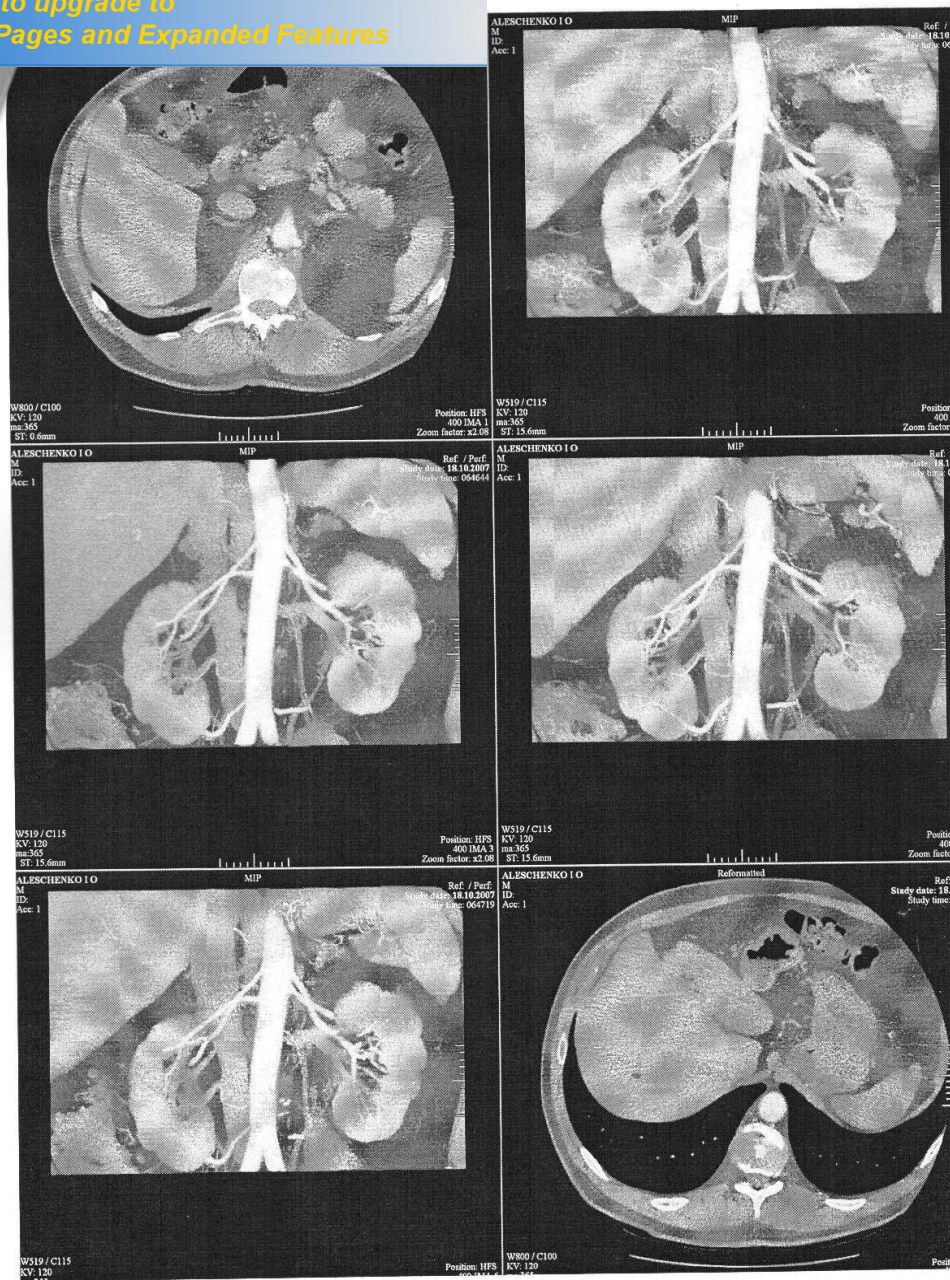
На сцинтифото представлен объем функционирующей паренхимы обеих почек.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: снижение секреторно-экскреторной функции правой почки. Объем клубочковой фильтрации правой почки снижен на 25% относительно левой почки и должной величины КФ.

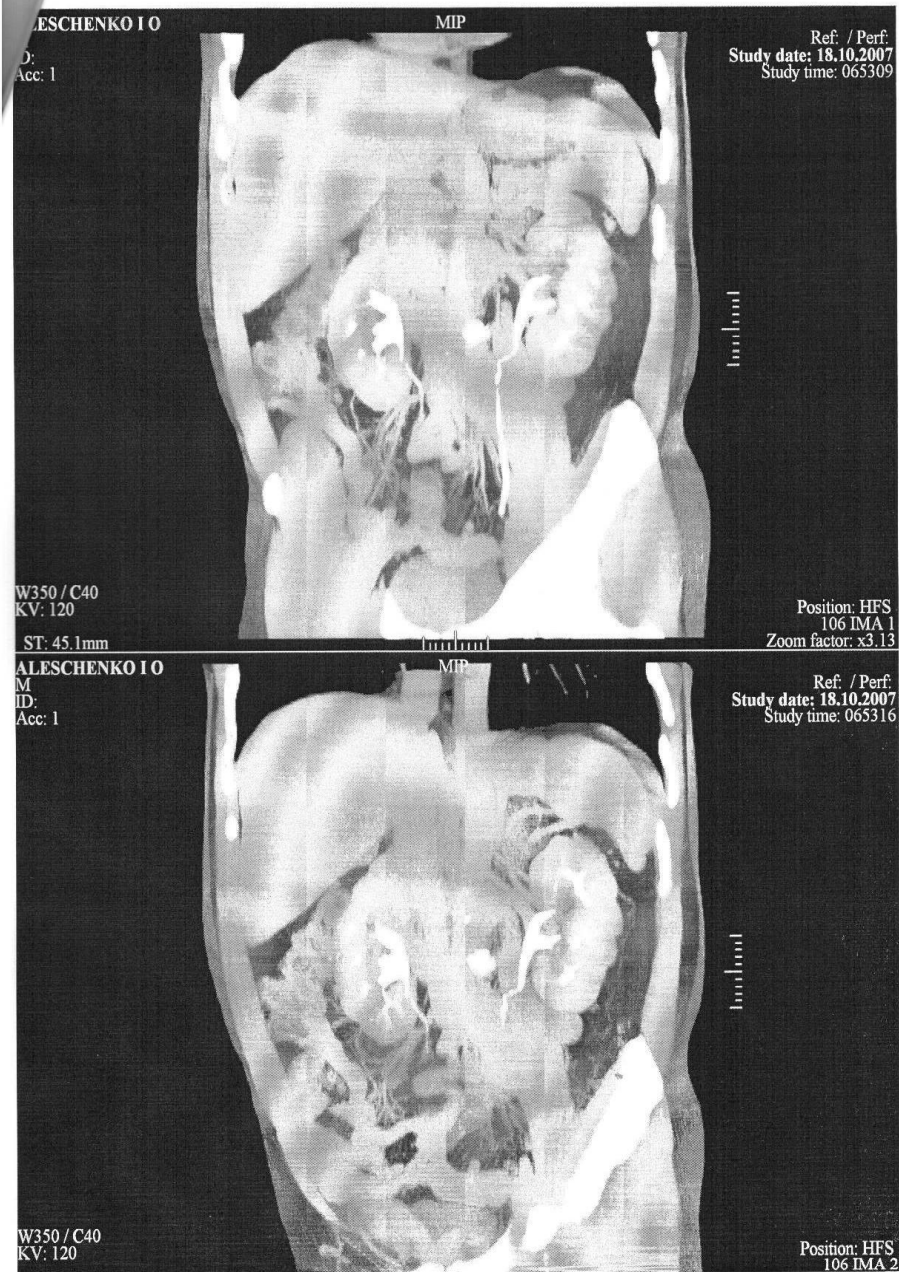
<<Verta!>>

Сергей

10.2007



SCHENKO I.O. , : CT from 18.10.2007



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

Інститут томографії Регіонального лікувально-діагностичного центру

80 Київ-80, вул. Народного Ополчення, 5.

тел.(38-044) 249-70-14

спіральної комп'ютерної томографії аорти, черевної порожнини

18 October 2007

ПІБ:	Апещенко 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		
Історія хвороби:		Контраст:	ОМНИПАК		
Діагноз:	ОБСТЕЖ.	Концентрація, мг/мл:	350		
		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 артерий почек. Неполное удвоение лоханочно -мочеточникового сегмента обеих почек.

Двухсторонняя поясничная дистопия почек.

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

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

Лікар:

О.А. Шараєвський.

17 вересня 2007
огії ім. М.Д. Стражеска АМН України
ціональної діагностики КМАПО-ім. П.Л. Шупика

ЕКОКАРДІОГРАФІЯ

Ім'я: Горько Олександр, 49 р.

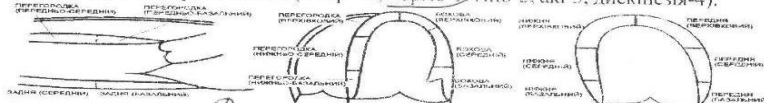
Параметр	Значення	Межі норми	Показник	Значення	Межі норми
Стінка ЛПШ (см)	0.7	<0.5	КДР ЛПШ (см)	4.75	3.5-5.7
LVOI/Висх. аорта (см)	2.3/3.9	2.0-3.8	КСР ЛПШ (см)	2.95	2.3-3.8
ЛП (см)	4.9	2.0-4.0	КДО ЛПШ (мл)	105	51-160
ПП (см)		2.0-4.0	КСО ЛПШ (мл)	33	14-70
ПШ (см)	3.9	0.9-3.0	УО (мл)	72	
МПП (см)	1.7	0.6-1.2	МК:		
Стінка ЛПШ (см)	1.7	0.6-1.1	Е/А	0.87	
ФВ ЛШ (%)	68%	>55%	Е/Em	0.19 < 1	
			DecTime (Е, мс)	240	
			IVRT (мс)	120	RR:
			Vp (см/с), E/ Vp	2	
Клапан	Структура		Функція		
Мітральний	н		н		
Аортальний	н		н		
Трикуспідальний	н		н		
Легеневої артерії	н		н		

Легенева гіпертензія: немає, помірна, виражена, важка. Сист. тиск у ЛА= 15 mmHg.

Перикард: н

Діастолічна дисфункція ЛШ: немає, порушення релаксації (Е < А), вікові зміни, псевдонормалізація, рестриктивне наповнення, визначити неможливо.

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



ЗАКЛЮЧЕННЯ: Виражена концентрична гіпертрофія ЛШ. Ехо-признаки гіпертензивного серця. Сократимість задовільна.

Дата: 12.09.2007

Лікар: [Signature]

Заключение:

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

**Сократимость
удовлетворительная**

ИММЛЖ=208 г/м2

6 лютого 2007

Сосуди головного мозку

Л
Е ВІДДІЛЕННЯ

СКАНУВАННЯ

фальних судин і транскраніальне
дуплексне сканування

Апарат: LOGIQ 400 PRO series

Пациєнт: Алексенко Т.О. 1957 р. нар.

Дата: 6 / 11 / 2007 р.

Комплексу "інтіма-медіа" сонних артерій 97 мм структура

важкий

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

Брахіоцефальний стовбур: з проходженням

Підключичні артерії:

В біфуркації обидв. СА -
стінка 3,0-3,9 мм

Венозний відтік:

ТК УЗДС

Артерія	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	70	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 - змертвілий

тип спектрального

Заключення: Таборова, інтенсивно перемішана

Рекомендації: перевірка кровотоку на

висівки Ангіографія

Лікар:

Назаківа І.Р.

(підпис, прізвище, ім'я, по батькові)

ПОЛІМ, м. Кіровоград, (0522) 22-30-20, e-mail: polim@ukrpost.net #254901

Т-мо, керекунз АТ.

Поліклініка №1 ДУС
Лабораторія

Аналіз крові показники системи згортання

П. І. Б. Алексенко Т.О.
Мед. карта 234 86 Лікар 299

Найменування дослідження	Результат	Норма
Толерантність плазми до гепариту	10	6-13 хв.
Протромбіновий індекс	116	70-130%
MNV	15,25	0,89-1,33
Тромбіновий час	15,25	15-18 сек
Фібриноген	3,3	2-4 г/л
Еталонний тест	негативний	Негативний
Фібринолітична активність	38 8	7-8 хвилин
АТЧТ	38 8	32-42 сек
Гематокрит	50	Ч: 40-48% Ж: 36-42%

4 " 07 2007 р. Підпис А

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



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

ДИАГНОЗ МОЖНО ПОСТАВИТЬ ПРЕДСЕДАТЕЛЮ МАО?

**ИБС., стенокардия напряжения и покоя III-IV ф.к.,
кардиосклероз постинфарктный (1974г.) (МСКТ стеноз ПКА 90%).**

ХОЗЛ , Хр. обструктивный бронхит в ст. нестойкой ремиссии, ЛГ0, ДН1.

ХЗП III., Хр. пиелонефрит в ст. нестойкой ремиссии, гипертензивный синдром

**Врожденная аномалия почек: неполное удвоение
лоханочно-мочеточникового отдела, дополнительные артерии почек**

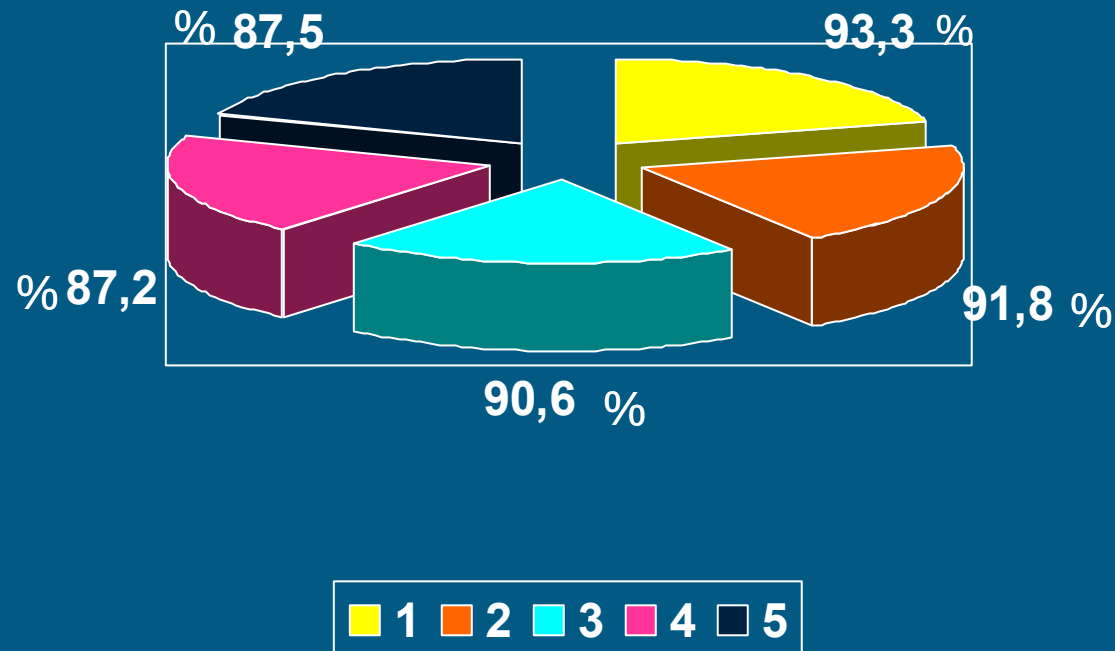
.Астено-невротический синдром, наркомания.

Амитрофический боковой склероз правосторонний

**СН III, КАРДИАЛЬНЫЙ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ, НУНА III-IV Ф.К. с сохраненной систолической функцией
Кардиоренальный синдром?**

Prognosis and survival of the five stages of kidney disease in a systolic heart failure population

Kathy Hebert^{1*}, Andre Dias¹, Maria Carolina Delgado^{1,2}, Emiliana Franco¹,
Leonardo Tamariz¹, Dylan Steen¹, Patrick Trahan³, Brittney Major⁴,
and Lee M. Arcement³



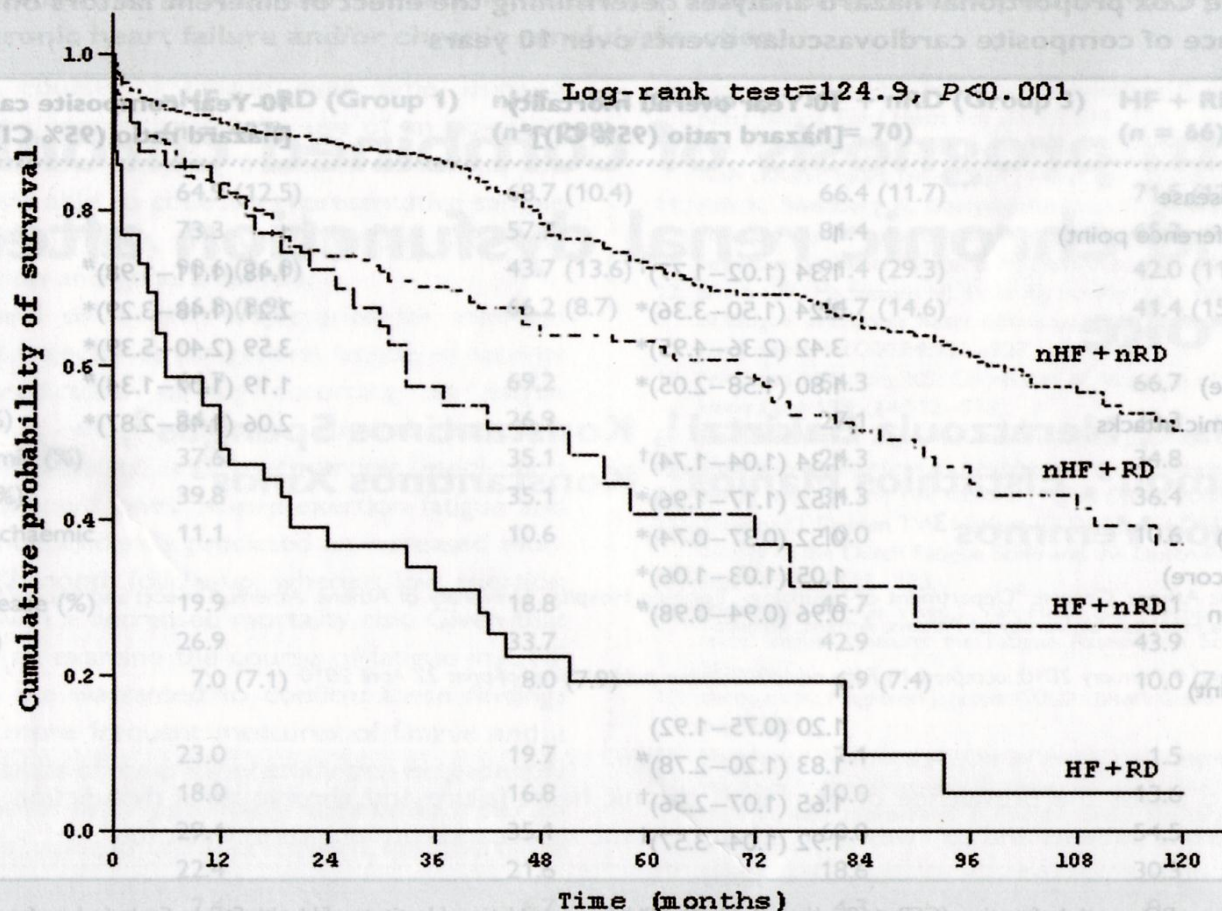
**1301 ПАЦИЕНТ БЫЛИ РАЗДЕЛЕНЫ НА 5 СТАДИЙ ХЗП с ФВ < 40%.
Пациенты с ХЗП имели хуже выживаемость методом Каплан-Мейера**

prognosis of combined chronic heart chronic renal dysfunction after

acute stroke

George Tsagalis^{1*}, Neratzoula Bakirtzi¹, Konstantinos Spengos²,

ИНСУЛЬТ



ИНФАРКТ

Figure 1 Kaplan–Meier estimates of cumulative survival in patients with acute stroke over a period of 10 years according to the presence of combined chronic heart failure and chronic renal dysfunction.

ure severity, as determined by loop osages, predicts the risk of developing diabetes after myocardial infarction: a nationwide cohort study

Charlotte Andersson^{1*}, Mette L. Norgaard¹, Peter R. Hansen¹, Emil L. Fosbøl¹,
Michelle Schmiegelow¹, Peter Weeke¹, Jonas B. Olesen¹, Jakob Raunsø¹,
Casper H. Jørgensen¹, Allan Vaag², Lars Køber³, Christian Torp-Pedersen¹, and
Gunnar H. Gislason¹

Conclusions and implications

This nationwide study suggests that HF increases the risk of developing diabetes in a severity-dependent manner after MI. In these patients, RASi may attenuate the risk of diabetes and incident diabetes worsens the prognosis substantially. Because early and aggressive evidence-based therapy is thought to reduce the morbidity and mortality of patients with diabetes, our results emphasize the importance of diabetes prevention through lifestyle interventions and of continuous monitoring for the development of diabetes in patients with HF. Furthermore, our study suggests that RASi should be considered in HF patients after MI for attenuation of the risk of diabetes.

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)

5. Specific populations

5.1 Heart failure

Table 26 Recommendations for patients with chronic heart failure and systolic left ventricular dysfunction (ejection fraction $\leq 35\%$), presenting predominantly with anginal symptoms

	Class ^a	Level ^b	Ref. ^c
CABG is recommended for: • significant LM stenosis • LM equivalent (proximal stenosis of both LAD and LCx) • proximal LAD stenosis with 2- or 3- vessel disease.	I	B	158
CABG with SVR may be considered in patients with LVESV index ≥ 60 mL/m ² and scarred LAD territory.	IIb	B	159, 160
PCI may be considered if anatomy is suitable, in the presence of viable myocardium.	IIb	C	—



EPIDEMIOLOGY OF HEART FAILURE

Arend Mosterd, Arno W Hoes

Table 3 American College of Cardiology/American Heart Association stages of heart failure^{w15}

Stage	Description	Example
A	High risk, no symptoms	Hypertension, coronary artery disease, diabetes mellitus
B	Structural heart disease, no symptoms	Left ventricular hypertrophy, asymptomatic left ventricular systolic dysfunction
C	Structural heart disease, previous or current symptoms	Dyspnoea or fatigue due to heart failure
D	Structural heart disease, refractory symptoms	Patients with end stage heart failure



EPIDEMIOLOGY OF HEART FAILURE

Arend Mosterd, Arno W Hoes

Table 11 Treatment of hypertension and occurrence of heart failure: meta-analyses^{w65 w66}

	RR for developing heart failure (95% CI)
β -blocker vs placebo	0.58 (0.40 to 0.84)
Diuretic (low dose) vs placebo	0.58 (0.44 to 0.76)
Diuretic (high dose) vs placebo	0.17 (0.07 to 0.41)
ACE inhibitor vs placebo	0.84 (0.68 to 1.04)
Calcium channel blocker vs placebo	0.72 (0.48 to 1.07)

ACE, angiotensin converting enzyme; CI, confidence interval; RR, relative risk.



PDF
Complete

Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

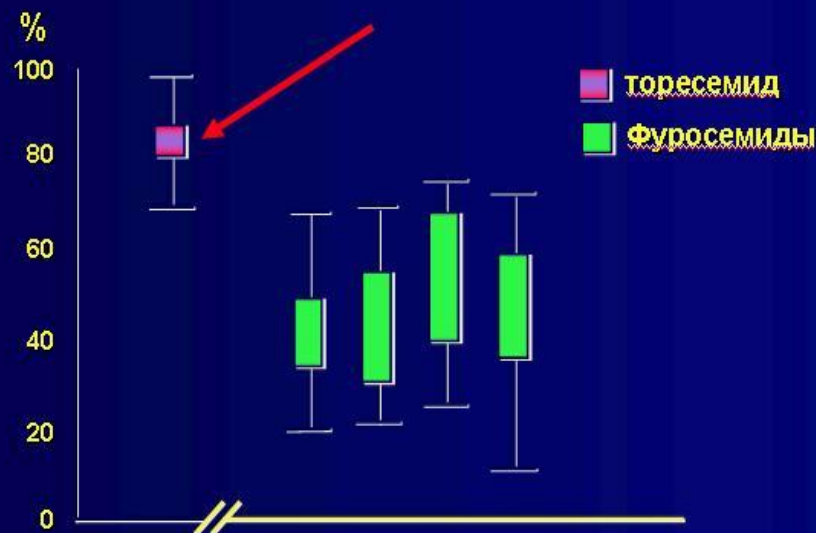
[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Treatment of Heart Failure

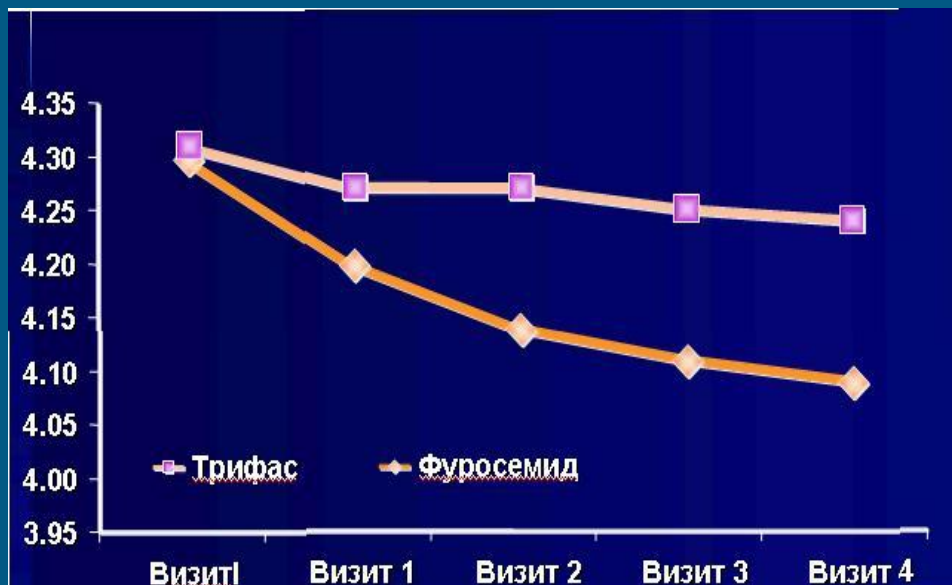
Authors: Hirotaka Ishido, Hideaki Senzaki

Diuretics play an essential role in modern cardiovascular therapy, and are currently recommended for the treatment of congestive heart failure. Torasemide has been developed as a newer type of loop diuretic with a longer half-life, longer duration of action, and higher bioavailability compared to the most commonly used loop diuretic, furosemide. Torasemide also appears to have additional actions beyond the pure diuretic effect, such as anti-aldosterone effect and vasorelaxation effect. Studies have also investigated whether the superior pharmacokinetics and pharmacological activity of torasemide result in a favorable clinical outcome. Their results have indicated that, in comparison with furosemide, torasemide improves left ventricular function, reduces mortality as well as the frequency and duration of heart failure-related hospitalization, and improves quality of life, exercise tolerance and NYHA functional class in patients with congestive heart failure. Thus, torasemide appears to be a promising loop diuretic that contributes to a better management of patients with heart failure. Definitive clinical trials in a double-blind fashion are warranted.

БИОДОСТУПНОСТЬ



КАЛИЙСБЕРЕГАЮЩИЙ ЭФФЕКТ



As torasemide are commonly used to treat chronic heart failure (CHF). *Aims:* The objective of the Torasemide in Chronic Heart Failure (TORIC) Study was to investigate the safety, tolerability and efficacy of torasemide in CHF patients compared to furosemide or other diuretics in an open-label, non-randomised, post-marketing surveillance trial. *Methods:* The present analysis shows the findings of 1377 patients with New York Heart Association (NYHA) class II–III CHF who received diuretic therapy with torasemide 10 mg/day orally ($n=778$) vs. patients who received furosemide 40 mg/day orally ($n=527$) or other diuretics ($n=72$) on top of their existing standard CHF therapy for 12 months. Besides safety and tolerability, efficacy was assessed by documentation of mortality, morbidity, functional class and serum potassium levels every 6 months. *Results:* TORIC confirmed the safety and tolerability of torasemide in CHF patients. Mortality was significantly lower in the torasemide ($n=17$, 2.2%) than in the furosemide/other diuretics group ($n=27$, 4.5%) ($P<0.05$). Functional improvement as assessed by NYHA class was observed in more patients who received furosemide/torasemide ($n=356$, 45.8%) than those who received furosemide/other diuretics ($n=223$, 37.2%) ($P=0.00017$). At the end of the study abnormally low serum potassium levels were observed in fewer torasemide ($n=95$, 12.9%) than furosemide/other diuretics patients ($n=102$, 17.9%) ($P=0.013$). *Conclusion:* Torasemide is safe and well tolerated in CHF patients. Although not designed as a mortality study, TORIC suggests a lower mortality amongst CHF patients treated with torasemide compared to furosemide/other diuretics. A functional improvement and a lower incidence of abnormal serum potassium levels were also observed in patients receiving torasemide as compared to those receiving furosemide/other diuretics.

© 2002 European Society of Cardiology. Published by Elsevier Science B.V. All rights reserved.

Fig. 1. Incidence of mortality in patients who received torasemide or furosemide/other diuretics.

near
Ewa A
Agnies
Ludmil
and Pi

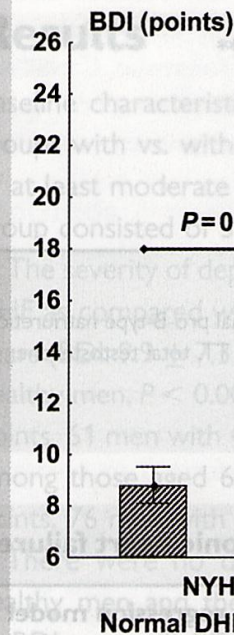


Figure 2 Mean v
men with systolic c
Heart Association
piandrosterone sul

ies in circulating testosterone and

umulative event-free survival

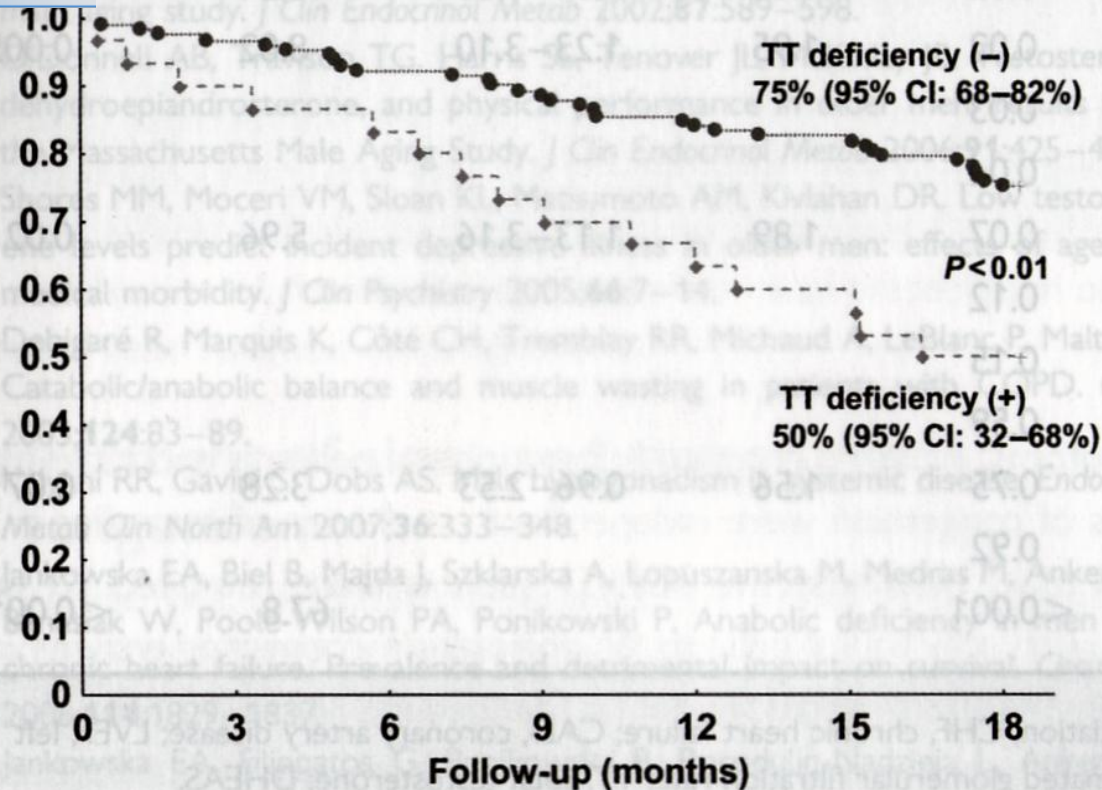


Figure 3 Kaplan-Meier curves reflecting 18-month event-free survival rates in men with systolic chronic heart failure according to the presence or absence of total testosterone deficiency ($\leq$ the 10th percentile of serum total testosterone for healthy controls).

ilson^{5†},

AS deficiency (-)
95% CI: 68-86%

P<0.05

AS deficiency (+)
95% CI: 53-64%

18

onth event-free
ailure according
terone sulphate
roepiandroster-

В НОСТИ умирает больной с ХСН?

Table 3 Prognostic factors for cardiovascular mortality and unplanned hospitalizations in 163 men with chronic heart failure (single predictor Cox proportional hazard models)

Prognosticators	HR	95% CI	χ^2	P
BDI, two points	1.12	1.08–1.16	37.03	<0.001
Plasma NT-proBNP (500 pg/mL)	1.02	1.01–1.03	25.85	<0.001
Moderate depression, yes vs. no	2.94	1.92–4.49	24.78	<0.001
NYHA class, III–IV vs. I–II	2.71	1.78–4.13	21.39	<0.001
Serum DHEAS (100 ng/mL)	0.92	0.89–0.96	16.75	<0.001
TT deficiency, yes vs. no	2.64	1.61–4.33	14.65	<0.001

Conclusions

In men with CHF, reduced levels of circulating testosterone and DHEAS are accompanied by more severe depressive symptoms. Depression together with neuro-hormonal activation and combined androgen deficiencies predict an unfavourable outcome in these patients. Whether testosterone or DHEA therapy would ameliorate depressive symptoms in androgen deficient men with CHF and subsequently improve prognosis, requires further studies.

Recommendations for rhythm control of AF in heart

Recommendations	Class ^a	Level ^b	Ref. ^c
DCC is recommended when a rapid ventricular rate does not respond to pharmacological measures in patients with AF and ongoing myocardial ischaemia, symptomatic hypotension, or symptoms of pulmonary congestion.	I	C	
In patients with AF and severe (NYHA class III or IV) or recent (≤ 4 weeks) unstable heart failure, the use of antiarrhythmic therapy to maintain sinus rhythm should be restricted to amiodarone.	I	C	
Administration of amiodarone is a reasonable option for pharmacological cardioversion of AF, or to facilitate electrical cardioversion of AF.	IIa	B	46, 74, 80, 175
In patients with AF and stable heart failure (NYHA class I, II) dronedarone should be considered to reduce cardiovascular hospitalizations.	IIa	C	
For patients with heart failure and symptomatic persistent AF despite adequate rate control, electrical cardioversion and rhythm control may be considered.	IIb	B	90, 93, 94, 97, 176
Catheter ablation (pulmonary vein isolation) may be considered in heart failure patients with refractory symptomatic AF.	IIb	B	93, 94

^aClass of recommendation.

^bLevel of evidence.

^cReferences.

AF = atrial fibrillation; DCC = direct current cardioversion; NYHA = New York Heart Association.

Probability of survival

Fig
hea

the European Society e Meeting 2010: -, CUPID, RFA-HF, BNP, phrenic nerve stimulation, CHAMPION and CABG with CRT study

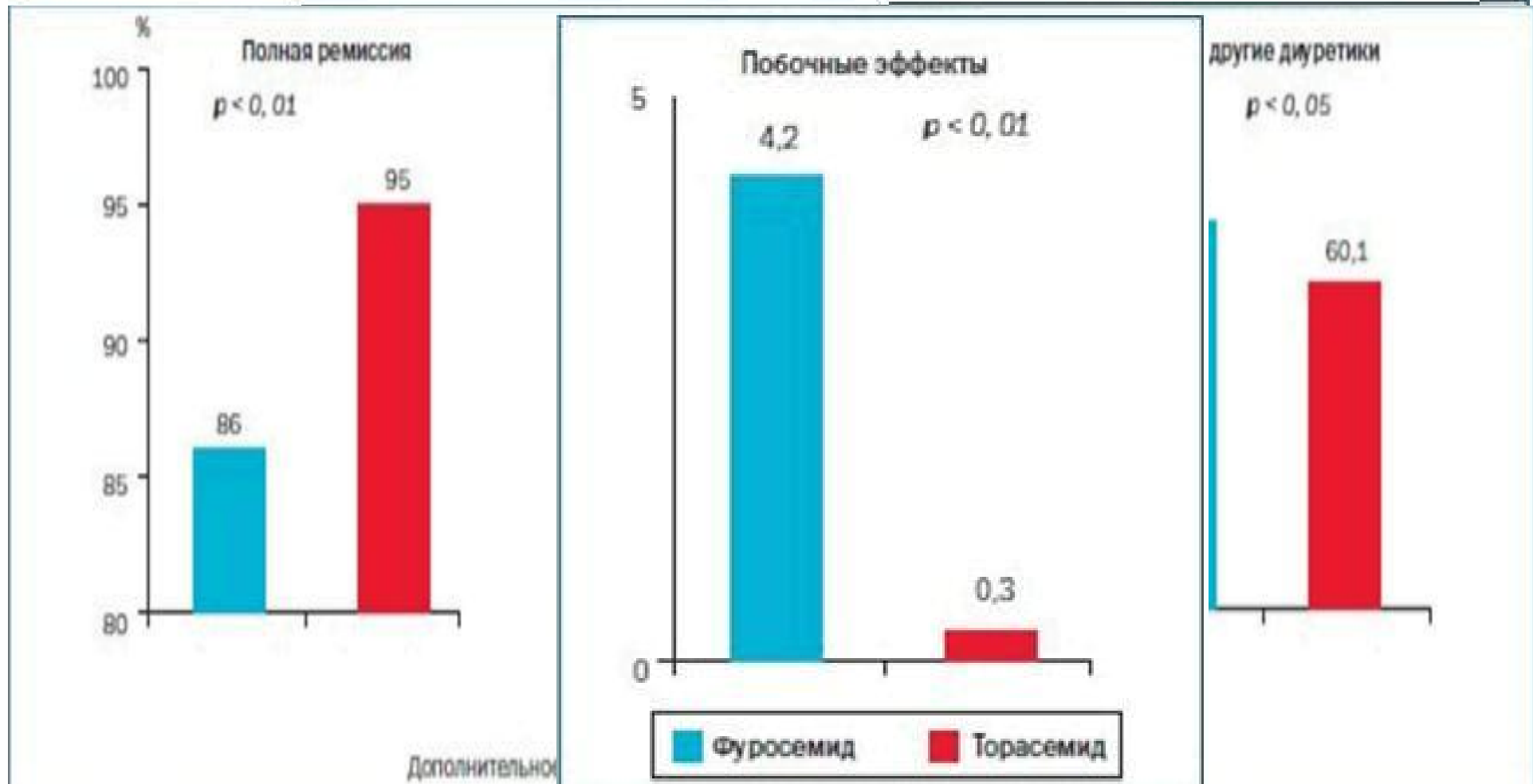
John G.F. Cleland, Alison P. Coletta*, and Andrew L. Clark

Department of Cardiology, Hull York Medical School, Daisy Building, University of Hull, Castle Hill Hospital, Cottingham, Kingston-upon-Hull HU16 5JQ, UK

Received 24 June 2010; accepted 25 June 2010

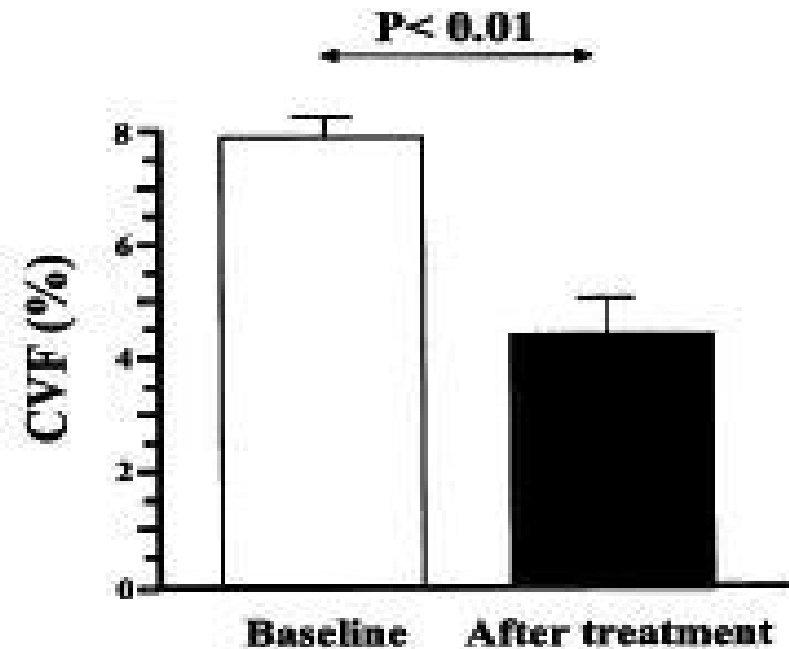
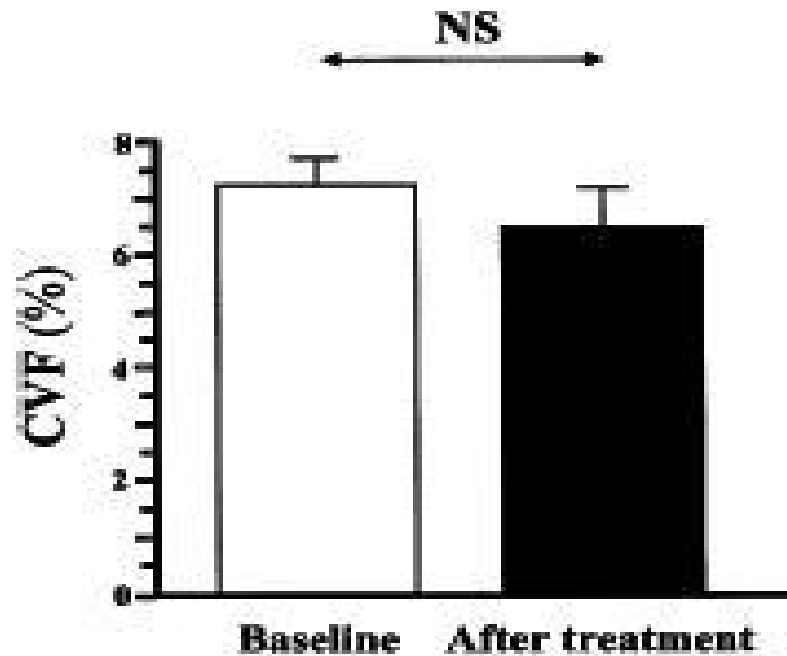
6. DUEL: diuretic therapy of equally low intensity with torasemide or furosemide in patients with decompensated congestive heart failure

Presented by Vyacheslav Mareev from
Moscow, Russia



FUROSEMIDE GROUP

TORASEMIDE GROUP



● При эндомиокардиальной биопсии уменьшение объема коллагеновой фракции в 1,8 раза на фоне 8 мес. терапии торасемидом

observati

Clemens Jilek^{1†}
Victoria Kehl³,
Michael Pfeifer

Table I Possible co

Age, gender, body-mass
LVEF, **NYHA class**, cau

Atrial fibrillation

History of hypertension,

Biventricular pacemaker,

ACE-inhibitors/AT1-recep

blockers, digitalis, diur

Positive airway pressu

Significant confounders (>10
category of sleep-disordered

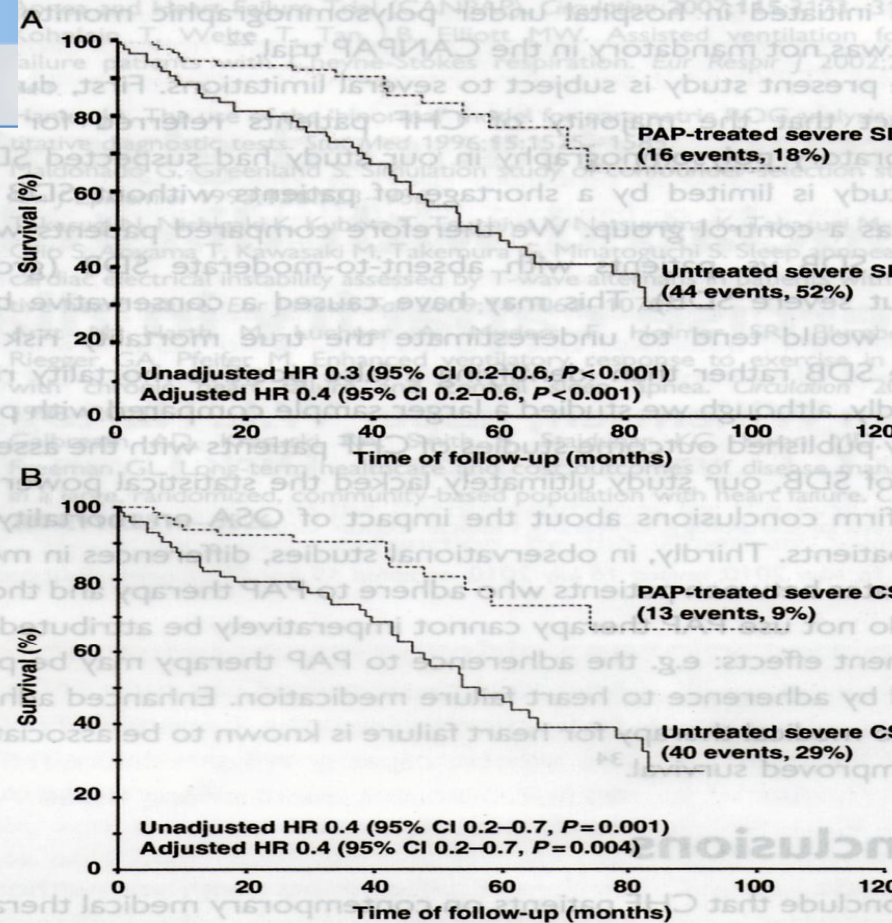


Figure 3 (A and B) Kaplan–Meier plots for patients with severe sleep-disordered breathing (SDB, apnoea–hypopnoea index $\geq 22.5 \text{ h}^{-1}$, A) and the subgroup of patients with severe central sleep apnoea (CSA, B) with and without positive airway pressure (PAP, defined as treatment > 6 months or until a primary event). The unadjusted and adjusted Cox proportional hazard model is shown. The adjusted Cox proportional hazard model accounts for the significant confounders age, NYHA-class, cause of CHF, and diabetes through a propensity score. HR, hazard ratio; CI, confidence interval.

SDB (17 events, 18%)

DB (60 events, 34%)

30 100

(s)

35 26 19 1 0

16 31 22 5 1

ents without severe
apnoea–hypopnoea
isordered breathing
rvival was computed
analysis. HR, hazard



PDF
Complete

Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Cochran

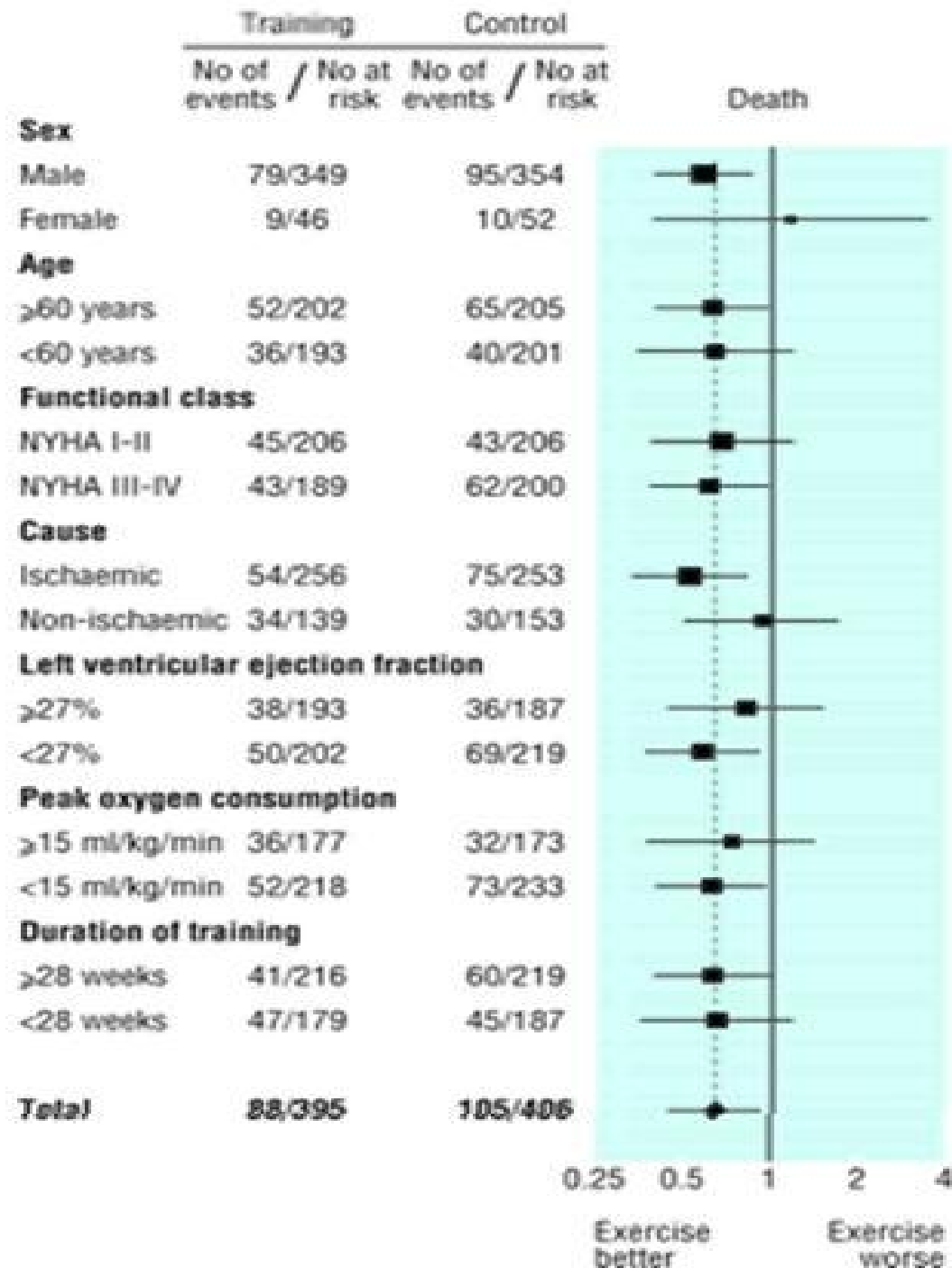
**Edward J. Dav
Shah Ebrahim**

**Exercise
angioten
barorefl**

**Carlos E. Ne
J Appl Physiol**

**Exerc
patier
(ExTra**

ExTraMA



ЛЕЧЕНИЕ МАО ДЗЕДУНА





PDF
Complete

Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

р-р д/ин. 5 мг/мл амп. 4 мл, № 5

табл. 10 мг, № 30



Р-р для инъекции: препарат вводят в/в, медленно. Начальная разовая доза составляет 10 мг/сут (2 мл препарата Торсид). При недостаточном клиническом эффекте дозу можно повысить до 20 мг (4 мл препарата Торсид). Если желаемый клинический эффект не достигнут, дозу повышают до 40 мг/сут (8 мл препарата Торсид), но применяют ее не дольше 3 сут.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

