

**Разбор клинического случая больного С. 34 лет
Наблюдение в ФГБНУ «НМИЦ кардиологии имени
академика Е.И. Чазова» Минздрава России
с 2016-2026 гг**

**Отдел ангиологии, 8-е клиническое отделение
Докладчик: ординатор 1-го года обучения
Яльцева Елизавета Алексеевна**

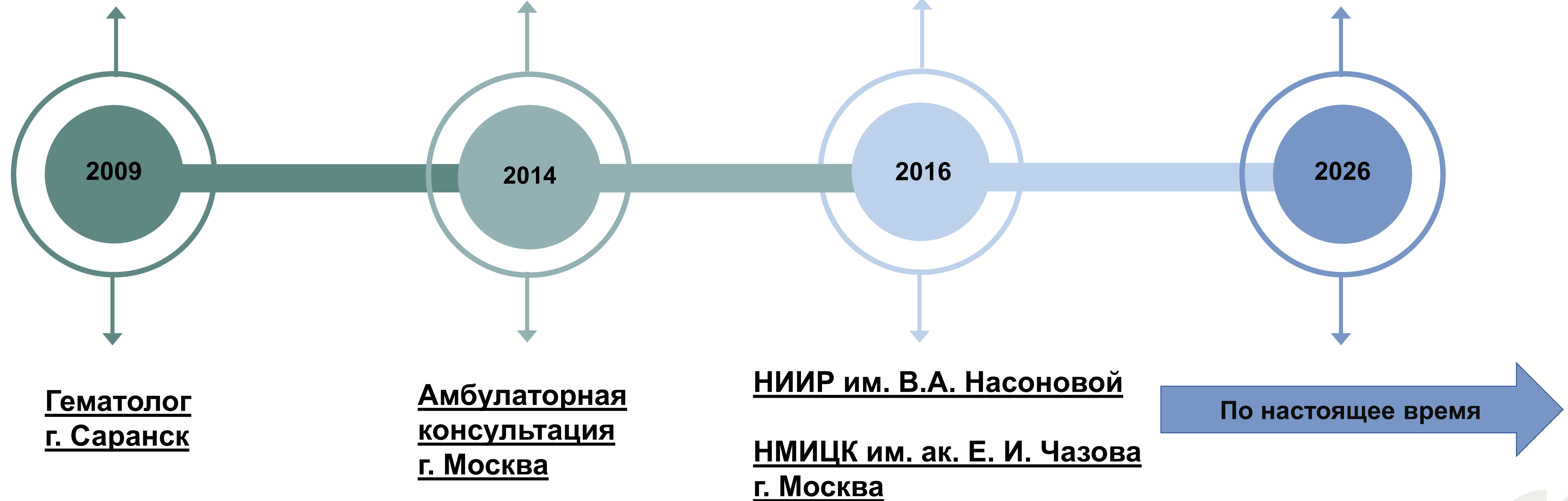
**Хронология заболевания пациента С.
2009-2026**

Хроническая
идиопатическая
тромбоцитопеническая
пурпура

Антифосфолипидный
синдром (АФС)

Системная красная
волчанка, АФС,
ПИКС, ХСНнФВ

Системная красная
волчанка, АФС,
ПИКС, ХСНнФВ
Ишемическая
кардиомиопатия



Данные анамнеза жизни

- Рос и развивался нормально, родился и живет в г. Саранске
- Образование – высшее – кооперативный институт, заочное отделение
- В армии не служил по заболеванию
- Младший брат, 24 года, здоров
- Женат с 2010 года
- Сын с 2011 года
- В настоящее время – индивидуальный предприниматель
- Наследственный анамнез:
Мать – 58 лет: после 2-х родов в 2006 году, перенесла ТЭЛА, установлен кава-фильтр, находится на терапии - варфарином, повторных тромботических осложнений не было. АФС не подтвержден.
Отец – 60 лет: гипертоническая болезнь
Других аутоиммунных заболеваний среди ближайших родственников не прослеживается

2009 (18 л.)

2014 (23 г.)

Травма коленного сустава, осложнившаяся длительным кровотечением.

По месту жительства- выставлен диагноз «Хроническая идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура»
Тромбоциты $<100 \cdot 10^9/\text{л}$

Лечение: не назначен

Во время поездки в Турцию появились жалобы на боль в груди - поставлен диагноз «Межреберная невралгия»

Лечение: НПВС (Диклофенак 100 мг) с эффектом

По возвращении - усиление болей за грудиной с подъемом температуры тела до 38С (градусов). Гипертермический синдром продолжался в течение недели, сопровождался эпизодами ретроградной амнезии

Госпитализирован в инфекционную больницу г. Саранска с диагнозом «Кишечная инфекция неясной этиологии. Болезнь Вергольфа, ремиссия»

Лечение: симптоматическое. Снижение температуры отмечено только в ответ на введение ГКС (дексаметазон, доза неизвестна)

Заподозрен диагноз «Антифосфолипидный синдром»



Общероссийская общественная организация
Ассоциация ревматологов России

Федеральные клинические рекомендации по лечению
Антифосфолипидного синдрома

Москва, апрель 2013 год

Жалобы: преходящее онемение рук справа и слева, «расплывчатость» зрения и сохраняющиеся эпизоды ретроградной амнезии

Для подтверждения АФС: 1 клинический признак, 1 серологический признак.

Клинический признак:
Повторные НМК
(МРТ головного мозга от 28.11.2014: в белом веществе теменных долей с обеих сторон, субкортикально, определяются единичные очаги овальной формы, размерами справа до 1.1 x 0.7 см, слева 0.6 x 0.5 см, с высокоинтенсивным сигналом в режиме T2 ВИ, гипоинтенсивным с гиперинтенсивным ободком по T2 tirm, гипоинтенсивный по T1 ВИ, без признаков перифокального отека вещества мозга);

Серологический признак:
-↑ аКЛ IgG – 280 GPL
-↑ аКЛ IgM – 19,281 MPL
-↑ аβ2 ГП IgG – 18,69 Ед/мл

«Антифосфолипидный синдром, первичный, подтвержден»

Лечение: эноксапарин натрия 6000 анти-Ха МЕ/0.6 мл - 2 раза/сут

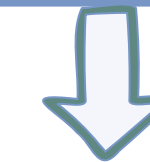
Январь 2015 г (23 г) госпитализация в ФГБНУ НЦН



Научный
ЦЕНТР НЕВРОЛОГИИ

Жалобы: преходящее онемение рук справа и слева, «расплывчатость» зрения и сохраняющиеся эпизоды ретроградной амнезии

А также на основании данных МРТ головного мозга от 2014 года



Госпитализация в ФГБНУ НЦН

Поставлен диагноз: “Повторные преходящие нарушения мозгового кровообращения в бассейне средних мозговых артерий, энцефалопатия с развитием двух небольших двусторонних инфарктов в обоих полушариях головного мозга. Антифосфолипидный синдром. Фокальная эпилепсия. Хроническая идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, ремиссия”

Лечение: инициирована терапия Варфарином 6,25 мг (МНО 3,0-3,5)

Эхо-КГ от 24.01.2015:

Незначительное расширение левых отделов сердца. Уплотнение стенок аорты, краевое уплотнение створок аортального клапана. Глобальная сократимость миокарда не снижена. **ФВ – 60%**.

Май 2015г. (24 г.)

Впервые возникают интенсивные боли за грудиной, сопровождающиеся одышкой. За медицинской помощью не обращался

Июнь 2015г. (24 г.) госпитализация ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой
1-я госпитализация

Повторное ухудшение состояния

Жалобы: боли за грудиной, в плечевых суставах, выраженная слабость, повышение температуры, одышка при незначительной физической нагрузке

Госпитализирован в НИИР им. В.А. Насоновой

Диагноз: «Первичный антифосфолипидный синдром. Повторные острые нарушения мозгового кровообращения в бассейне средних мозговых артерий»

Лечение:

1. Эноксапарина натрия 6000 анти-Ха МЕ/0.6 мл - 2 раза/сут.
2. Гидроксихлорохин 200 мг/сут
3. Преднизолон 8 мг/сут

Через 1 месяц на фоне проводимой терапии: возникает пиодермия, «язвочки» на лице → отмена препаратов



Июнь 2016 (25 л.) госпитализация в НИИР им. В.А. Насоновой
2-я госпитализация

Впервые заподозрен диагноз «Системная красная волчанка».

↑ аКЛ IgG – 280 GPL
↑ аКЛ IgM – 19,281 MPL
↑ аβ2 ГП IgG – 18,69 Ед/мл
↑ АНФ – 1/320 периферический тип
↑ АнтиДНК – 49 Ед (N < 20 Ед)
↓ С3 – 0,65 г/л
↓ С4 – 0,038 г/л
СРБ – 5,1 мг/л

Не менее 4 критериев:

1 обязательно иммунологический и 1 клинический

Подтвержден диагноз «Системная красная волчанка».

Критерии СКВ

Клинические:

1. Свежие (острые, активные) поражения кожи
2. Хронические кожные изменения
3. Язвы в полости рта или носа
4. Алопеция (диффузное истончение и повышенная ломкость волос)
5. Артриты, синовиты
6. Плеврит, перикардит
7. Протеинурия ≥ 0.5 г или эритроцитурия + цилиндры
8. Психоневрологические нарушения
9. Гемолитическая анемия
10. Лейкопения < 4.000 или лимфопения < 1.000
11. Тромбоцитопения < 100.000

Иммунологические:

1. АНФ $>$ нормы
2. а/т к дсДНК в 2 раза $>$ нормы
3. а/т к SM
4. Любые антифосфолипидные антитела
5. Низкий комплемент С3, С4, СН50
6. Положительная реакция Кумбса

Клинические рекомендации по диагностике и лечению системной красной волчанки, 2013г.

Июнь 2016 (25 л.) госпитализация в НИИР им. В.А. Насоновой
2-я госпитализация

Июнь 2016 (25 л.) госпитализация в НМИЦК им. ак. Е.И. Чазова

С учетом жалоб на рецидивирующую одышку, перебои в работе сердца

Выполнена ЭхоКГ: КДР ЛЖ - 75 мм, ЛП - 47 мм, ПП - 47 мм, ФВ - 25%, УО - 100 мл

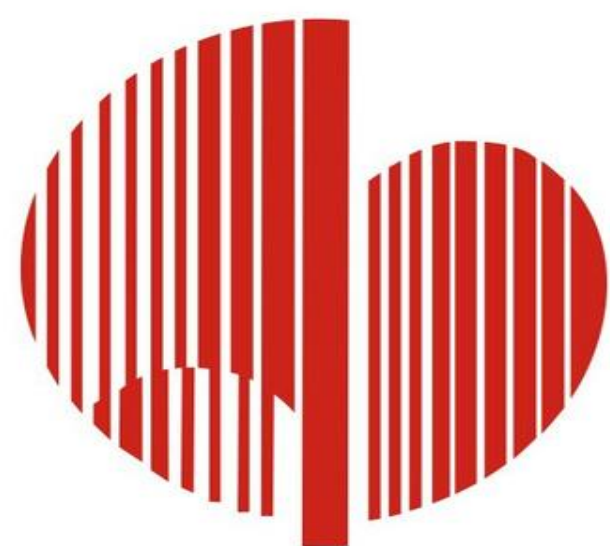
Терапия при выписке:

- Ацетилсалициловая кислота 100 мг/сут
- Зофеноприл 7,5 мг/сут
- Эноксапарин натрия 6000 анти-ХаМЕ/0.6 мл - 2 раза в день
- Метилпреднизолон 8 мг/сут
- Гидроксихлорохин 200 мг/сут

**Госпитализация в
НМИЦК им. ак. Е. И. Чазова**

Диагноз при поступлении:

Системная красная волчанка, хроническое течение, активность II. Первичный антифосфолипидный синдром. Повторные нарушение мозгового кровообращения в бассейне средне-мозговых артерий, с развитием двусторонних инфарктов в обоих полушариях. Дисциркуляторная энцефалопатия 2 ст. Хроническая идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, ремиссия. Фокальная эпилепсия. Дилатационная кардиомиопатия? Избыточная масса тела.



ФГБУ
«НМИЦК им. ак. Е.И. Чазова»
Минздрава России

Жалобы: одышка при **минимальных** физических нагрузках, перебои в работе сердца

Рост: 164 см; Вес: 77 кг; ИМТ: 28,63
При осмотре: Кожа – телесного цвета, без изменений.
Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, патологических шумов нет.
Ритм: правильный, ЧСС: 70 уд/мин.
АД (мм.рт.ст.): 124 /82 мм рт.ст.



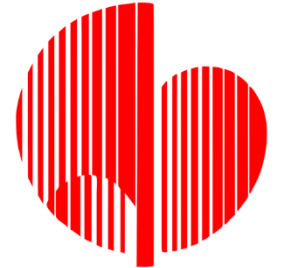
Пациент С., 25 лет, НМИЦК им. ак. Е.И.Чазова
27.07.2016 – 10.08.2016, 1-я госпитализация

Название	Результат	Нормы	Единицы измерения
Общий белок	74	64,0-83,0	г/л
Холестерин	3,23	3,50-5,20	ммоль/л
Триглицериды	0,9	0,50-1,75	ммоль/л
ЛПНП-холестерин	1,85	0,08-3,40	ммоль/л
ЛПВП-холестерин	0,98	0,90-1,89	ммоль/л
Липопротеин (а)	4,1	0,0-30,0	мг/дл
Натрий	143	135,0-148,0	ммоль/л
Калий	4	3,5-5,3	ммоль/л
Хлор	102	98.0-108,0	ммоль/л
Креатинин	60,9	44,2-106,1	мкмоль/л
АЛТ	19	3,0-40,0	Ед/л
АСТ	13	3,0 – 34,0	Ед/л
С-реактивный белок	5,1	0,00-5,00	мг/л

Название	Результат	Нормы	Единицы измерения
Гематокрит	47,7	37,0-47,0	%
Гемоглобин	16,9	12,0-16,0	г/дл.
Эритроциты	5,31	4,2-5,4	10*12/л
Лейкоциты	9,7	4,8-10,8	10*9/л
Тромбоциты	317	130-400	10*9/л
СОЭ	2	0-20	мм/час

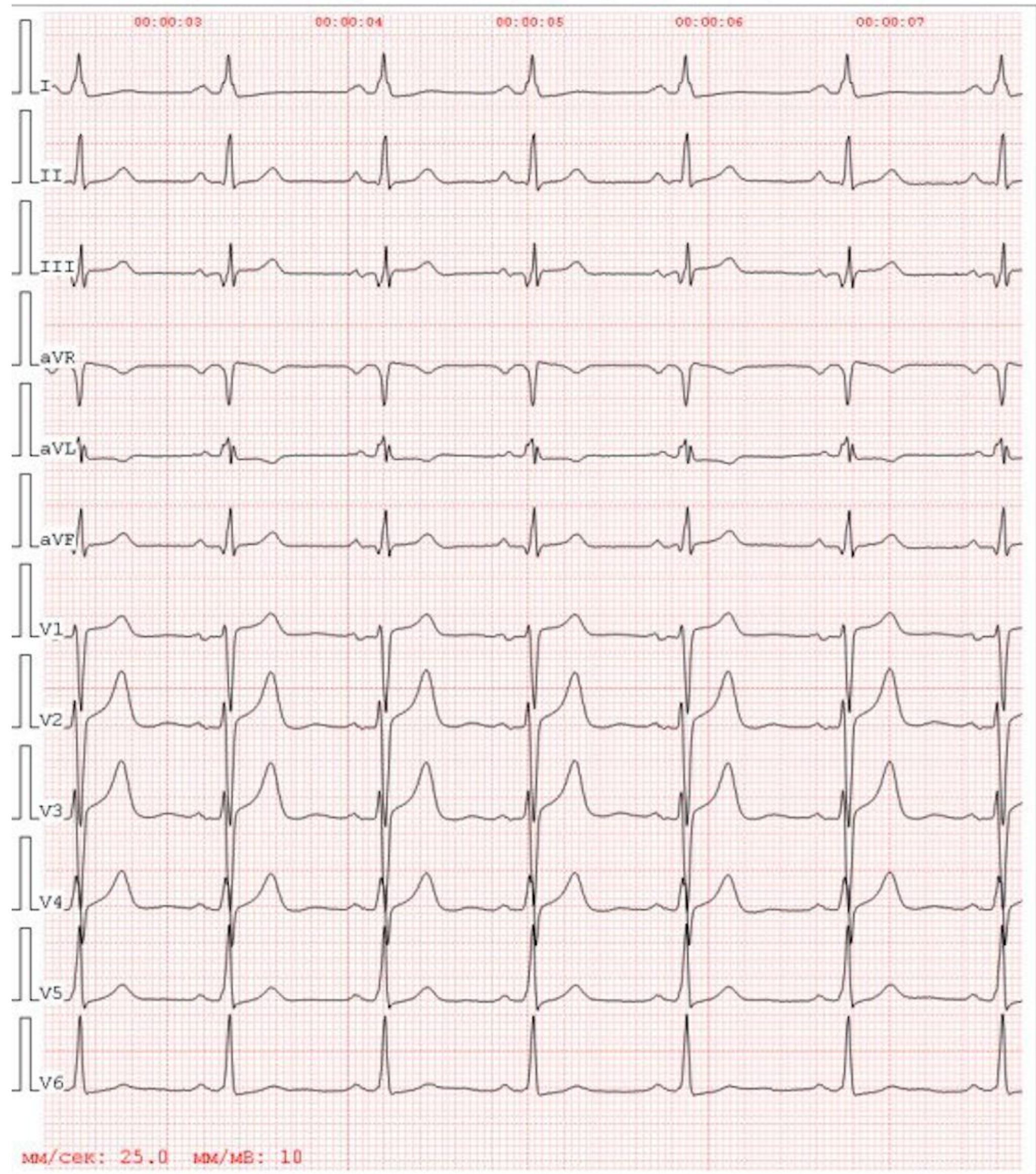
Название	Результат	Нормы	Единицы измерения
Цвет	светло-желтая		
Кислотность	5,5	5,0-7,0	
Белок	0	0,00-0,15	г/л
Удельный вес	1018	1015 - 1026	
Эритроциты неизмененные	11	0 - 17	эр/мкл

СКФ по СКД-ЕРІ – 132,6 мл/мин/1,73м²



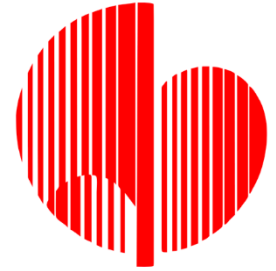
**Пациент С., 25 лет, НМИЦК им. ак. Е.И.Чазова
27.07.2016 – 10.08.2016 , 1-я госпитализация**

ЭНМД, доктор Нероева Г.А.
166753/2016, Савинов Д О 705п, М, 25 (21.04.1991)



QRS – 0,102 с
PQ – 0,156 с
QT – 0,366 с
QTc – 0,383 с
ЧСС – 69 уд/мин

ЭКГ от 27.07.2016
Синусовый ритм, 70 уд/мин, признаки изменения миокарда метаболического характера, нарушение внутрижелудочковой проводимости



УЗИ органов брюшной полости от 29.07.2016

Печень: Гепатомегалия, преимущественно за счет левой доли (8,8см), диффузные изменения, признаки венозного застоя.

Почки и почечные артерии: почки – структура не изменена, почечные артерии – регистрируется симметричный кровоток с признаками повышения периферического сопротивления без гемодинамически значимого стенозирования.

ХМ-ЭКГ 29.07.2016

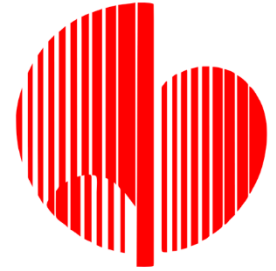
Регистрируется синусовый ритм со средней ЧСС 75 уд/мин, значимой эктопической активности и пауз не зарегистрировано

**Рентгенография органов грудной клетки
01.08.2016**

Сердце в поперечнике расширено, ротировано, КТИ – 56%. Очаговых изменений нет

УЗДС БЦА от 28.07.2016

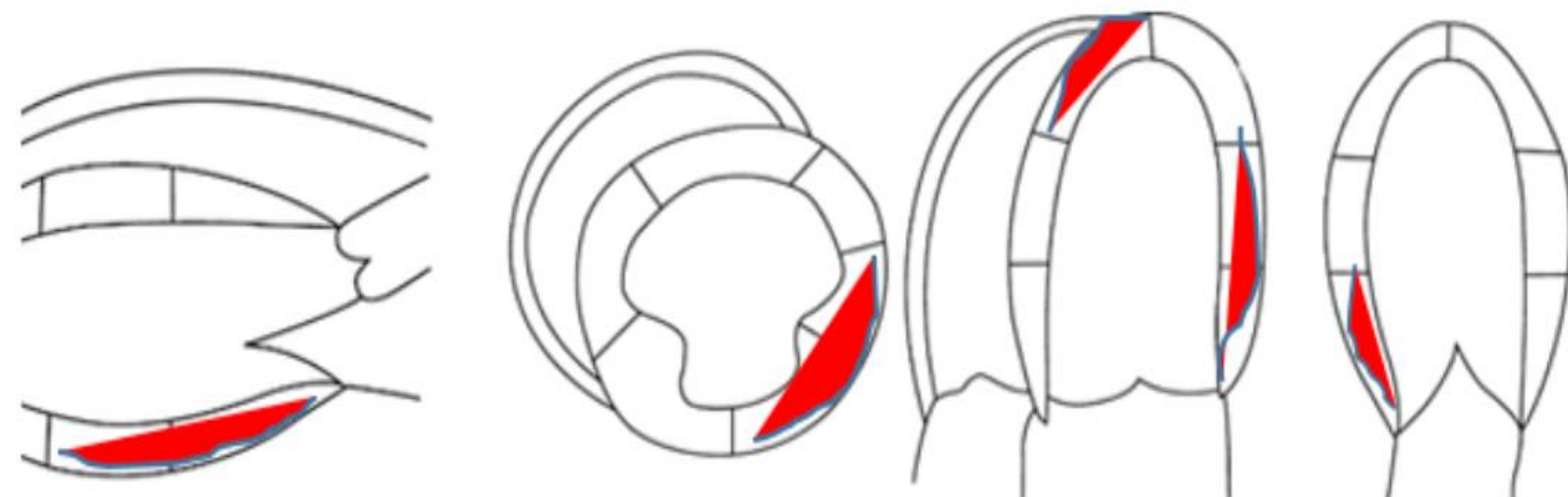
Атеросклеротических изменений не выявлено.

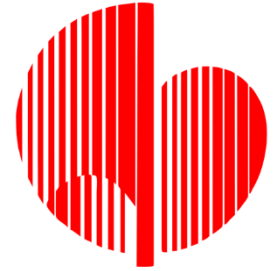


ЭхоКГ от 28.07.2016

ЛП – 4,8 см, объем – 80 мл (увеличено), ЛЖ – КДР: 7,7 см, КСР: 6,3 – 6,4см.
Сократительная функция миокарда снижена, **ФВ 30-32%**, преимущественное ограничение подвижности апикальных сегментов МЖП, передней стенки ЛЖ, среднего сегмента задней стенки ЛЖ.

зоны гипоакинезии верхушечно-перегородочной области ЛЖ, по нижне-задней (базальный сегмент), по задне-боковой стенкам ЛЖ (базальный, средний сегменты)





Пациент С., 25 лет, НМИЦК им. ак. Е.И.Чазова
27.07.2016 – 10.08.2016 , 1-я госпитализация

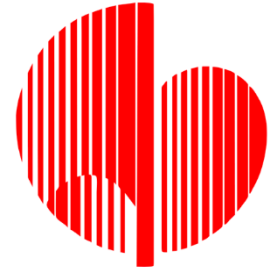
МРТ сердца с контрастом (гадолиний) от 29.07.2026

Заключение: диффузное снижение сократимости ЛЖ, более выраженное снижение сократимости в базальном сегменте боковой стенки, апикальных сегментов МЖП и нижней стенки. ФВ 22-25%.

После введения контрастного вещества в отсроченную фазу отмечается **накопление контраста субэндокардиально в базальном и среднем сегментах боковой стенки с переходом на переднюю стенку, по всей нижней стенке, в апикальном сегменте передней стенки и МЖП, верхушке, и в папиллярных мышцах. По характеру накопления контрастного вещества – ишемического генеза.**

МСКТ КА от 02.08.2016

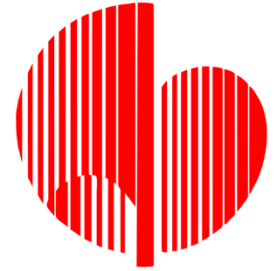
Стенотических изменений коронарных артерий не выявлено, ЛЖ расширен до 7,3см, сферической формы. ФВ 35%.



На основании

- эпизодов интенсивного болевого приступа за грудиной 15 мая 2015 года
- наличия подтвержденной **аутоиммунной патологии**:
антифосфолипидный синдром,
системная красная волчанка
- **Данные инструментальных методов:**
- Наличие зон нарушения локальной сократимости миокарда левого желудочка по данным ЭхоКГ
- субэндокардиальное накопление контрастного вещества в миокарде ЛЖ, ишемического генеза
- Отсутствие атеросклеротических изменений в коронарных и периферических сосудах,

Делает вероятным, перенесенное пациентом очаговое повреждение миокарда вследствие коронарита?
тромбоза/тромбозов in situ? с развитием хронической сердечной недостаточности со сниженной фракцией выброса.



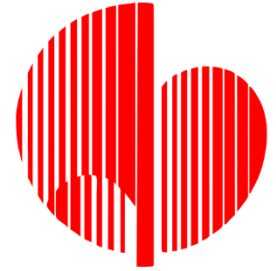
Пациент С., 25 лет, НМИЦК им. ак. Е.И.Чазова
27.07.2016 – 10.08.2016 , 1-я госпитализация

Клинический заключительный диагноз: Ишемическая болезнь сердца. Постинфарктный кардиосклероз (инфаркт миокарда при неизменных коронарных артериях, вероятно от 2015 года). Хроническая сердечная недостаточность с низкой фракцией выброса, IIa стадии, III функционального класса .

Фоновые заболевания: Системная красная волчанка, хроническое течение, активность II. Вторичный антифосфолипидный синдром. Нарушение мозгового кровообращения в бассейне средне-мозговых артерий с развитием двусторонних инфарктов в обоих полушариях. Цереброваскулярная болезнь. Дисциркуляторная энцефалопатия 2 стадии. Хроническая идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, ремиссия. Избыточная масса тела.

Медикаментозная терапия при выписке:

- Ацетилсалициловая кислота 100 мг/сут
- Периндоприл 2,5 мг/сут под контролем АД
- Бисопролол 5 мг/сут под контролем АД
- Спиронолактон 25 мг/сут с увеличением до 50 мг/сут
- Эноксапарин натрия 6000 анти-Ха МЕ/0.6 мл - 2 р/сут, подкожно
- Гидроксихлорохин 200 мг/сут
- Метилпреднизолон 8 мг/сут
- Консультация ревматолога амбулаторно - с назначением Варфарина 6,25 мг (МНО 3,0-3,5)



Пациент С., 31 год, НМИЦК им. ак. Е.И.Чазова, 2022 год
2-я госпитализация

обследование сердечно-сосудистой системы на терапии ГИБП

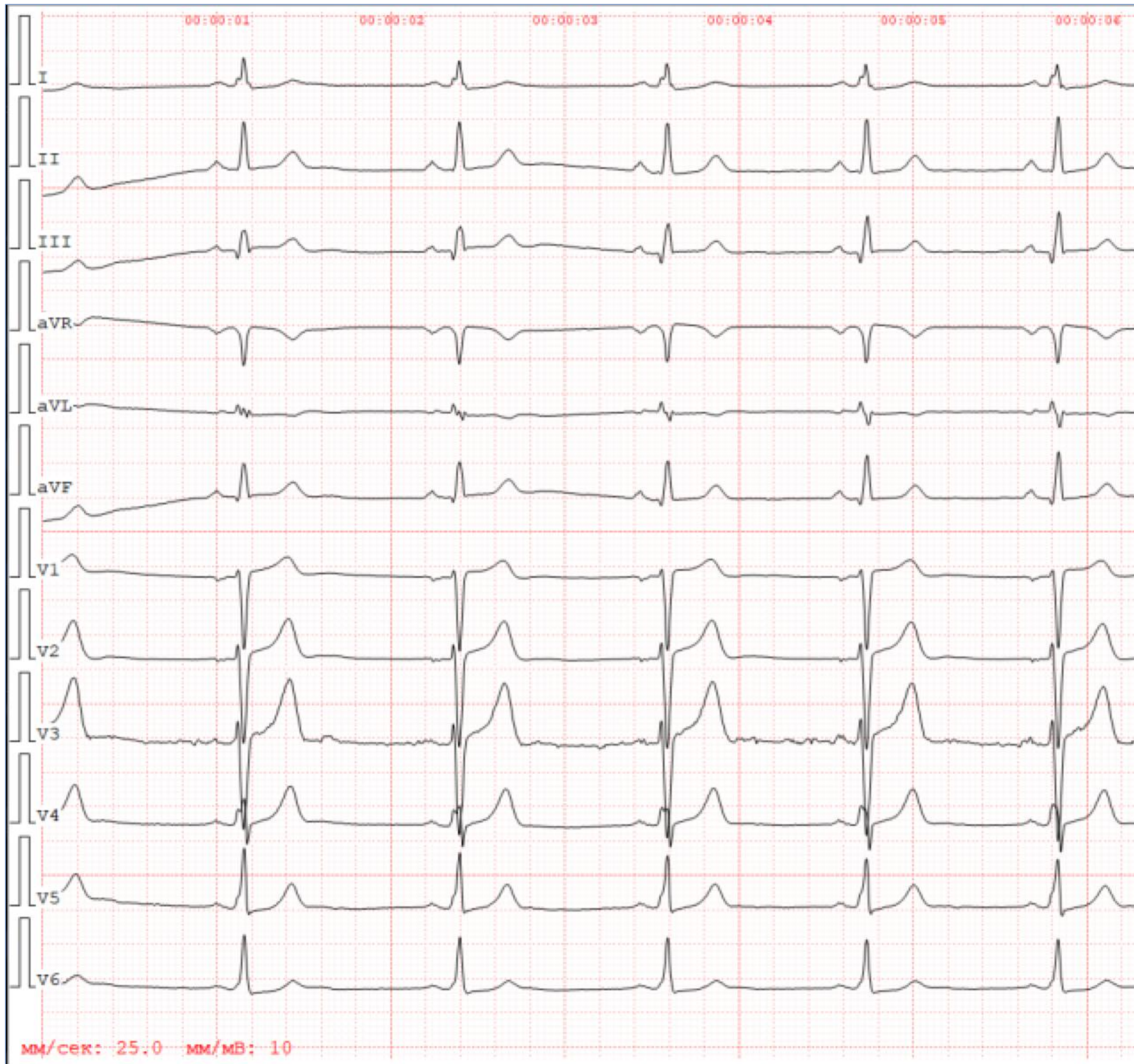
Жалобы при поступлении: одышка при **умеренной** физической нагрузке, чувство перебоев в работе сердца

При осмотре:

Рост 178 см; Вес:102 кг; ИМТ: 32. Кожа: телесного цвета, без изменений. Медикаментозный кушингоид. Дыхание везикулярное, хрипов нет, тоны сердца ясные, патологических шумов нет. Ритм: правильный, ЧСС: 65 уд/мин. АД 110/70 мм.рт.ст.

При поступлении:

- Ацетилсалициловая кислота 100 мг/сут
- **Валсартан+Сакубитрил 50 мг/сут**
- Бисопролол 5 мг/сут
- Эплеренон 50 мг/сут
- Торасемид 5 мг/сут
- **Варфарин 6,25 мг (МНО 3,0-3,5)**
- Гидроксихлорохин 200 мг/сут
- **Метилпреднизолон 4 мг/сут**
- **Ритуксимаб 1000 мг (с 2021 года, 1 раз в 6 месяцев)**



Название	Результат	Нормы	Единицы измерения
ЛПНП-холестерин	3,05	0,08-3,40	ммоль/л
Холестерин	4,46	3,50-5,20	ммоль/л
С-реактивный белок	1,7	0,00-5,00	мг/л

Ключевые моменты:

- **ЭКГ** без изменений (по сравнению с госпитализацией 2016 года)
- **УЗДС БЦА** без изменений (по сравнению с госпитализацией 2016 года)
- **ЭхоКГ от 20.07.2022:** ЛП – 4,4 см, объем – 82 мл (увеличено), ЛЖ – КДР: 7,3 см, КСР: 6,3 см. Сократительная функция миокарда снижена, **ФВ – 30-32%**. Выявлены зоны гипокинезии: задне-боковая стенка ЛЖ (базальный и средний сегмент), нижняя стенка (базальный сегмент), передне-перегородочная (1/2 среднего, 1/2 апикального), передняя стенка ЛЖ (апикальный сегмент), нижняя стенка (апикальный сегмент). Краевое уплотнение створок АК, регургитация 1-2 ст.
- **УЗИ ОБП:** без патологии.
- **Рентгенография ОГК:** КТИ – 51%, размеры сердца со слабоположительной динамикой
- **Итог: без отрицательной динамики.**



Сцинтиграфия миокарда с функциональными пробами от 21.07.2022

В покое распределение радиофармпрепарата (РФП) выражено диффузно-неравномерное, на фоне чего визуализируется 2 мелкоочаговых дефекта перфузии - апикальной и базальной боковой локализации.

Общая площадь необратимого повреждения миокарда ЛЖ - не более 15-17%.

Предположительно: смешанная кардиомиопатия, с преимущественным вкладом неишемических причин.

Нагрузка (ВЭМ – 175 Вт – проба отрицательная, ЧСС 160 уд/мин, АД – 140/80 мм.рт.ст)

МСКТ коронарных артерий от 22. 07.2022

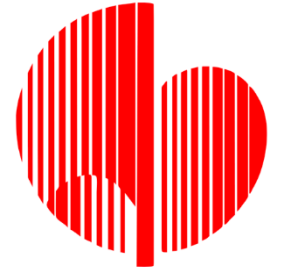
Стенотических изменений коронарных артерий не выявлено, ЛЖ КДО – 283мл, КСО – 178мл. ФВ 36%, Постинфарктное поражение миокарда ЛЖ передней и заднебоковой локализации.



При выписке:

- Ацетилсалициловая кислота 100 мг/сут
- **Валсартан+Сакубитрил 100 мг/сут**
- Бисопролол 5 мг/сут
- Эплеренон 50 мг/сут
- Торасемид 5 мг/сут

- **Аторвастатин 20 мг/сут** (целевой уровень ЛПНП 1,4 ммоль/л)
- Варфарин 6,25 мг (МНО 3,0-3,5)
- Гидроксихлорохин 200 мг/сут
- Метилпреднизолон 4 мг/сут
- **Ритуксимаб 1000 мг (с 2021 года, 1 раз в 6 месяцев)**



Жалобы при поступлении: одышка при значительной физической нагрузке

При осмотре:

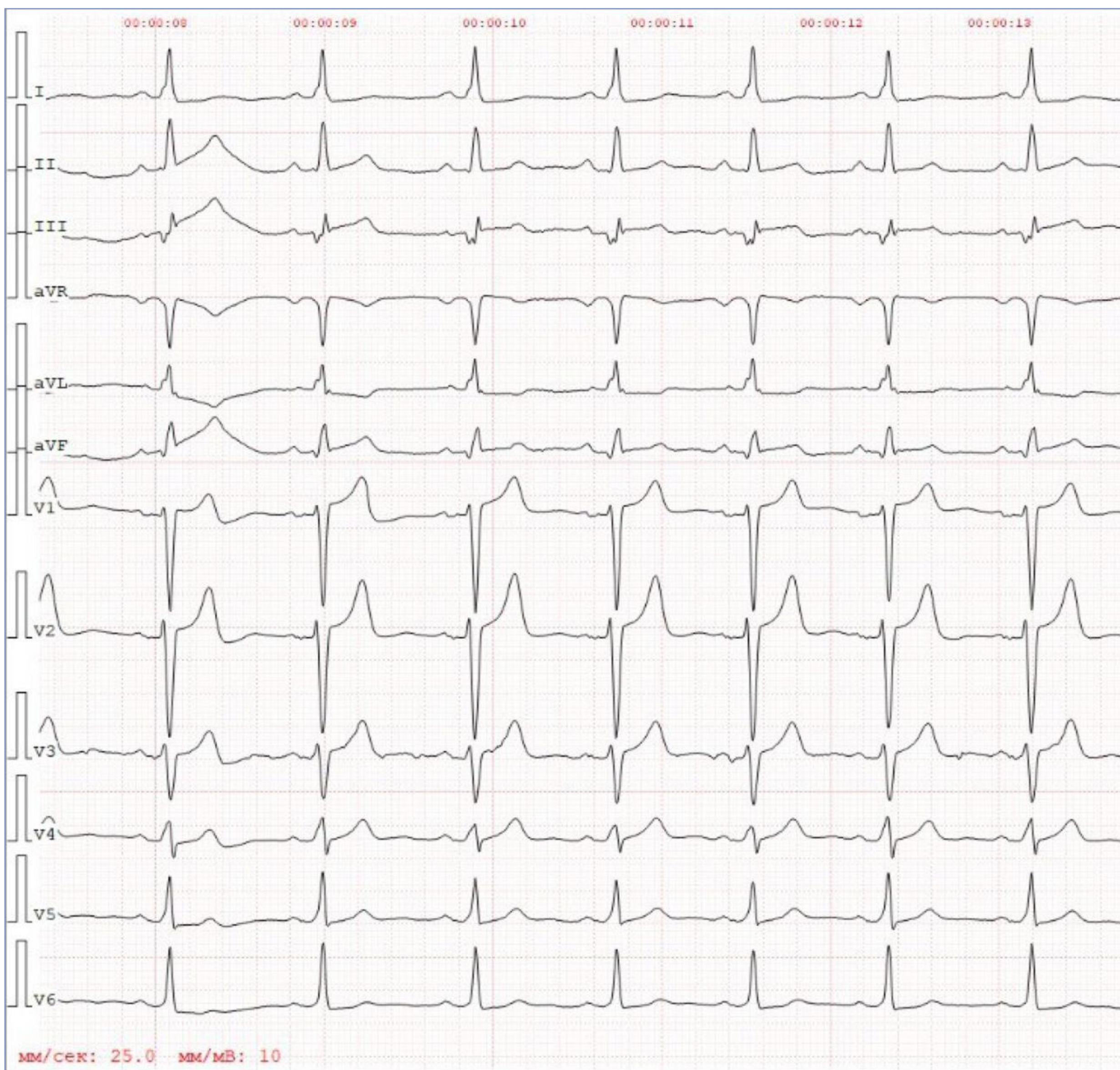
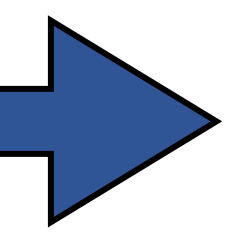
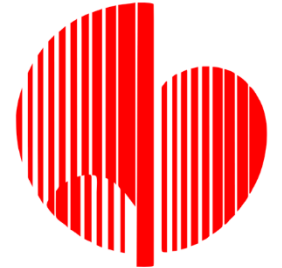
Результаты осмотра – прежние. Рост: 178 см, вес – 93 кг, ИМТ – 29,35. Медикаментозный кушингоид. Кожа: телесного цвета, без изменений. Дыхание везикулярное, хрипов нет. тоны сердца ясные, периферических отеков нет, патологических шумов нет. Ритм: правильный, ЧСС: 65 уд/мин. АД 110/70 мм.рт.ст.

При поступлении:

- Ацетилсалициловая кислота 100 мг/сут
- Аторвастатин 20 мг/сут
- Торасемид 5 мг/сут
- Эплеренон 50 мг/сут
- Бисопролол 5 мг/сут
- Валсартан+Сакубитрил 100 мг/сут
- **Эмпаглифлозин 10 мг утро (амб. НМИЦК, 2024)**

- Варфарин 6,75 мг (МНО 3,0-3,5)
- Гидроксихлорохин 200 мг/сут
- **Метилпреднизолон 2 мг/сут**

С 2025 года отмена ритуксимаба 1000 мг
– медикаментозная ремиссия СКВ



ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Основной ритм синусовый.
Средняя ЧСС-67уд./мин.
Макс. ЧСС-106уд./мин. зарегистрирована в 08ч.26м. (2-е Сутки)
Миним. ЧСС-45уд./мин. зарегистрирована в 03ч.56м. (2-е Сутки)
Нормальных комплексов QRS-91980, aberrантных-0.

ДИНАМИКА ST-СЕГМЕНТА. (канал 1)

Уровень сегмента ST определяли на расстоянии 80 мс. от точки j. Эпизодов депрессии сегмента ST более (-1.0)мм. не обнаружено. Эпизодов элевации сегмента ST более (1.0)мм. не обнаружено.

ЖЕЛУДОЧКОВАЯ ЭКТОПИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ.

- зарегистрирована в количестве 333 ЖЭС или, в среднем, 14.5 ЖЭС/час, что составило 0.36% от общего числа комплексов QRS.

Желудочковая эктопическая активность многофокусная (7 типов).

Одиночных ЖЭС	-331
Бигеминия (число ЖЭС)	-2
Парных ЖЭС (куплеты)	-0
Пробежек ЖТ (3 и более ЖЭС)	-0

НАДЖЕЛУДОЧКОВАЯ ЭКТОПИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ.

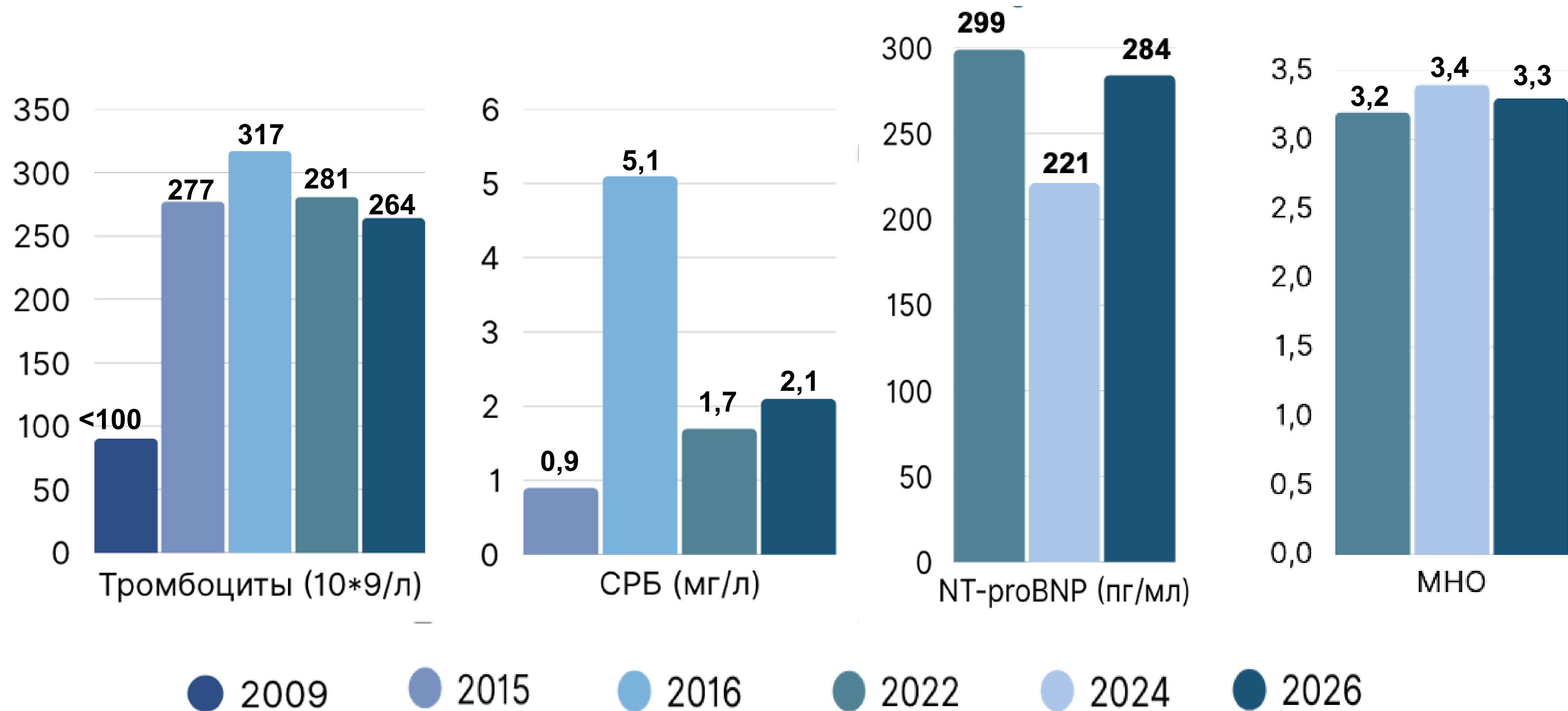
- представлена общим числом комплексов QRS 4 или, в среднем, 0.1 НЖЭС/час, что составило <0.01% от общего числа комплексов QRS. Из них нормальных комплексов QRS 4, aberrантных 0.

Одиночных НЖЭС	-4
Парных НЖЭС (куплеты)	-0
Пробежек НЖТ (3 и более НЖЭС)	-0

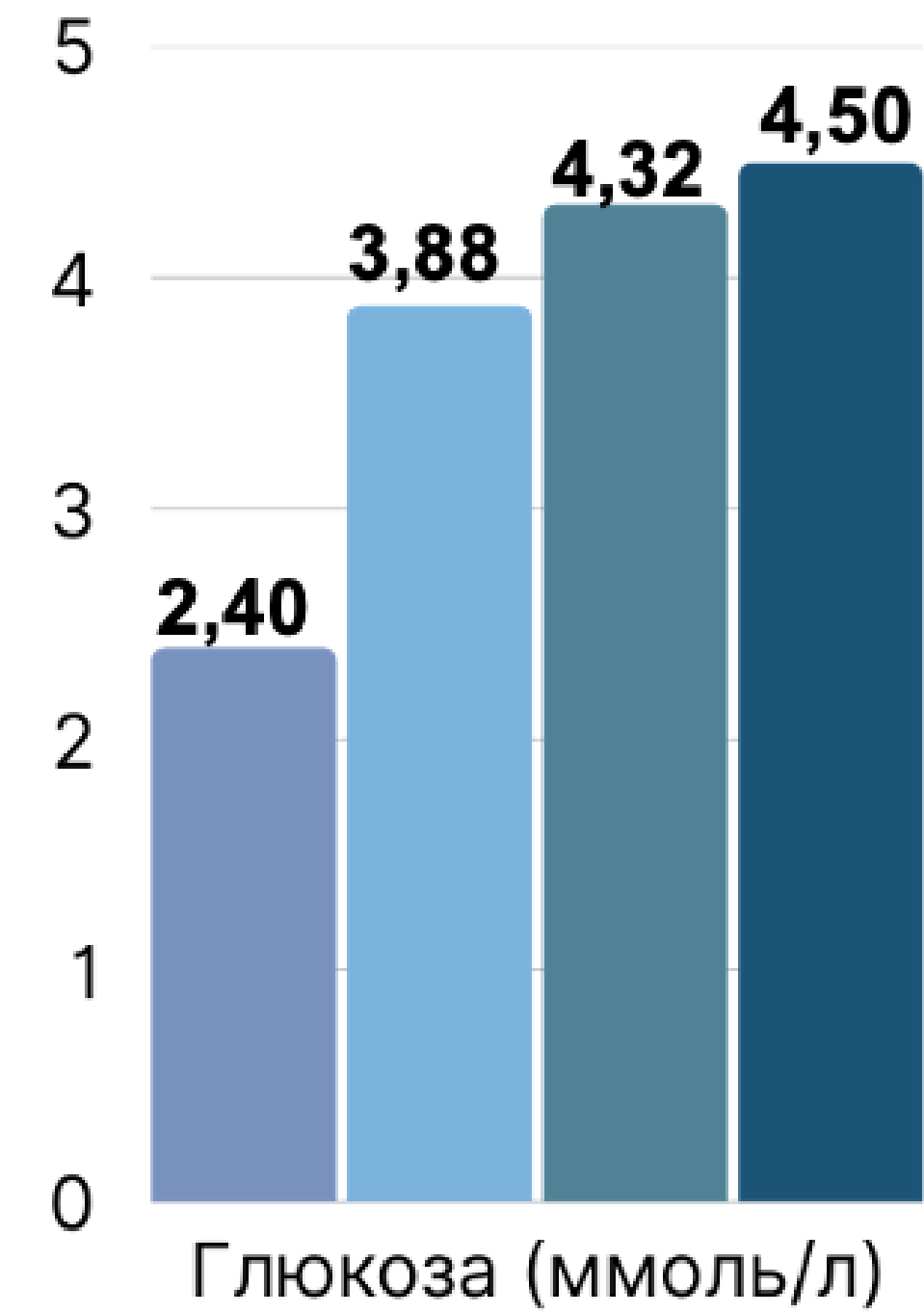
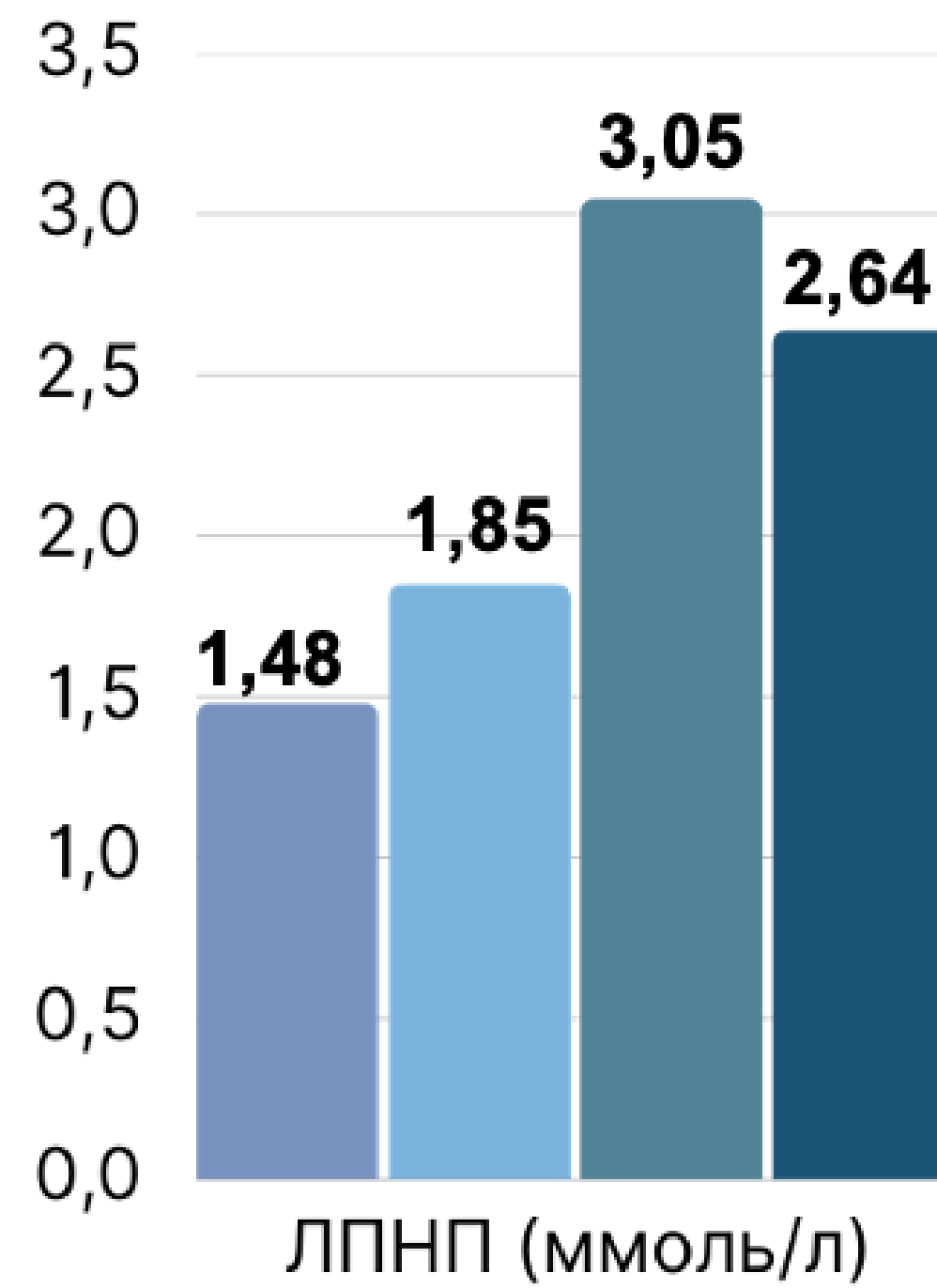
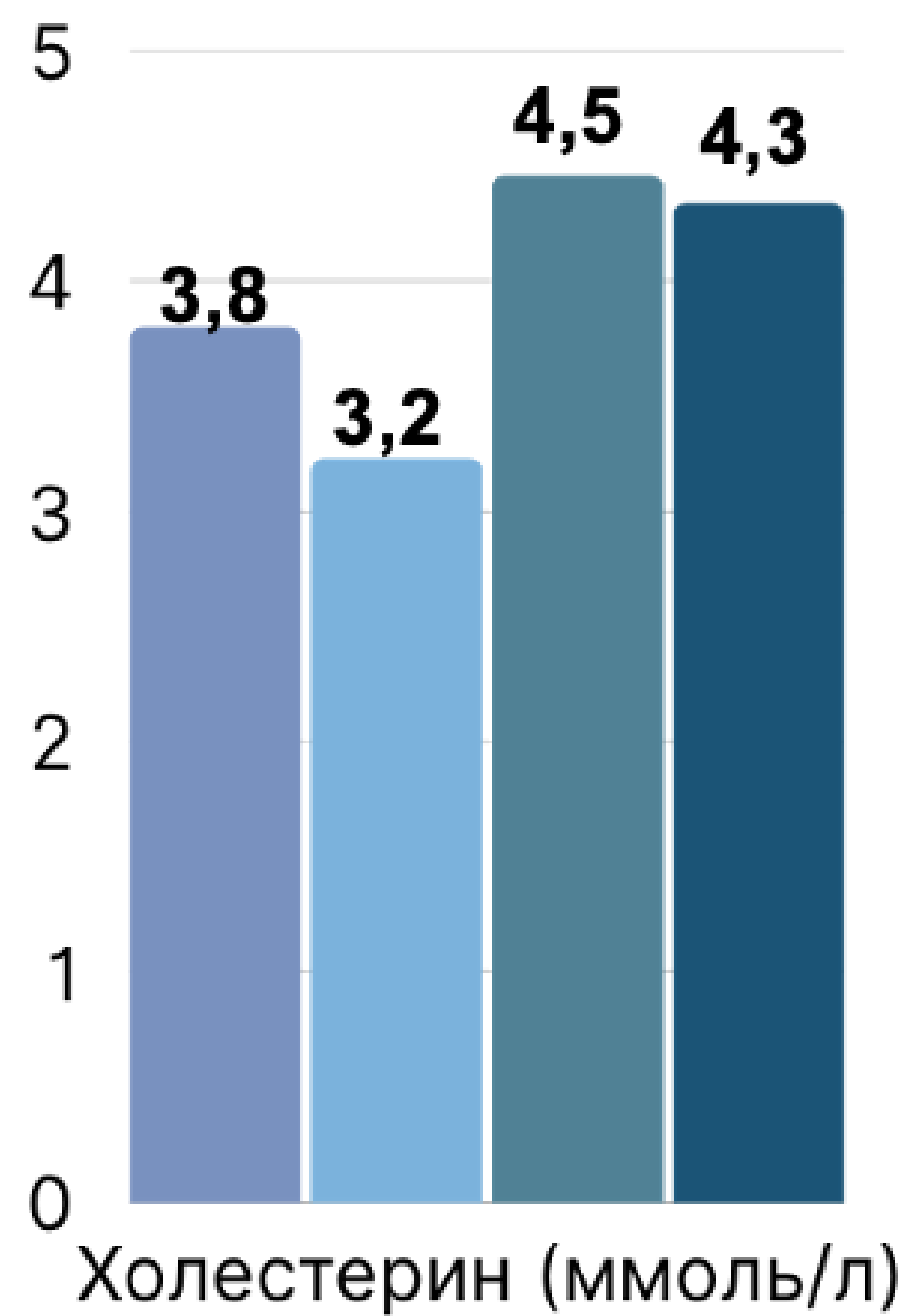
ПАУЗЫ (RR>2000 мс или увеличение RR на 45%).

-не зарегистрированы.

Динамика лабораторных анализов 2015 – 2026 гг.



Динамика лабораторных анализов 2015 – 2026 гг.



● 2015

● 2016

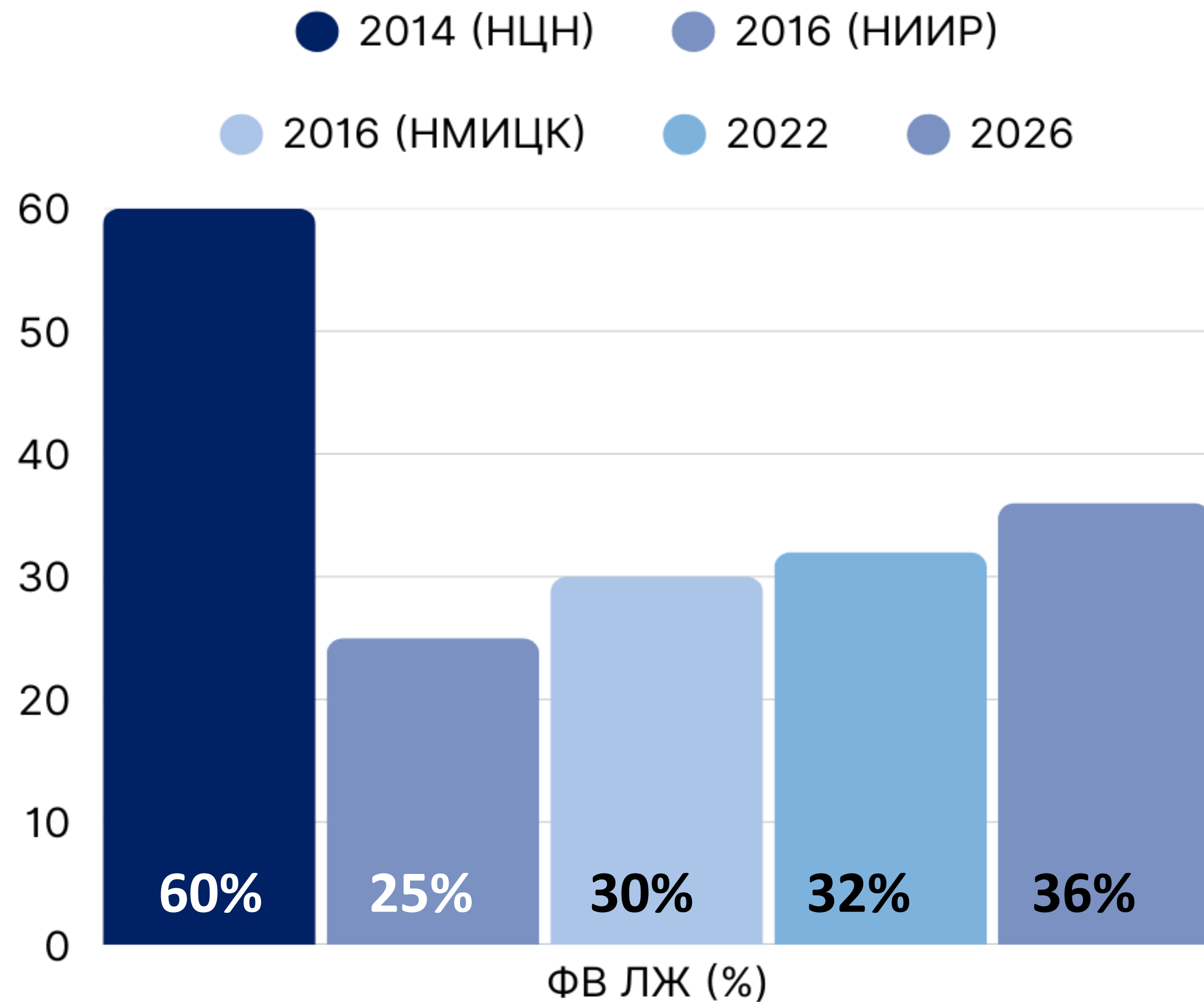
● 2022

● 2026

Увеличена доза аторвастатина до 40 мг

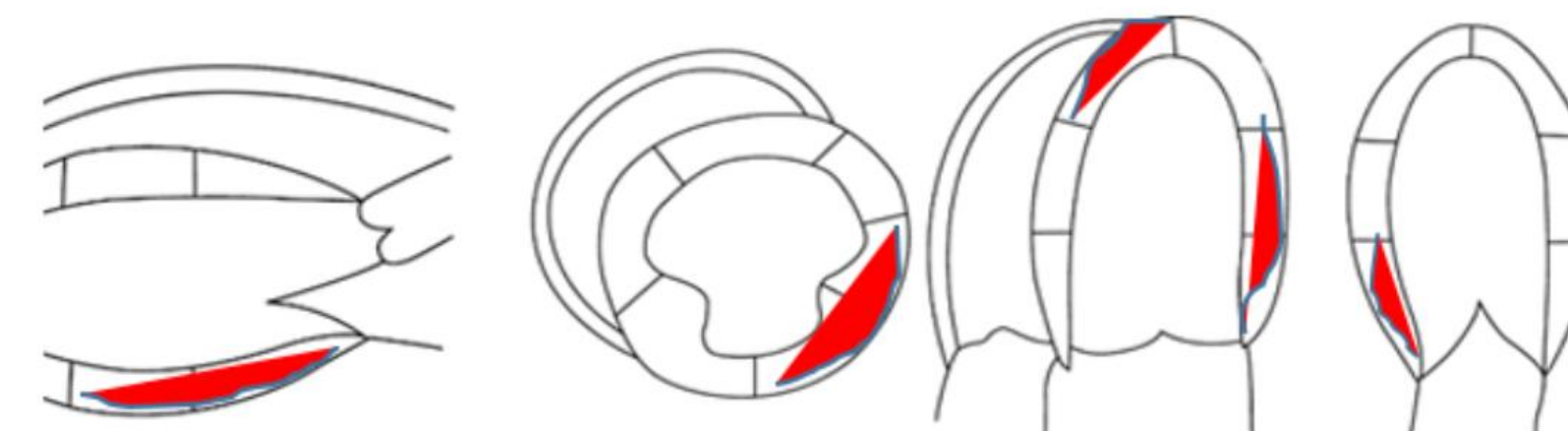
Инициирована терапия аторвастатином 20 мг

Динамика эхокардиографических исследований 2015 – 2026 гг.

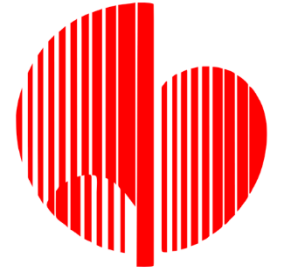


ЭхоКГ от 22.01.2026

ЛП – 4,6 см, объем – 85 мл,
ЛЖ – КДР: 7,8 см, КСР: 6,6 см.
Сократительная функция миокарда снижена,
ФВ – **35-36%**.
Выявлены зоны гипоакинезии:
Нижне-задняя стенка ЛЖ (базальный сегмент),
задне-боковая стенка ЛЖ (базальный и
средний сегмент), верхушечно-перегородочная
область ЛЖ. Краевое уплотнение створок АК.
Без гемодинамически значимых клапанных
регрurgитаций.
**Итог: без значимой отрицательной
динамики.**



зоны гипоакинезии верхушечно-перегородочной области ЛЖ, по нижне-задней (базальный сегмент), по задне-боковой стенкам ЛЖ (базальный, средний сегменты),



УЗДС БЦА от 27.01.2026
Без динамики

Впервые выполнено:

УЗДС артерий подвздошно-бедренного сегмента от 28.01.2026

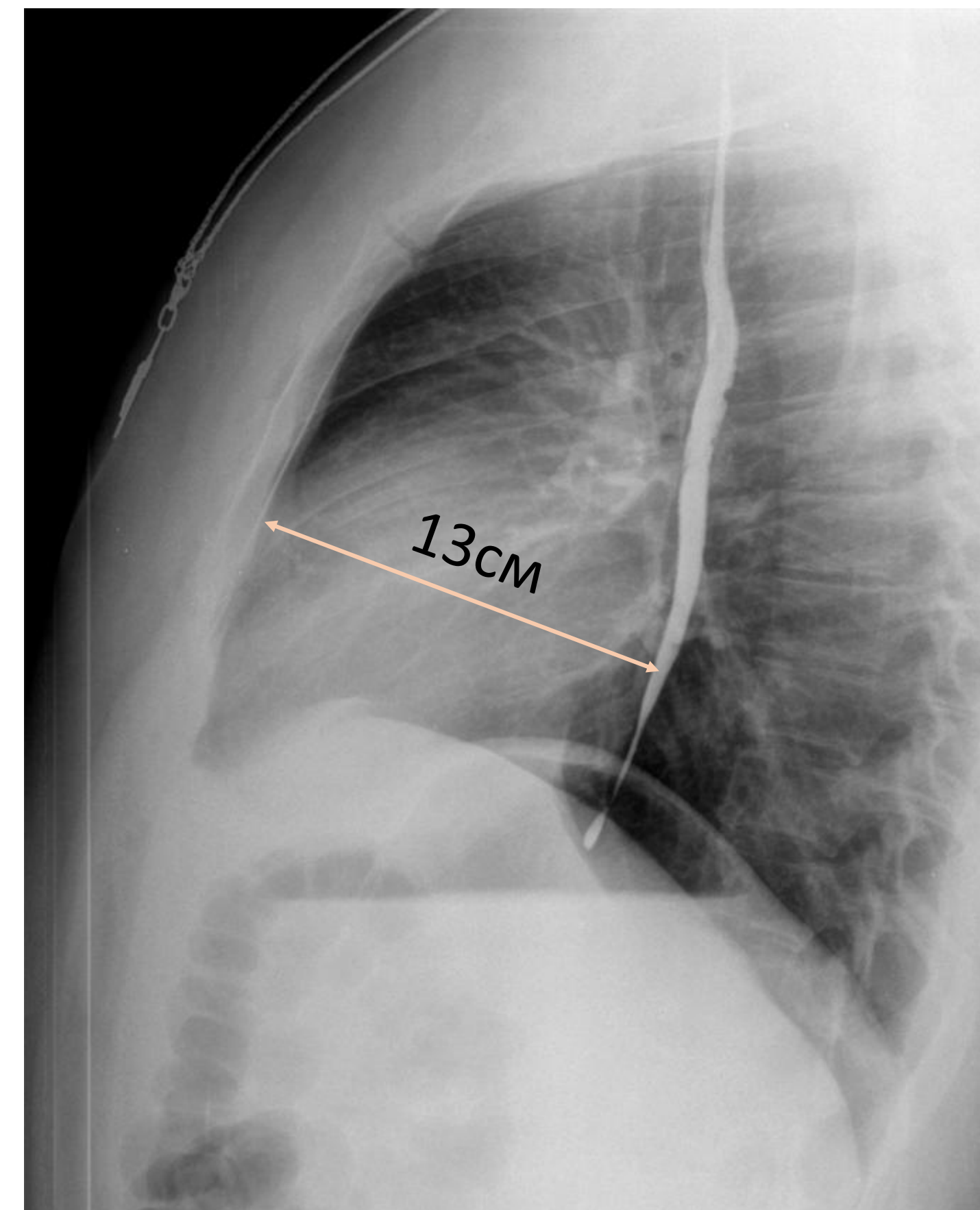
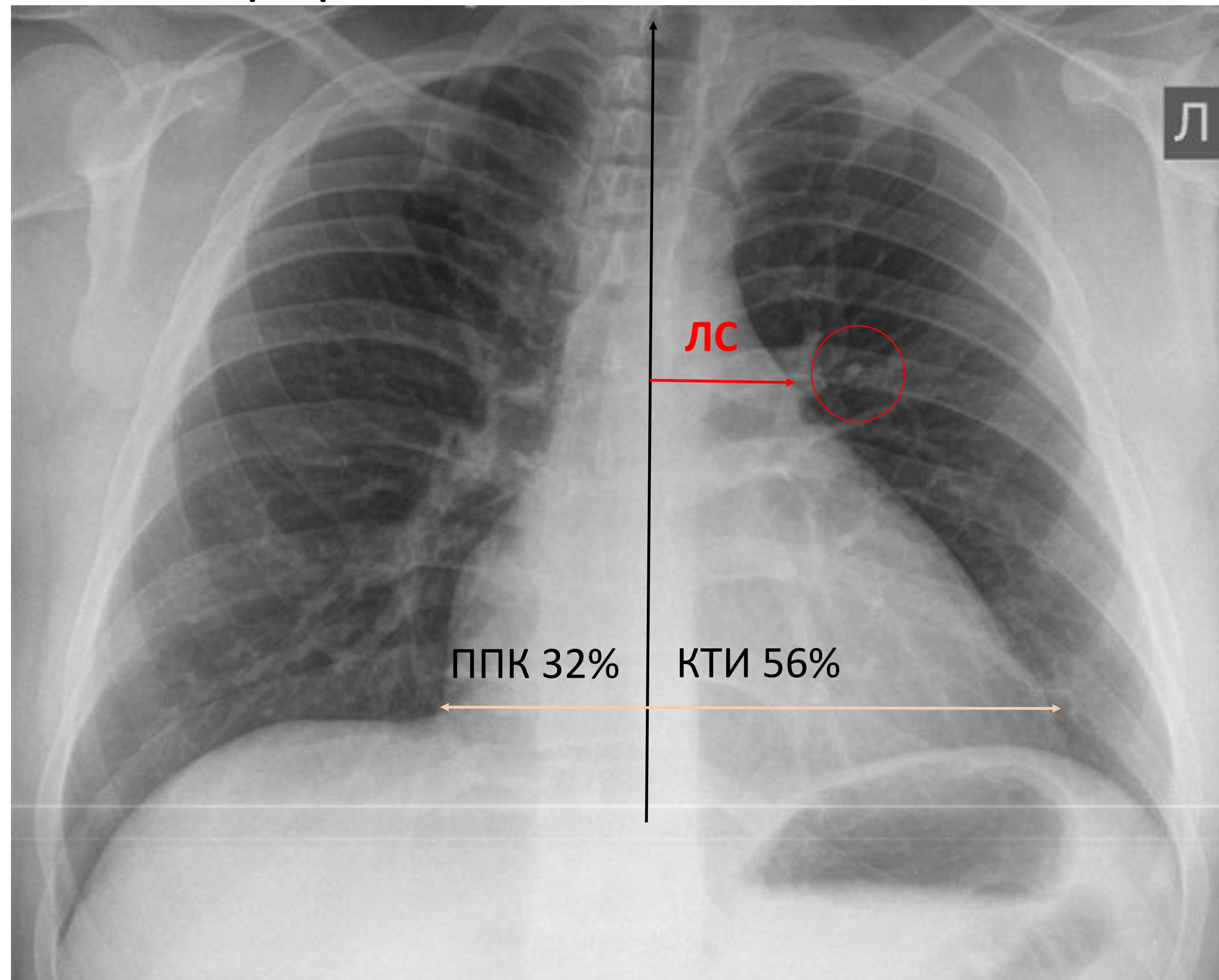
1. Утолщение задней стенки правой ОБА (ТИМ=1,0мм).
2. **Выявлена гетерогенной АСБ со стенозированием до 20% с преобладанием компонентов средней эхогенности (высотой 1,4мм), расположенной по заднебоковой стенке.**

Данные инструментальных исследований,
больного С.,
в динамике 2016 – 2026 гг.

Данные инструментальных исследований в
динамике 2016 – 2026 г.

Рентгенологические исследования легких представит –
Заведующая Рентгеновским кабинетом отделения лучевой
диагностики, врач-рентгенолог, кандидат медицинских наук
Коробкова Ирина Захаровна

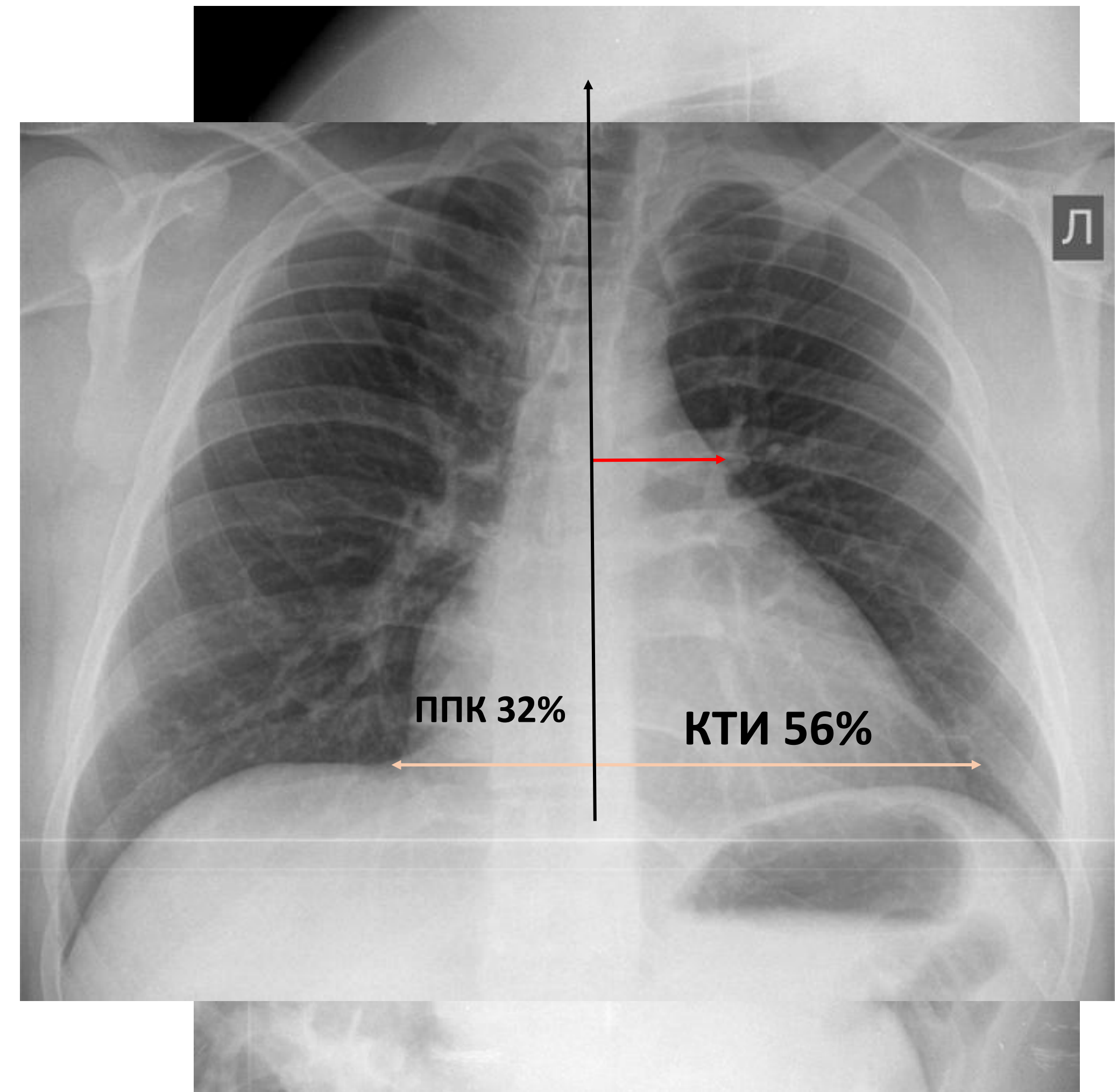
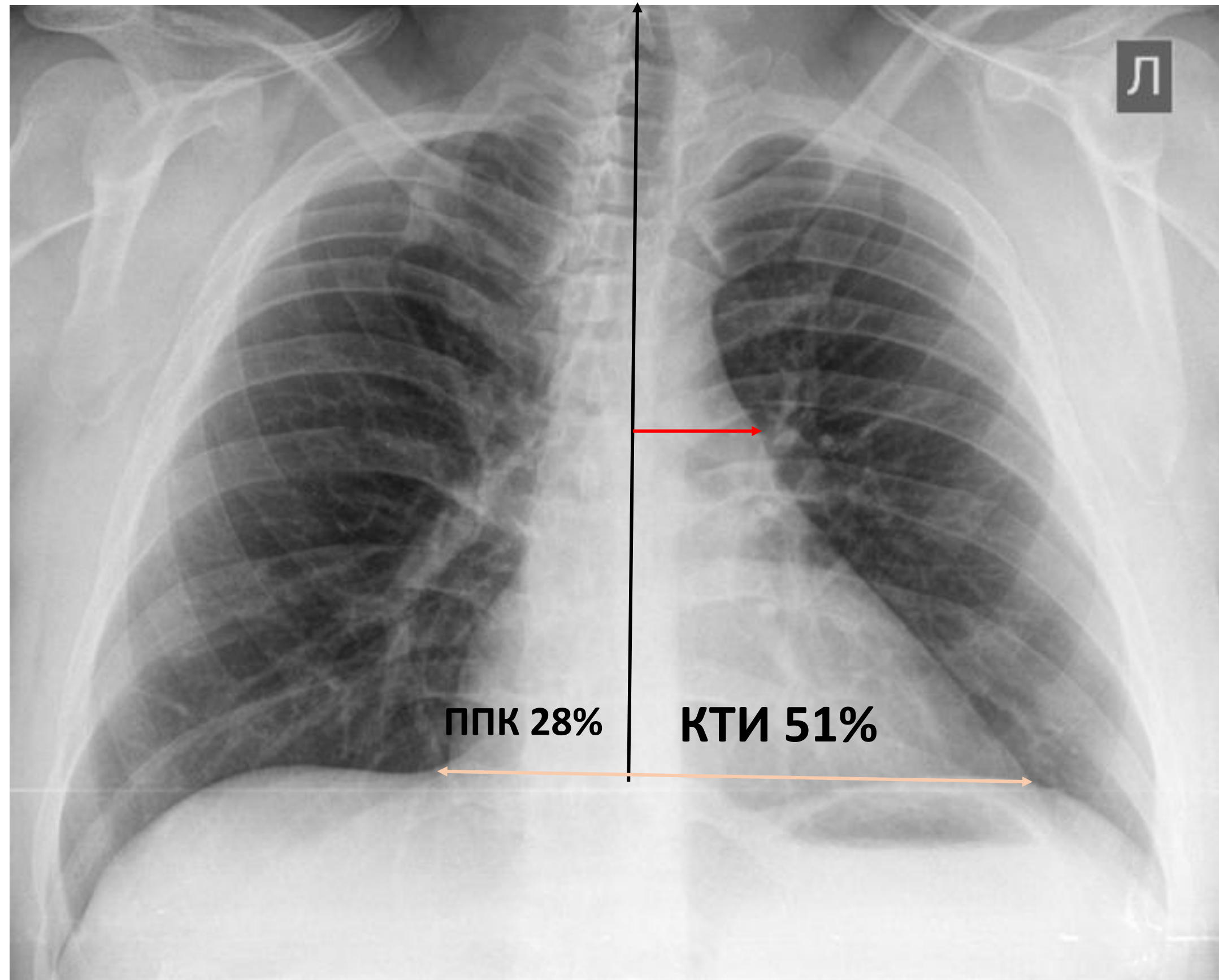
Рентгенография ОГК 29.07.2016г.



Венозный застой в легких не определяется. Не исключается артериальная ЛГ: проступает ствол ЛА, коэфф. Мура 29% ($N \leq 30\%$), $a/b > 1$. Корневые ветви ЛА не расширены Размеры сердца увеличены за счет левых отделов и правого предсердия. Аорта не изменена.

N: КТИ $\leq 50\%$; ППК $\leq 30\%$; сагиттальный поперечник $\leq 11,2\text{см}$; $a/b=1$

Рентгенография ОГК 25.07.2022 г.



Малый круг – без динамики. Размеры сердца незначительно меньше по сравнению с данными от 29.07.2016г.

Данные инструментальных исследований в
динамике 2016 – 2026 гг.

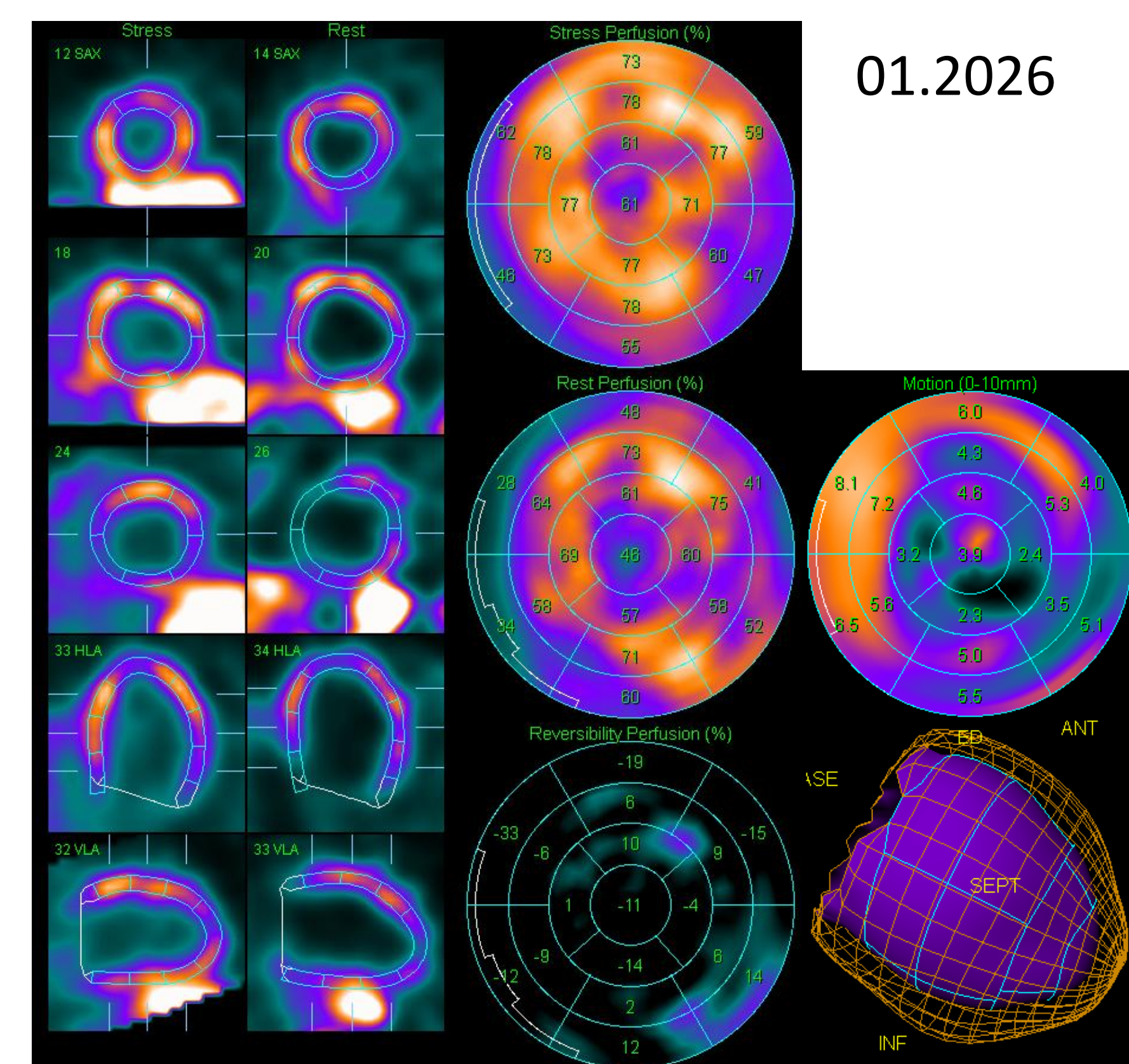
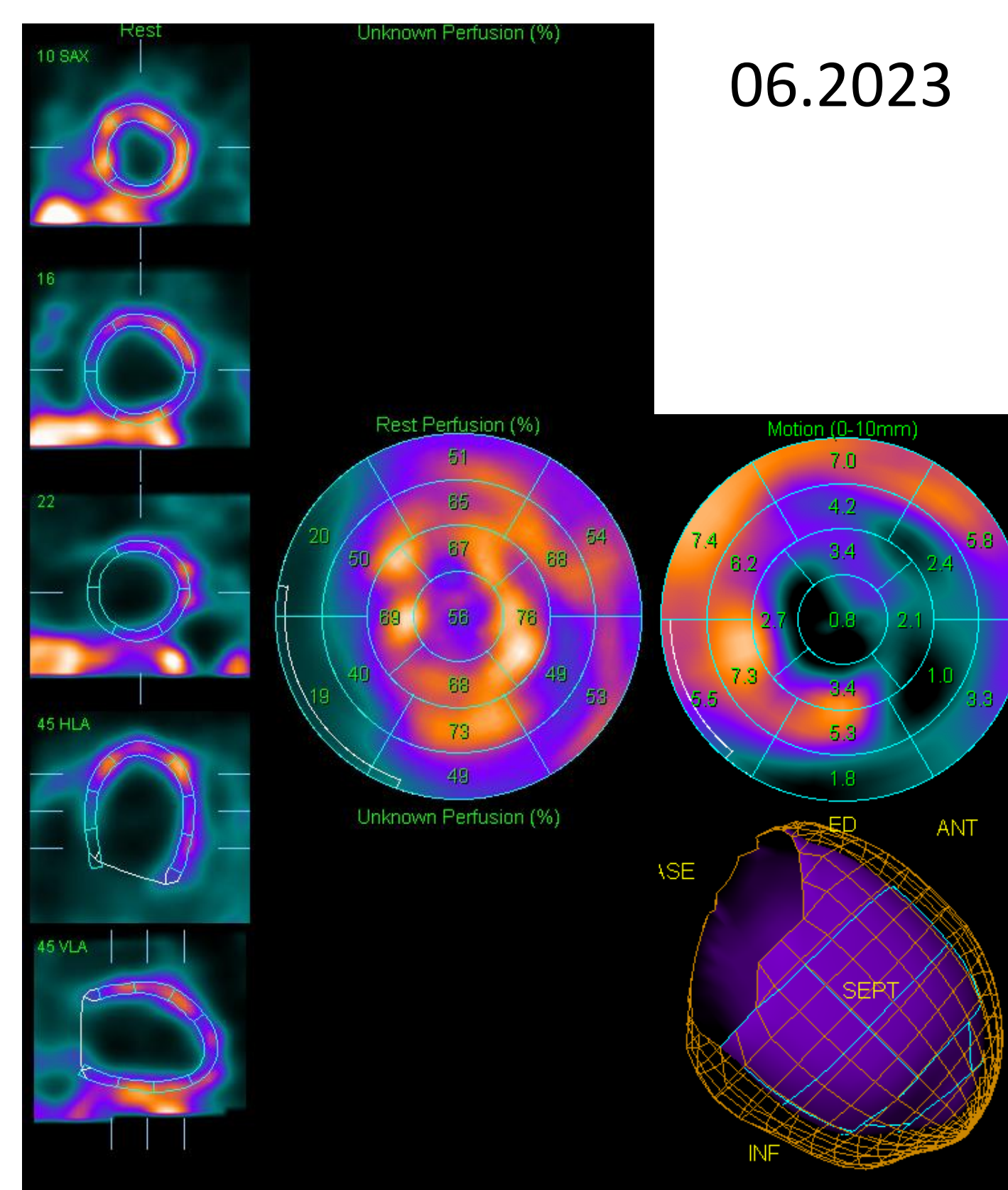
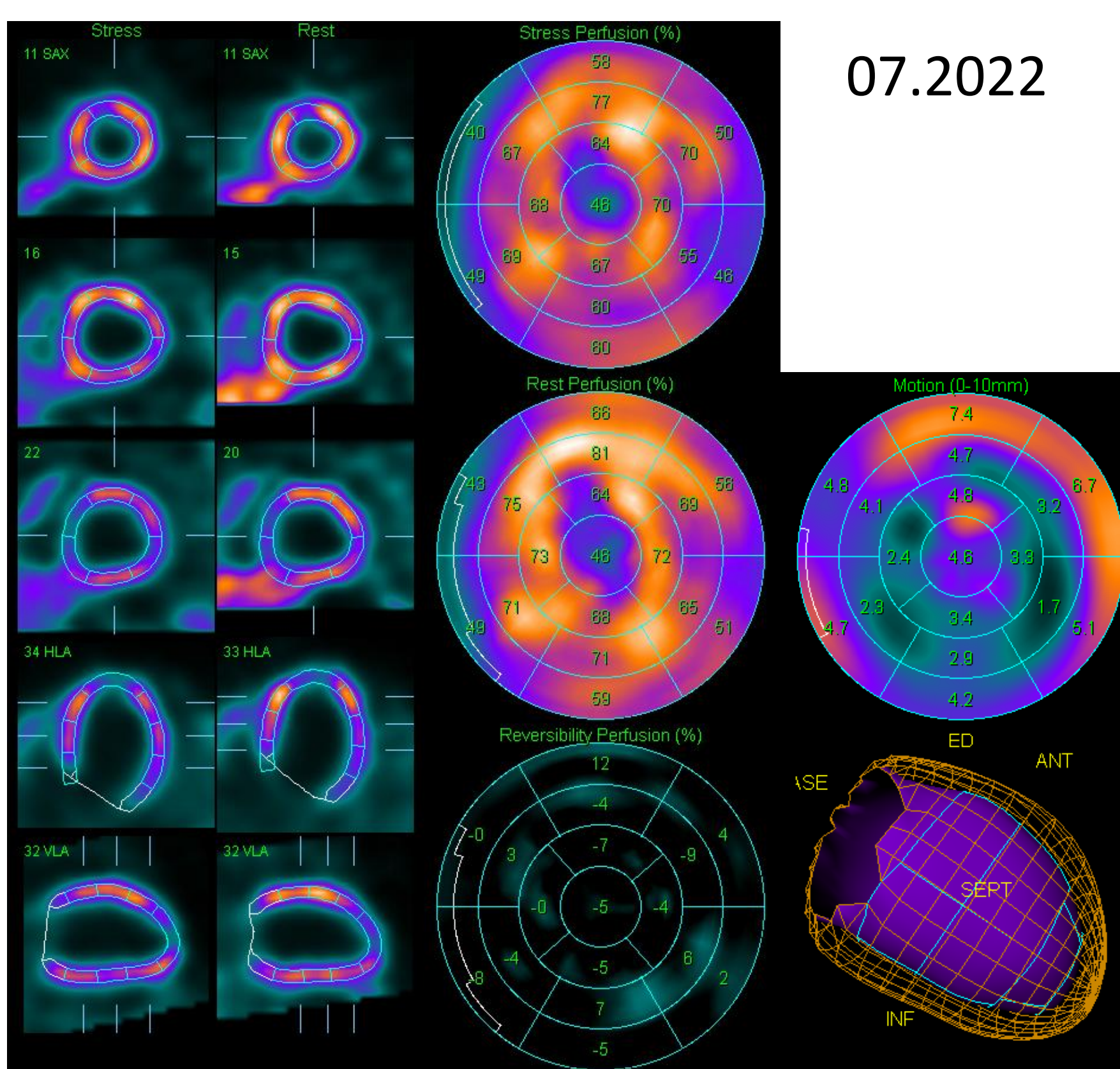
Данные серии однофотонной эмиссионной компьютерной
томографии с нагрузочными пробами (велоэргометрия)

представит -

Заведующий Лабораторией радиоизотопной диагностики и
терапии, ведущий научный сотрудник Отдела радионуклидной
диагностики и позитронно-эмиссионной томографии, доктор

медицинских наук

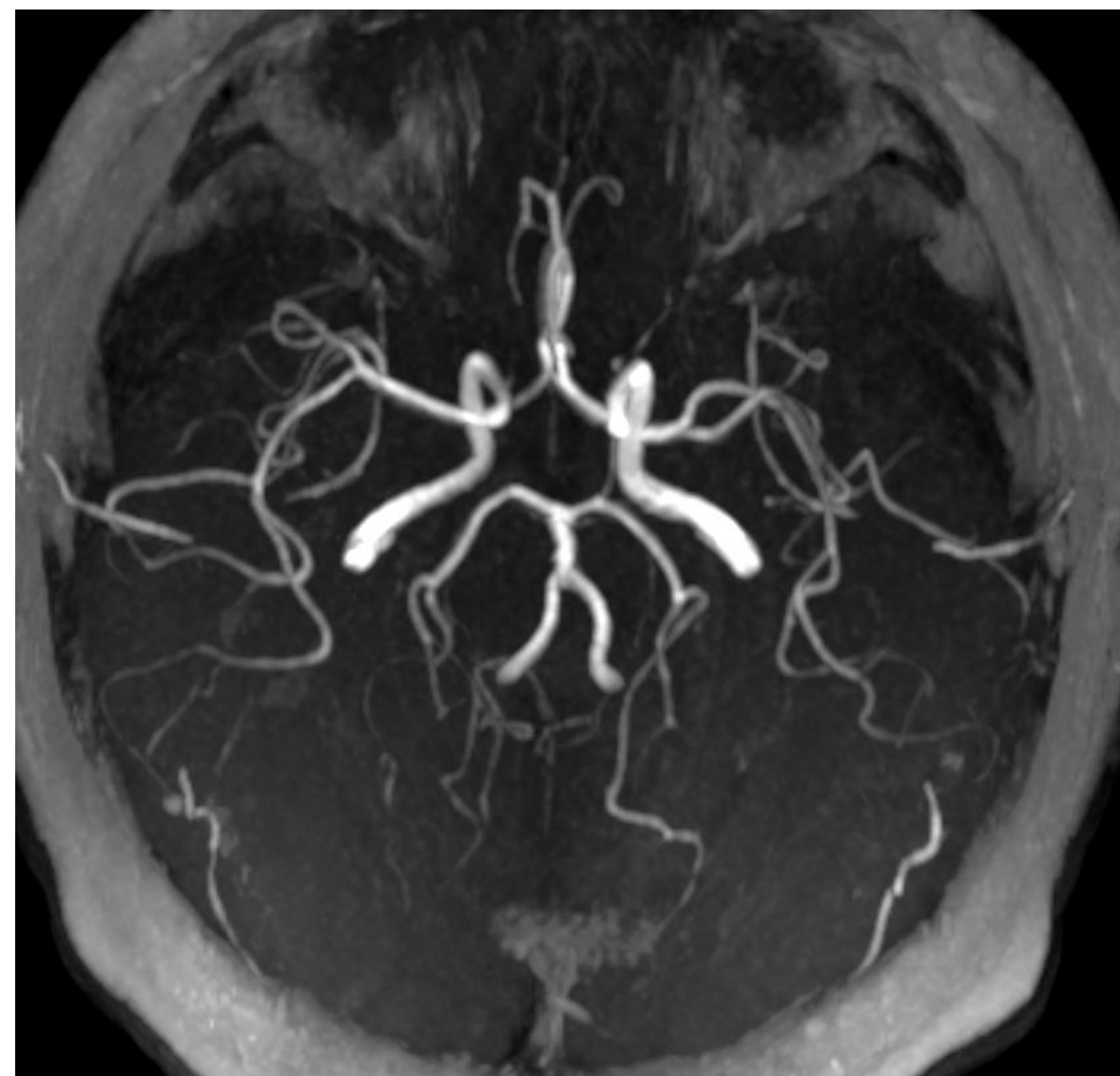
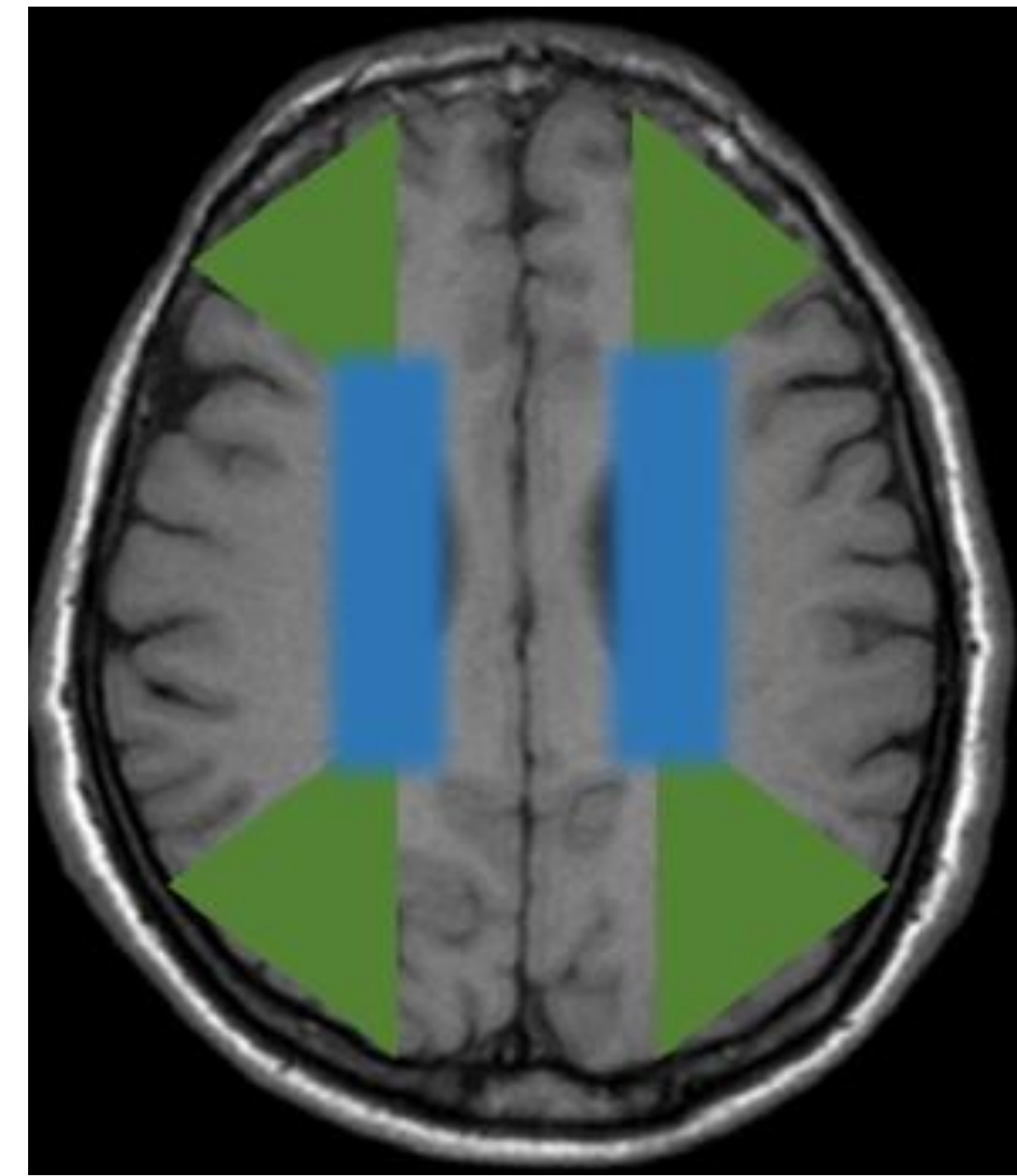
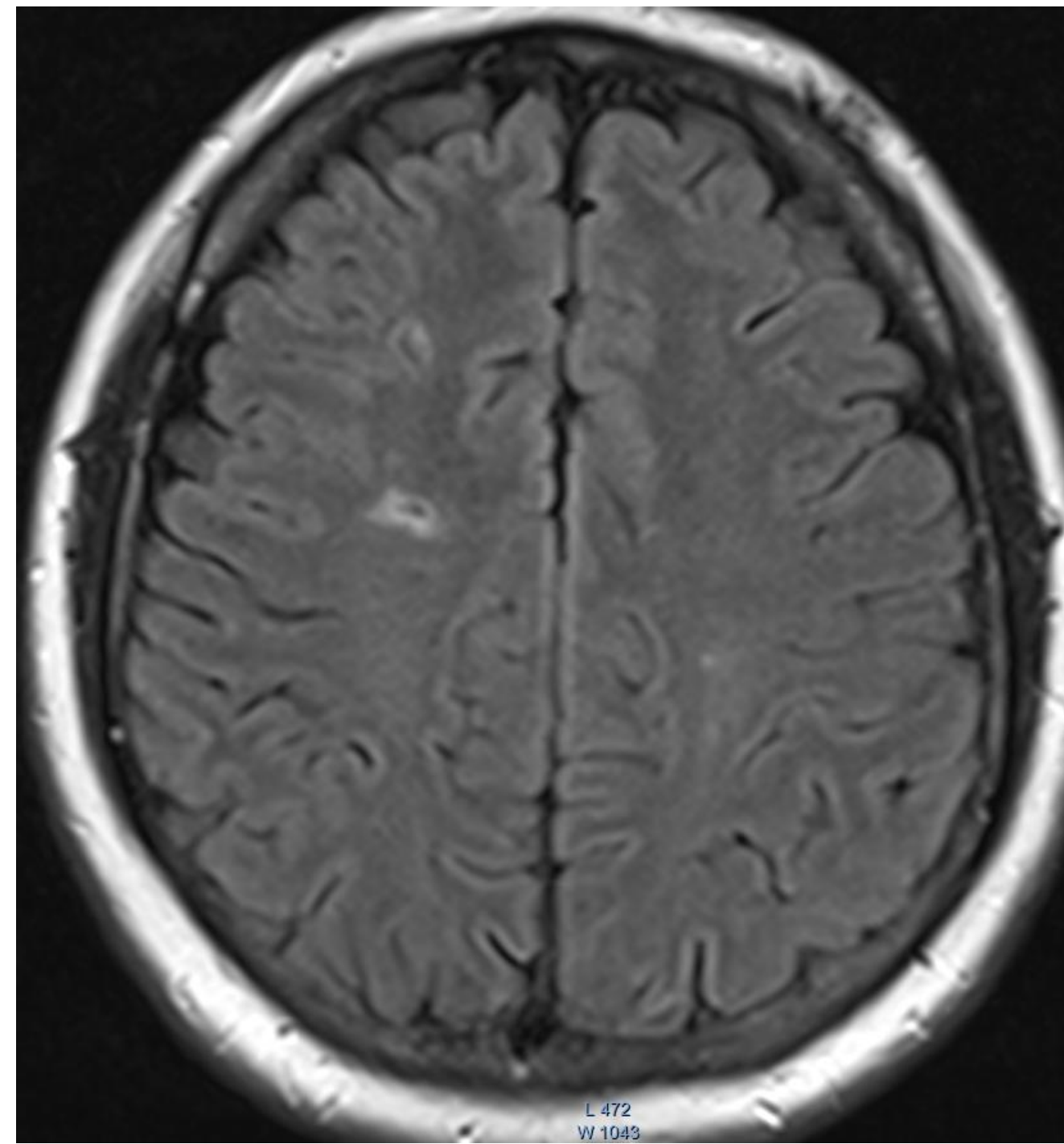
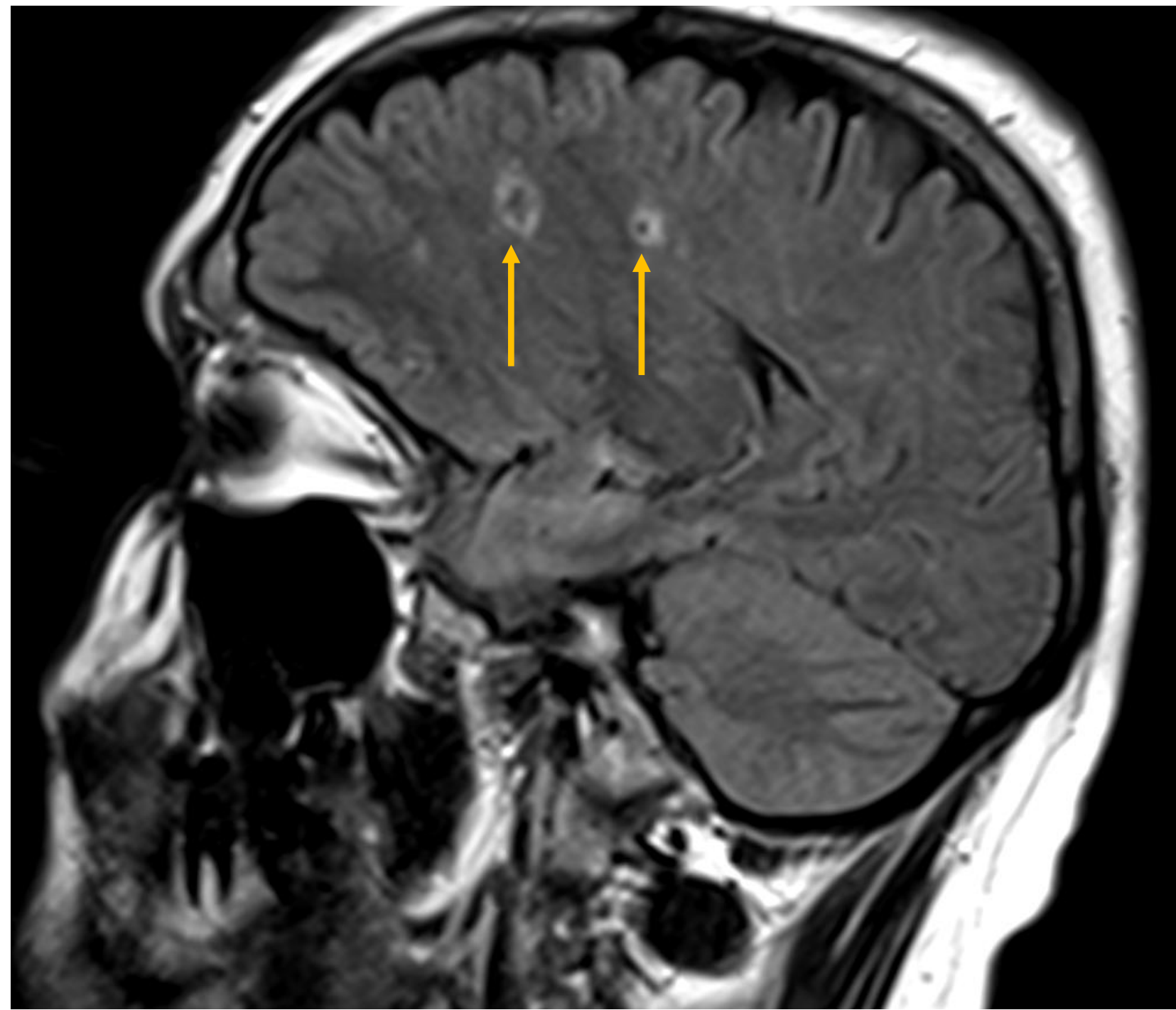
Аншелес Алексей Аркадьевич



S_{rest}	16%	16%	17%
S_{stress}	20%	-	16%
Нагр. проба	отрицательная	-	не доведена (18 уд/мин)
N	175 Вт	-	150 Вт
КДО	318 мл	354 мл	355 мл
УО	93 мл	93 мл	107 мл
ФВ	29%	26%	30%

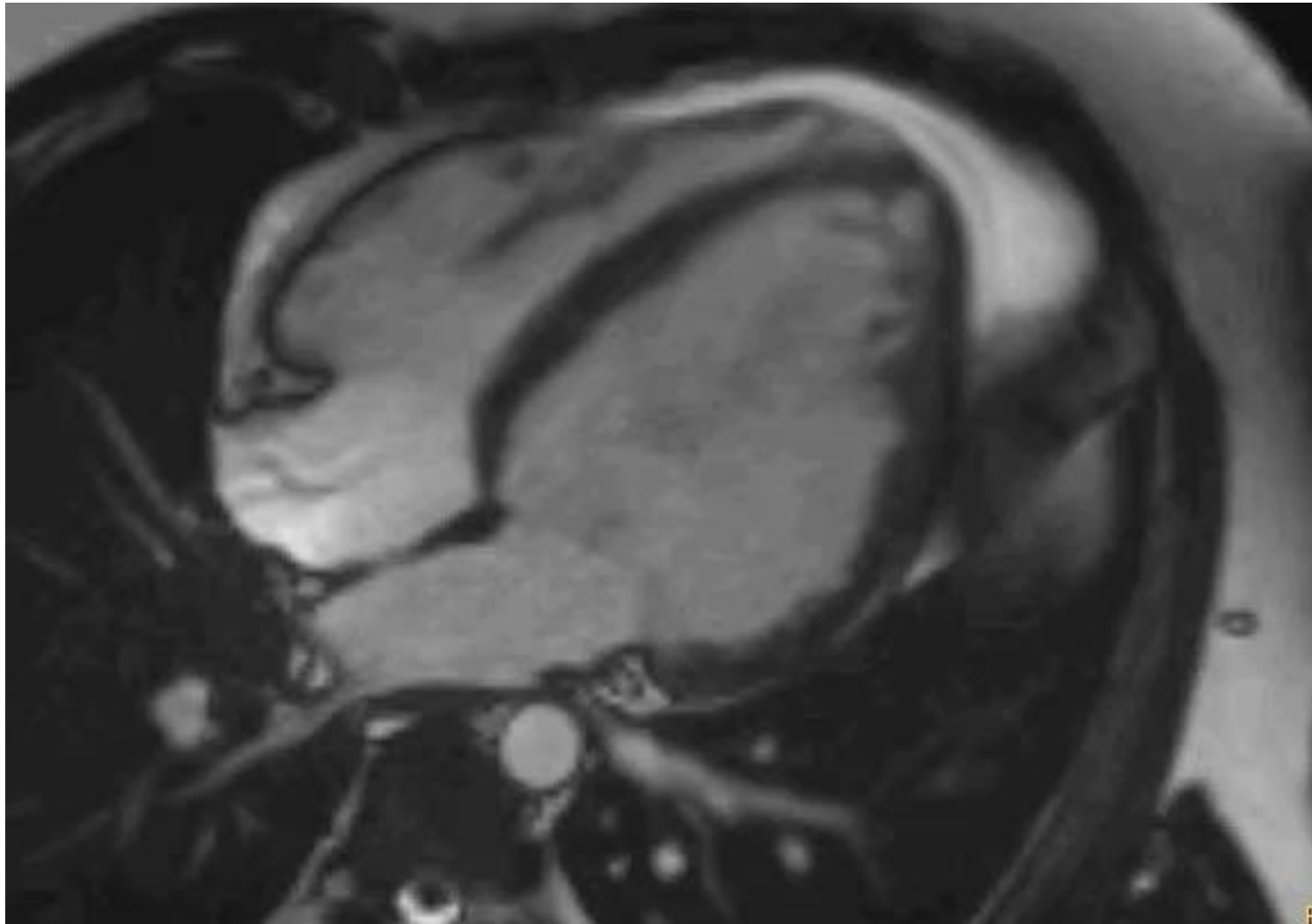
Данные инструментальных исследований в
динамике 2016 – 2026 гг.

Данные серии исследований магнитно-резонансной томографии
представит –
Ведущий научный сотрудник отдела томографии, доктор
медицинских наук
Шария Мераб Арчилъевич



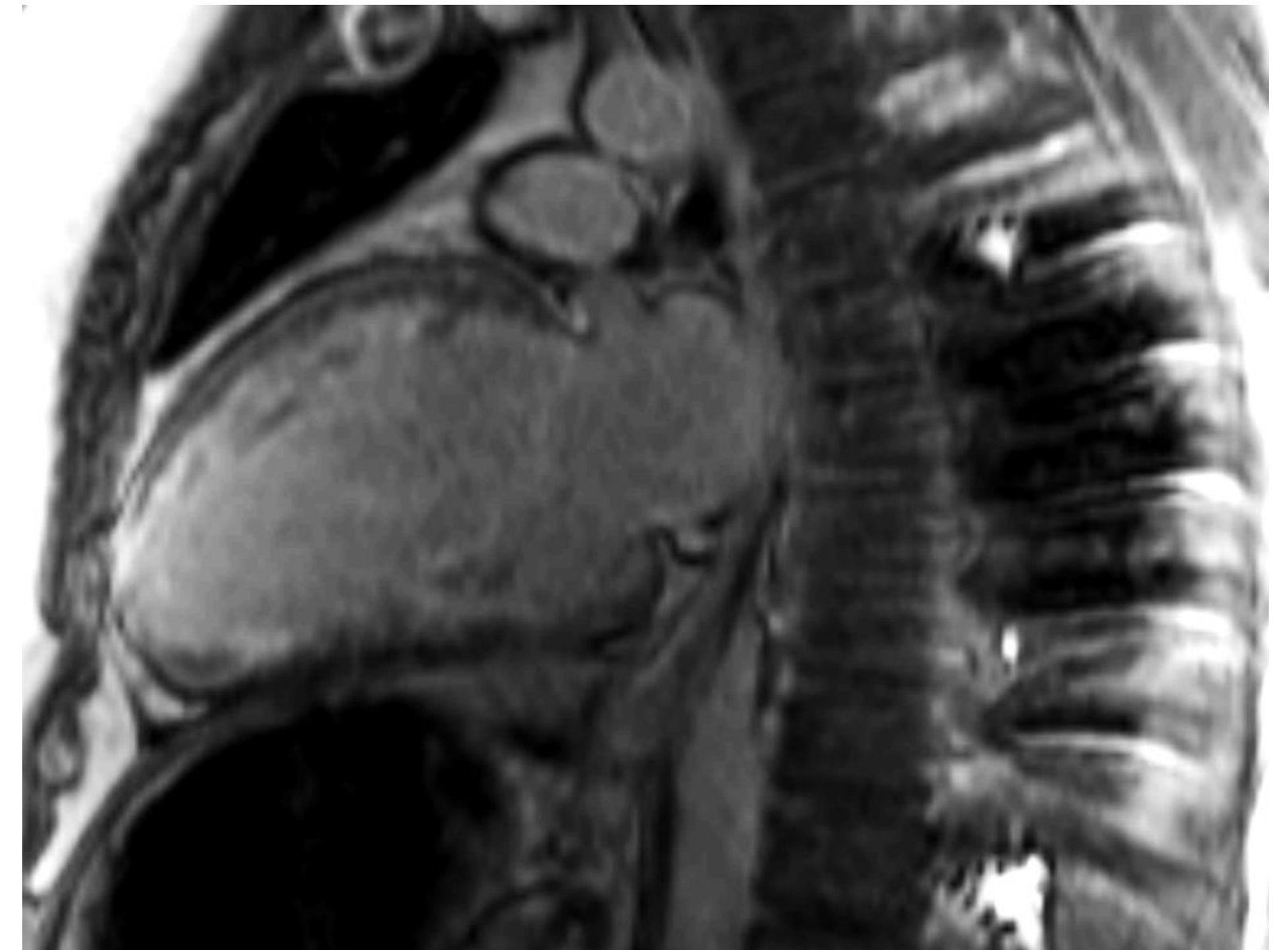
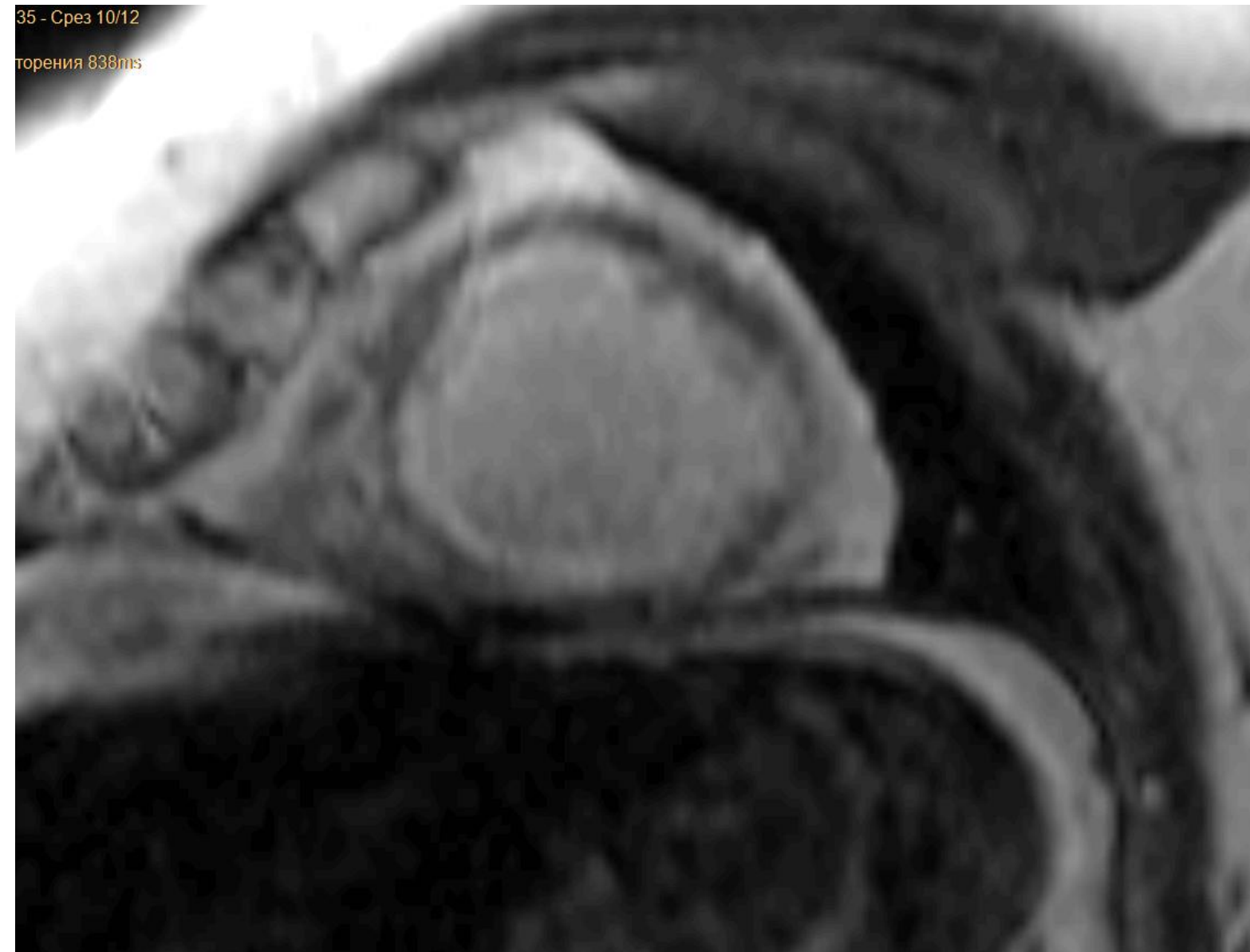
Подкорковые кистозно-глиозные очаги в зоне водораздела: зона пограничного кровоснабжения (СМА\ПМА)

МРТ от 27.01.2026 г



ЛП - 44 мм, ПП - 48 мм, КДР ЛЖ = 80 мм
ФВ ЛЖ = 30%.
ФВ ПЖ = 56%.

Диффузное снижение сократимости миокарда левого желудочка.
Субэндокардиальное накопление в миокарде боковой стенки на всем протяжении (~50% от толщины миокарда), передней стенки в среднем сегменте, всех стенок в апикальном сегменте и в вершукке (30-40%).





Диагноз при выписке:

Клинический заключительный диагноз: Ишемическая болезнь сердца. Постинфарктный кардиосклероз (инфаркт миокарда, при неповрежденных коронарных артериях неопределенной давности). Ишемическая кардиомиопатия.

Осложнения: Хроническая сердечная недостаточность со сниженной фракцией выброса. Стадия 1. Функциональный класс I.

Фоновый: Системная красная волчанка, хроническое течение, активность низкая (SLEDAI-2K-0 баллов медикаментозная ремиссия, ИП SLICCIACR-3), Антифосфолипидный синдром артериальные тромбозы мозговых и коронарных артерий, высоко позитивные антитела к кардиолипину, умеренно позитивные антитела к бета2- гликопротеину 1. Нарушение мозгового кровообращения в бассейне средне-мозговых артерий с развитием двусторонних инфарктов в обоих полушариях.

Дисциркуляторная энцефалопатия 2 ст. Антифосфолипидно опосредованная васкулопатия. Ангиопатия сетчатки обоих глаз.

Хроническая идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, ремиссия.

Сопутствующие заболевания: Гиперлипидемия IIa.. Жировой гепатоз. Атеросклероз артерий нижних конечностей, Избыточная масса тела. Миопия слабой степени обоих глаз. Сложный миопический астигматизм обоих глаз.

- Ацетилсалициловая кислота 100 мг
- **Аторвастатин 40 мг/сут**
- Эплеренон 50 мг/сут
- Торасемид 5 мг /сут
- Бисопролол 2,5 мг/сут
- Эмпаглифлозин 10 мг/сут
- **Валсартан+Сакубитрил 150 мг/сут**
- Варфарин 6,75 мг /сут (МНО 3,0-3,5)
- Гидроксихлорохин 200 мг/сут
- Метилпреднизолон 2 мг/сут



Старший научный сотрудник лаборатории тромбовоспаления,
кандидат медицинских наук

Середавкина Наталья Валерьевна

Вопросы для обсуждения

Причина развития инфаркта миокарда у пациента в 24-летнем возрасте?

Значение перенесенного инфаркта миокарда и аутоиммунного заболевания в развитии сердечной недостаточности?

Роль современной квадротерапии сердечной недостаточности у пациентов с аутоиммунными заболеваниями, ее влияние на течение аутоиммунной патологии?

Целесообразность усиления терапии ИБС для снижения риска осложнений с помощью рекомендуемых в настоящее время колхицина и агонистов рецепторов ГПП 1?