

ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ

Кардиологическое отделение №8 (ЛРК №2)

Рябцев Владимир Николаевич, дата рождения 08.02.1948, № И/б: 15988/С2019

адрес регистрации: Россия, 123290, г Москва, Центральный р-н, ш Шелепихинское, д.1, корп.-, кв.68

место работы: Неработающий Пенсионеры

находился в отделении с 18.06.2019 по 08.07.19

ДИАГНОЗ

Основной: ИБС. Постинфарктный (ИМ в 2006г.) кардиосклероз. МКШ к ПМЖА, АКШ к ЗБВ. ОВ, ЗМЖВ в 2009г. Атеросклероз аорты. Расширение брюшного отдела аорты (29 мм). Склеродегенеративный порок АК. Умеренный аортальный стеноз. Гипертоническая болезнь 3ст. Риск ССО 4. РЧА УЛВ в 2013 г.

Осложнение: Постоянная форма фибрилляции предсердий, нормосистолия. ХСН сФВ, 2а ст, II ФК. МН I ст.

Сопутствующий: Сахарный диабет, тип 2. Нефропатия смешанного генеза. ХБП СЗБ (СКФ 35 мл/мин/1,73 м²). Нарушение пуринового обмена. Дислипидемия. Атеросклероз БЦА, без гемодинамически значимого стенозирования. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей. ХАН 2Бст. Стеноз левой НПА 70%. 27.10.10г. БПШ слева (синтетика Intergard 8). 01.11.10г. Удаление инфицированного синтетического БПШ слева. 05.12.11г. - аутовенозное БПШ слева. Тромбоз аутовенозного БПШ слева. Баллонная ангиопластика левой НПА. Реканализация, баллонная ангиопластика со стентированием бедренно-подколенного шунта слева от 08.10.2018г. Первичная открытоугольная глаукома 2А. Начальная катаракта правого глаза, артифакция левого глаза. Хронический очаговый гастрит, ремиссия. Рак левой почки T1N0M0, I стадия, ремиссия. Состояние после резекции левой почки от 18.09.2017. Вентральная грыжа. КШГ + ангиография БЦА от 26.06.19 г.

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Длительный анамнез ГБ с максимальным подъемом АД до 180/90 мм рт.ст., на фоне постоянной гипотензивной терапии адаптирован к 120-130/80 мм рт.ст.

ОНМК отрицает.

В 2006г. перенес ИМ, в плановом порядке в 2009 г. выполнена операция МКШ к ПМЖА, АКШ к ЗБВ. ОВ, ЗМЖВ. в г.Москва ГБ №15 им. Филатова. В последующем ангинозные приступы не рецидивировали. Клиника СН не выражена. Толерантность к ФН высокая. Активно занимался спортом (катание на коньках, плавание).

С 2012г. зарегистрирована пароксизмальная форма ФП по ЭКГ, по поводу чего выполнена операция РЧА ИЛВ в 2013г. (г.Москва). В течение длительного времени нарушения ритма сердца не рецидивировали.

С 2008г. обратил внимание на слабость в левой н/к и боли при ходьбе. Обследовался по м/ж. Верифицирован гемодинамический значимый стеноз артерий н/к. Оперирован: 27.10.10г. БПШ слева (синтетика Intergard 8); 01.11.10г. Удаление инфицированного синтетического БПШ слева.

05.12.11г. - аутовенозное БПШ слева. Со слов, стало лучше, однако слабость и боли в левой голени и стопе сохранялись, по данным выписок - магистральный кровоток в ПКА, ПБА и ЗББА сохранен. Ухудшение состояния с лета 2017г в виде нарастания слабости и болевых ощущений в икре левой голени при минимальной ходьбе.

08.10.2018г. в НМИЦ - баллонная ангиопластика левой НПА. Реканализация, баллонная ангиопластика со стентированием бедренно-подколенного шунта слева. Ранний послеоперационный период протекал без осложнений. Восстановлена функция левой н/к в полном объеме. Болевой синдром не рецидивировал. В ходе госпитализации при обследовании по ЭКГ - зарегистрирована фибрилляция предсердий, брадисистолическая форма с частотой желудочковых сокращений: 56 уд. в мин., однако субъективно аритмию не ощущал. Давность пароксизма определена в период с

февраля по сентябрь 2018 года. После выписки состояние без отрицательной динамики. Толерантность к ФН значимо не снизилась. В качестве медикаментозной терапии при выписке рекомендована терапия контроля ЧСЖ (небиволол). Амбулаторно врачом проведена коррекция ААТ -отменен небиволол, к терапии назначен соталол 80+40 мг, пропанорм 150+150 мг. АКТ - варфарин. Был госпитализирован в НМИЦ 12.18г. в плановом порядке для дообследования, решения вопроса о способе коррекции нарушения ритма сердца. По МРТ сердца от 04.12.2018г.: Сократительная способность ЛЖ сохранена. Локальные участки гипокинезии в базальных отделах заднеперегородочной области и в апикальных отделах нижней стенки ЛЖ. ФВ - 65%. По ХМЭКГ от 05.12.2018г. - ФП с ЧСЖ от 42 до 135 (средняя 65) уд/мин в течение всего наблюдения. На этом фоне значимых пауз не зарегистрировано. Пациент обсужден с зав.отд РХА и ЭКС Гуреевым С.В., зав.отд Семеновым А.П., леч.врачом Сахаровой Е.С.: обсуждалась возможность проведения ЭИТ (попытка восстановления СР) с последующим выполнением РЧА в плановом порядке в рамках ВМП при удержании СР. По данным ЭКГ - отмечалась ФП с тенденцией к брадисистолии (ЧСЖ 52-56-60 уд/мин), в том числе по ХМЭКГ - средняя ЧСС 60 уд/мин. Учитывая стабильное клиническое состояние и гемодинамику, показаний к экстренной кардиоверсии не было. Проведение ЭИТ в настоящее время сопряжено с высоким риском развития гемодинамически значимой брадисистолии и нарушения проводимости. От выполнения ЭИТ принято решение воздержаться. Проведен консилиум в составе зам.главного врача Коношковой Р.Л., зав.отд РХА и ЭКС Гуреевым С.В., зав.отд Семеновым А.П., леч.врачом Сахаровой Е.С.: определены показания к оперативному лечению - РЧА ИЛВ в рамках ВМП в плановом порядке.

В ходе обследования верифицирован СД 2 тип. Диабетическая нефропатия, ХБП С3б.

По ЭхоКГ от 12.02.19 г.: Ао 40 мм, ЛП 46 мм, КДР 50 мм, КДО 120 мл, ФВ 75%, ГЛЖ, аортальный стеноз, мак. гр. давления 40 мм рт.ст., средний 20 мм рт.ст., АН 1-2 ст., МН 1-2 ст.

18.06.19 г. госпитализирован в ФГБУ "НМИЦ им. В.А. Алмазова" для дообследования и определения дальнейшей тактики ведения.

С учетом ХБП С3б (СКФ 33 мл/мин/1,73 м²), обсужден с нефрологом - риск КИН высокий, в динамике - незначительное снижение СКФ (35 => 33), абсолютных противопоказаний к введению контраста нет, рекомендована профилактика КИН. На фоне проводимой терапии — креатинин со снижением.

По ЭхоКГ: ЛП: 44 мм; ИО 42.8 мл/м кв; МЖП 16 мм, ЗС 14 мм, КДО 124 мл, ФВ 65 %, кинетика не изменена, АР 1 ст., кровоток на АК ускорен с формированием умеренно выраженного стеноза-МРГ=33.5 mm Hg, AVA(VTI)~1.18 см², index AVA(VTI)~0.85см²/м², ФК АК 22-23мм, МР 1 ст.

По КШГ от 26.06.19 г.: ЛКА: ствол: без значимого стенозирования. ПМЖА: стеноз проксимальной трети до 50%, периферия удовлетворительная, заполняется антеградно и по МКШ. ОА: диффузные изменения средней трети со стенозированием до 50%, периферия удовлетворительная.

Стеноз проксимальной трети МА до 90%. Периферия заполняется через функционирующий АКШ.

ПКА: окклюзия проксимальной трети, периферия заполняется через функционирующий АКШ.

Шунтография: Аорто-коронарный шунт к МА: функционирует удовлетворительно, дефектов анастомозов нет, кровоток по шунту удовлетворительный. Аорто-коронарный шунт к ПКА: функционирует удовлетворительно, дефектов анастомозов нет, кровоток по шунту удовлетворительный.

Мамаро-коронарный шунт к ПМЖА: функционирует удовлетворительно, дефекта анастомоза нет, кровоток по шунту удовлетворительный. Ангиография БЦА: ПВСА: без значимого стенозирования. ЛВСА: стеноз проксиальной части до 50%.

Консультирован зам.глав.врача по хирургии Котиным А.Н. - по клинико-инструментальным данным имеет место умеренный АС, в настоящее время коррекция АС не показана. Рекомендован контроль ЭХО-КГ через 6 месяцев с консультацией кардиохирурга.

Консультирован и.о.з.о.РХА и ЭКС Ефимовым И.В. - проведение РЧА УЛВ не показана в связи с ожидаемой низкой эффективностью и высоким риском.

По УЗДГ артерий н/к - в проекции ПБА визуализирован шунт, в просвете которого, на всем протяжении лоцируется стент. В проксимальном отделе стента (на уровне верхней трети бедра), лоцируется локальный стеноз до 80%, с ЛСК 400 см/сек.

По УЗИ ОБП и почек обращает на себя внимание расширение брюшного отдела аорты (до 2.8-2.9 см), ближе к бифуркации, с переходом на левую подвздошную артерию. УЗ-признаки висцеропто-

за. Обсужден с сосудистым хирургом — показаний к оперативному лечению в настоящее время нет.

Консультирован зав.отд. ССХ №2 Черновым А.В. - показана эндоваскулярная реваскуляризация ПБА в короткие сроки.

Консультирован эндокринологом, рекомендации даны.

Выписывается в ССХ №2 для проведения эндоваскулярной реваскуляризации ПБА, оценки тактики ведения в отношении брюшного отдела аорты.

ЛАБОРАТОРНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ от 18.06.19

Клинический анализ крови

HGB Гемоглобин	121.0 <	g/L	(130.0 - 160.0)
RBC Эритроциты	3.98 <	10 ¹² /L	(4.00 - 5.00)
MCV Средний объем эритроцитов	92.7	fL	(80.0 - 100.0)
MCH Среднее содержание гемоглобина в 1 эритроцит	30.4	pg	(27.0 - 34.0)
MCHC Средняя концентрация гемоглобина в эритроцит	32.8	g/dL	(30.0 - 38.0)
HCT Гематокрит	36.9 <	%	(40.0 - 48.0)
RDW-CV Ширина распределения эритроцитов по объему	13.80	%	
RDW-SD Ширина распределения эритроцитов по объему	45.40	fL	
PLT Тромбоциты	138 <	10 ⁹ /L	(150 - 400)
MPV Средний объем тромбоцитов	11.4	fL	(5.0 - 13.0)
P-LCR Отношение крупных тромбоцитов к общ. кол-ву	35.2	%	(13.0 - 45.0)
PDW Ширина распределения тромбоцитов по объему	14.1	%	(10.0 - 18.0)
PCT Тромбокрит	0.160	%	(0.100 - 0.500)
WBC Лейкоциты	7.8	10 ⁹ /L	(4.0 - 9.0)
		относительные	абсолютные
Нейтрофилы	73.8	%	5.76 10 ⁹ /L (2.00 - 5.80)
Лимфоциты	13.6 <	%	1.06 < 10 ⁹ /L (1.20 - 3.20)
Моноциты	11.1 >	%	0.87 > 10 ⁹ /L (0.10 - 0.70)
Эозинофилы	1.4	%	0.11 10 ⁹ /L (0.00 - 0.30)
Базофилы	0.1	%	0.01 10 ⁹ /L (0.00 - 0.10)
Незрелые гранулоциты	0.50	%	0.04 10 ⁹ /л
Протромбиновое время	24.2 >	сек	(11.5 - 14.5)
Протромбин (по Квику)	38 <	%	(>70)
МНО	2.10 >		(0.80 - 1.20)
Калий	4.60	ммоль/л	(3.50 - 5.50)
Креатинин	174	мкмоль/л	
Группа крови по системе ABO	В III		
Резус фактор	Резус положительный		
Антиэритроцитарные антитела	не выявлены		
Мочевина	14.30 >	ммоль/л	(3.00 - 9.20)

ЛАБОРАТОРНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ от 19.06.19

Глюкоза (8 ч)	4.30	ммоль/л	(3.30 - 5.50)
Глюкоза (16 ч)	3.67	ммоль/л	(3.30 - 5.50)
Глюкоза (20 ч)	5.02	ммоль/л	(3.30 - 5.50)

ЛАБОРАТОРНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ от 20.06.19

Гликозилированный гемоглобин	6.20 >	%	(<6.00)
------------------------------	--------	---	---------

ЛАБОРАТОРНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ от 21.06.19

Протромбиновое время	21.7 >	сек	(11.5 - 14.5)
Протромбин (по Квику)	44 <	%	(>70)
МНО	1.83 >		(0.80 - 1.20)
Калий	4.90	ммоль/л	(3.50 - 5.50)
Креатинин	163	мкмоль/л	
Мочевина	15.70 >	ммоль/л	(3.00 - 9.20)

ЛАБОРАТОРНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ от 23.06.19

Протромбиновое время	23.8 >	сек	(11.5 - 14.5)
Протромбин (по Квику)	35 <	%	(>70)
МНО	2.28 >		(0.80 - 1.20)

ЛАБОРАТОРНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ от 25.06.19

Протромбиновое время	24.2 >	сек	(11.5 - 14.5)
Протромбин (по Квику)	34 <	%	(>70)
МНО	2.33 >		(0.80 - 1.20)

ЛАБОРАТОРНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ от 26.06.19

Глюкоза (8 ч)	5.78	ммоль/л	(3.30 - 5.50)
---------------	------	---------	---------------

Общий анализ мочи

Физико-химические свойства

Цвет	свж		
Прозрачность	прозрачная		
Удельная плотность	1.010		(1.010 - 1.025)
Кислотность	5.5	ед.рН	(5.0 - 7.0)
Эритроциты	0	*10 ⁹ /л	(0 - 1)
Билирубин	0.00	мкмоль/л	(0.00 - 0.00)
Уробилиноген	0.00	мкмоль/л	(0.00 - 17.00)
Кетоновые тела	0.00	ммоль/л	(0.00 - 0.00)
Белок (скрининг-тест полоска)	0.00	г/л	(0.00 - 0.00)
Нитриты	не обнаружено		(0.00 - 0.00)
Глюкоза	0.00	ммоль/л	(0.00 - 0.00)
Лейкоциты	0	*10 ⁹ /л	(0 - 2)
Протромбиновое время	21.3 >	сек	(11.5 - 14.5)
Протромбин (по Квику)	41 <	%	(>70)
МНО	1.97 >		(0.80 - 1.20)
Глюкоза (12 ч)	5.39	ммоль/л	(3.30 - 5.50)
Глюкоза (16 ч)	4.88	ммоль/л	(3.30 - 5.50)
Глюкоза (20 ч)	3.31	ммоль/л	(3.30 - 5.50)

ЛАБОРАТОРНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ от 27.06.19

Клинический анализ крови

HGB Гемоглобин	128.0 <	г/л	(130.0 - 160.0)
RBC Эритроциты	4.25	10 ¹² /л	(4.00 - 5.00)
MCV Средний объем эритроцитов	92.5	fL	(80.0 - 100.0)
MCH Среднее содержание гемоглобина в 1 эритроцит.	30.1	pg	(27.0 - 34.0)
MCHC Средняя концентрация гемоглобина в эритроцит.	32.6	г/dL	(30.0 - 38.0)
HCT Гематокрит	39.3 <	%	(40.0 - 48.0)
RDW-CV Ширина распределения эритроцитов по объему	13.90	%	
RDW-SD Ширина распределения эритроцитов по объему	45.50	фл	
PLT Тромбоциты	158	10 ⁹ /л	(150 - 400)
MPV Средний объем тромбоцитов	11.2	fL	(5.0 - 13.0)
P-LCR Отношение крупных тромбоцитов к общ.кол-ву	35.2	%	(13.0 - 45.0)
PDW Ширина распределения тромбоцитов по объему	15.0	%	(10.0 - 18.0)
PCT Тромбокрит	0.180	%	(0.100 - 0.500)
WBC Лейкоциты	7.8	10 ⁹ /л	(4.0 - 9.0)

	относительные		абсолютные		
Нейтрофилы	70.0	%	(45.0 - 75.0)	5.46	10 ⁹ /л (2.00 - 5.80)
Лимфоциты	15.0 <	%	(19.0 - 37.0)	1.17 <	10 ⁹ /л (1.20 - 3.20)
Моноциты	9.7	%	(3.0 - 11.0)	0.76 >	10 ⁹ /л (0.10 - 0.70)
Эозинофилы	4.9	%	(0.0 - 5.0)	0.38 >	10 ⁹ /л (0.00 - 0.30)
Базофилы	0.4	%	(0.0 - 1.0)	0.03	10 ⁹ /л (0.00 - 0.10)
Незрелые гранулоциты	1.40	%		0.11	10 ⁹ /л
Предположительное заключ.	IG Present Positive Morph Positive Count				
Протромбиновое время	18.4 >			сек	(11.5 - 14.5)
Протромбин (по Квику)	51 <			%	(>70)
МНО	1.62 >				(0.80 - 1.20)

Креатинин 166 мкмоль/л

КУЛЬТУРАЛЬНЫЙ ПОСЕВ МОЧИ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К АНТИБИОТИКАМ

Посев При посеве роста микроорганизмов не выявлено

ЛАБОРАТОРНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ от 02.07.19

Глюкоза (8 ч)	5.16	ммоль/л	(3.30 - 5.50)
Глюкоза (12 ч)	9.31 >	ммоль/л	(3.30 - 5.50)

ЭКГ РЕЗУЛЬТАТ от 18.06.19

P : - мсек; PQ : - мсек; QRS : 90 мсек; QT : 426 мсек; L : - гр.

Ритм: фибрилляция предсердий; брадисистолическая форма с частотой желудочковых сокращений: 58 уд. в мин. Признаки гипертрофии левого желудочка. Нельзя исключить рубцовые изменения нижней стенки ЛЖ.

ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТ от 19.06.19

ЧСС 76 уд.в мин.; ритм: синусовый

Аорта : 38 мм; стенки уплотнены, утолщены; восходящая аорта 40 мм

Левое предсердие : 44 мм; индекс объема 42.8 мл/м кв; МПП не изменена

Левый желудочек : МЖП 16 мм, ЗС 14 мм, ММ 364 г, ИММ 169 г/кв. м, КДР 51 мм, КДО 124 мл

ФВ Симпсон 65 %, ФВ Тейхольц 67 %, ФУ 36 %, кинетика не изменена

Правый желудочек : парастеральная позиция 29 мм; 4-камерная 33 мм; передняя стенка 6 мм

Правое предсердие 38 мм

Легочная артерия : 21 мм

Нижняя полая вена : 19 мм

Аортальный клапан : створки фрагментарно кальцинированы; dPmax 53 мм рт. ст. dPmean: 34 мм рт. ст., регургитация 1 степени

Митральный клапан : створки легко уплотнены; площадь МО dPmax 5.3 мм рт. ст., dPmean 2.4 мм рт. ст.; V_e/V_a 0.87, Tdec 230 мс, E/Em 12.7; регургитация 1 степени

Трикуспидальный клапан : створки не изменены; dPmax 3.6 мм рт. ст.: регургитация приклапанная

Пульмональный клапан : dPmax 3.7 мм рт. ст.; регургитация приклапанная

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Незначительное увеличение ЛП. МЖП утолщена до 16 мм на уровне базальных сегментов, расчетные показатели массы миокарда значительно повышены. Глобальная сократимость ЛЖ не нарушена. Зоны нарушения регионарной сократимости-нет. Диастолическая дисфункция ЛЖ 2 степени. Повышенное давление наполнения ЛЖ. Сократимость ПЖ по данным TDI (TAVS=12,0 см/с) не снижена. TAPSE=2.0 см. МПП и МЖП лоцируются целостными. При CDI-картировании убедительных данных за патологическое шунтирование крови не получено. Корень аорты не расширен, восходящий отдел не расширен, дуга не расширена, стенки ее уплотнены. Легочный ствол не расширен. Аортальный клапан вероятно трехстворчатый, полулуния его уплотнены, с кальцинозом. Кровоток на АК ускорен с формированием умеренно выраженного стеноза- $MPG=33.5$ mm Hg, $AVA(VTI)\sim 1.18$ см², $index\ AVA(VTI)\sim 0.85$ см²/м², Аортальная регургитация до 1 степени. ФК АК 22-23мм. Створки митрального клапана не уплотнены. Открытие створок клапана не ограничено. Митральная регургитация 0-1 степени. Створки трикуспидального клапана не изменены. Трикуспидальная регургитация 0-1ст. Количество жидкости в полости перикарда не увеличено.

РЕНТГЕНОГРАФИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ РЕЗУЛЬТАТ от 26.06.19

эффективная доза: измеренная 0,5 мЗв

На рентгенограммах органов грудной клетки - в легких без очаговых и инфильтративных изменений. Легочный рисунок усилен за счет сосудистого компонента. Корни легких структурны, не расширены. Контуры диафрагмы четкие. Аорта кальцинирована в проекции дуги, представляется расширенной в восходящем отделе и в проекции дуги. Тень сердца расширена за счет левого желудочка. Металлические лигатуры на груди

УЗИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ПОЧЕК РЕЗУЛЬТАТ от 26.06.19

Печень

Левая доля : не увеличена. Толщина: 7.8 см, *Правая доля* : не увеличена. КВР: 13.5 см. Структура паренхимы: однородная. Очаговые образования: не лоцируются. Эхогенность паренхимы: умеренно повышена. Сосудистый рисунок: не изменен. Звукопроводимость: не изменена. Печеночные вены: не расширены. Воротная вена: 1.0 см. Холедох: не расширен. Внутривеночные протоки: не лоцируются.

Желчный пузырь

Размеры полусокращен после еды 7.2 * 1.2 см. Форма: грушевидная. Стенки: уплотнены, не утолщены. Внутривеночные включения: не лоцируются.

Поджелудочная железа

Размеры не увеличены. Головка: 1.8 см. Тело: 1.7 см. Хвост: 2.5 см. Контуры: ровные, четкие. Эхогенность: выше эхогенности печени. Вирсунгов проток: не расширен. Очаговые образования: не лоцируются.

Селезенка

Не увеличена Размеры: 9.2 * 3.7 см. Контуры: ровные, четкие. Структура паренхимы: однородная. Очаговые образования: не лоцируются.

Лимфатические узлы

Не лоцируются.

Правая почка

Размеры: 12.3 * 5.3 см. Контуры: ровные. Расположены: типично. Эхогенность: повышена, равна печени. Толщина паренхимы: 1.1 см. Чашечки: не расширены. Лоханка: не расширена. Конкременты: не выявлены. Другие патологические образования: в паренхиме лоцируются кисты до 0.8

см.

Левая почка

Размеры: 9.0 * 4.9 см. Контуры: ровные. Расположены: типично. Эхогенность: повышена, равна печени. Толщина паренхимы: 1.2 см. Чашечки: не расширены, Лоханка: не расширена. Конкременты: не выявлены. Иные патологические образования: в паренхиме лоцируется киста 3.0 см (Bosniak1).

Надпочечники : область надпочечников без особенностей

Свободная жидкость : в брюшной полости не лоцируется

Брюшной отдел аорты: обращает на себя внимание тенденция к расширению брюшного отдела аорты (до 2.8-2.9 см), ближе к бифуркации, с переходом на левую подвздошную артерию. УЗ-признаки висцероптоза.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

УЗ-признаки умеренных диффузных изменений паренхимы обеих почек. Кисты паренхимы обеих почек. Обращает на себя внимание тенденция к расширению брюшного отдела аорты.

ДУПЛЕКСНОЕ СКАНИРОВАНИЕ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ от 21.06.19

Слева осмотрены артерии н/к.

Баллонная ангиопластика левой НПА. Реканализация, баллонная ангиопластика со стентированием бедренно-подколенного шунта слева

НПА -проходима, кровоток магистрального типа, достаточный.

В проекции ПБА визуализировант шунт, в просвете которого, на всем протяжении лоцируется стент. В проксимальном отделе стента (на уровне верхней трети бедра), лоцируется локальный стеноз до 80%, с ЛСК 400 см/сек.

ЗББА,ПББА проходимы, кровоток коллатерального типа, достаточный.

ДУПЛЕКСНОЕ СКАНИРОВАНИЕ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ НА ЭКСТРАКРАНИАЛЬНОМ УРОВНЕ от 25.06.19

Сонные артерии

Справа

ОСА размер: 8.7 мм, скорость: 54 см/с, RI: 0,81, ход сосудов: S-образный изгиб, Комплекс интима-медиа: 1,0-1,2мм, диффузно уплотнен

Бифуркация ОСА КИМ по задней стенке атеросклеротическая бляшка: циркулярная, частично кальцинированная (стеноз до 35%), пролонгированная на устье и луковичу ВСА (стеноз 30-35%)

ВСА размер: 4.9 мм, скорость: 61 см/с, RI: 0,67, ход сосудов: С-образный изгиб в дистальном отделе

НСА : гемодинамически значимых изменений не выявлено кровоток: магистрального типа достаточный

Слева

ОСА размер: 8.8 мм, скорость: 67 см/с, RI: 0,80, ход сосудов: обычный, Комплекс интима-медиа: 1,3-1,5мм, диффузно уплотнен, в среднем отделе лоцируется циркулярная, пролонгированная, повышенной эхогенности АСБ (стеноз до 40%)

Бифуркация ОСА КИМ по задней стенке атеросклеротическая бляшка: циркулярная, пролонгированная на устье и луковичу ВСА: в проекции бифуркации ОСА и устья ВСА лоцируется тотальный кальциноз с широкой акустической тенью-измерение степени стеноза технически невозможно, на видимом участке луковиче АСБ повышенной эхогенности, располагается преимущественно по передней стенке, сужает сосуда на 50-55% (ПССК до 137см/с)

ВСА размер: 4.7 мм, скорость: 67 см/с, RI: 0,70, ход сосудов: S-образный изгиб в дистальном отделе

НСА : гемодинамически значимых изменений не выявлено кровоток: магистрального типа достаточный

Позвоночные артерии

Справа

1 сегмент размер: 4.2 мм, скорость: 75 см/с, RI: 0,88, ход сосудов: S-образный

2 сегмент размер: 4.2 мм, скорость: 39 см/с, RI: 0,73, ход сосудов: без извитости

Слева

1 сегмент размер: 3.2 мм, скорость: 37 см/с, RI: 0,64, ход сосудов: волнообразный

2 сегмент размер: 3.2 мм, скорость: 32 см/с, RI: 0,70, ход сосудов: без извитости

Подключичные артерии : без гемодинамически значимого стенозирования, кровоток магистрального типа, достаточный D=S

Яремные и позвоночные вены не расширены. кровоток в проекции позвоночных вен не ускорен.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Дегенеративные изменения стенок МАГ с формированием АСБ (см. описание).

ФУНКЦИЯ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ РЕЗУЛЬТАТ от 26.06.19

ЖЕЛ: 89 % {Норма}

ФЖЕЛ: 92 % {Норма}

ОФВ1: 80 % {Условная норма}

ОФВ1/ЖЕЛ: 89 % {Условная норма}

ПОСвыд: 98 % {Норма}

МОС25: 61 % {Легкое снижение}

МОС50: 40 % {Условная норма}

МОС75: 38 % {Значительное снижение}

СОС25-75: 39 % {Умеренное снижение}

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ЖЭЛ в норме. Умеренное снижение проходимости дистальных бронхов.

КОРОНАРОГРАФИЯ РЕЗУЛЬТАТ от 26.06.19

количество процедур (снимков): 11

эффективная доза: измеренная 11 мЗв

с контрастированием

Бальная оценка стеноза коронарных артерий: 0.00

Заключение

ФГБУ «НМИЦ» МЗ РФ

Отделение РХМДиЛ

Ф.И.О.: Рябцев Владимир Николаевич

Возраст 71

№ И/Б 15988\с2019

Дата исследования 26.06.19

№ исследования 2а6900

Время: 14.10-14.45

Исследование: коронарошунтография.

Доступ: a. femoralis dextra.

Анестезия: Sol. Lidocaini 1% - 1 мл.

Контрастное вещество: «Оптирей 300» - 150 мл.

Тип коронарного кровоснабжения: правый.

Левая коронарная артерия (ЛКА):

Ствол: без значимого стенозирования

Передняя межжелудочковая артерия (ПМЖА): стеноз проксимальной трети до 50%, периферия удовлетворительная, заполняется антеградно и по МКШ.

Огибающая артерия (ОА): диффузные изменения средней трети со стенозированием до 50%, периферия удовлетворительная.

Стеноз проксимальной трети МА до 90%. Периферия заполняется через функционирующий АКШ.

Правая коронарная артерия (ПКА): окклюзия проксимальной трети, периферия заполняется через функционирующий АКШ.

Шунтография:

Аорто-коронарный шунт к МА: функционирует удовлетворительно, дефектов анастомозов нет, кровотоков по шунту удовлетворительный.

Аорто-коронарный шунт к ПКА: функционирует удовлетворительно, дефектов анастомозов нет, кровотоков по шунту удовлетворительный.

Мамаро-коронарный шунт к ПМЖА: функционирует удовлетворительно, дефекта анастомоза нет, кровотоков по шунту удовлетворительный.

Ангиография БЦА:

ПВСА: без значимого стенозирования

ЛВСА: стеноз проксиальной части до 50%

Осложнений не было.

Врач: Н.В. Марукян

Врач-анестезиолог Б.А. Урумов

операционная м/с Р.М. Чертова

м/с анестезист О.Е. Карабань

РЕКОМЕНДАЦИИ ПРИ ВЫПИСКЕ:

1. Наблюдение кардиолога (терапевта), эндокринолога, сосудистого хирурга, офтальмолога, гастроэнтеролога, ревматолога, нефролога, онколога в поликлинике по м/жительства;
2. Умеренные дозированные физические нагрузки (ходьба, плавание в умеренном темпе) не противопоказаны;
3. Контроль ЭхоКГ через 6 месяцев (ФВ, степень АС), по результатам консультация кардиохирурга для решения вопроса о необходимости коррекции аортального стеноза;
4. Контроль ХМЭКГ 1 раз в год;
5. Контроль УЗИ БЦА 1 раз в 12 мес, по результатам консультация невролога;
6. Диета с ограничением соли, гипохолестериновая (средиземноморская) диета; гипогликемическая диета;
7. Контроль АД и пульса утро, вечер с записью в дневнике самоконтроля.
8. Контроль крови на МНО, ПТИ на фоне терапии варфарином, по достижению целевого уровня МНО контроль 2 раза в месяц (целевое значение МНО 2,0-3,0);
9. Контроль крови на холестерин (липидный спектр), АЛТ, АСТ, КФК 1 раз в 6 месяцев; (целевой уровень общ.холестерина – менее 4,0; ТГ – менее 1,77; ЛПВП – более 1,0; ЛПНП – менее 2,6 ммоль/л; КА – менее 4,0);
10. Контроль гликированного гемоглобина, глюкозы натощак через 2 месяца, явка с результатами к эндокринологу. Далее - контроль гликированного гемоглобина не реже 1 раза в 3 месяца;
11. Контроль МАУ и осмотр офтальмолога 1 раз в год;
12. Санация полости рта;
13. Контроль уровня мочевой кислоты 1 раз в 6 мес, по результатам консультация ревматолога.
14. Выполнение МСКТ-ангиографии брюшного отдела аорты и артерий нижних конечностей.

Постоянный прием:

1. Моксонидин 0,2 мг утром и 0,2 мг вечером;
2. Аторвастатин 40 мг на ночь;
3. Небиволол 1,25 мг утром;
4. Торасемид 2,5 мг утром после завтрака;
5. Аллопуринол 200 мг утром;
6. Выбрать 1 антикоагулянт:
ИЛИ Ривароксабан — по 20 мг 1 раз в день во время еды;
ИЛИ Апиксабан — по 5 мг 2 раза в день;

- ИЛИ Дабигатарана этексилат — по 150 мг 2 раза в день;
ИЛИ Варфарин — подбор дозы под контролем МНО (целевой уровень МНО 2.0-3.0);
7. Омепразол 20 мг на ночь — курсами по 2 недели (весна, осень).

Зам. главного врача по кардиологии Коношкова Р. Л.

Зав. отделением Борцова М. А.

Лечащий врач Копа Д. С.

Клинический ординатор Павлюк Е. И.

