

Кафедра госпитальной терапии  
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

# **Клиническая демонстрация**

На тему:  
«Миокардиодистрофия»

**Автор презентации:  
проф. А.В. Барсуков**

**Санкт-Петербург  
2014 г.**

# Паспортные данные

Пациентка К. (женщина)

38 лет

Воспитатель детского сада

Дата поступления в клинику ГТ 22 сентября  
2011 г.

# Жалобы при поступлении в клинику

- одышка при физической нагрузке (подъем по лестнице на 1,5-2 этажа)
- учащенный пульс до 115 в минуту
- перебои в работе сердца и сердцебиения
- пониженное АД до уровня 80-90/60-70 мм рт.ст.
- общая и мышечная слабость
- снижение работоспособности
- головокружение
- усиленная пигментация кожи в области губ, в области суставов кистей, в местах трения с одеждой

# Анамнез заболевания (1)

Дебют заболевания в возрасте 35 лет (за 3 года до госпитализации):

Появление пигментных пятен бронзового цвета на лице – в летнее время после инсоляции

Стойкая гипотензия (80-90/60-70 мм рт. ст.)

Распространение пигментации по телу, особенно отчетливо – в местах трения с одеждой, разгибательных поверхностях кистей, ладонных складках, стопах, в области рта и периорбитальной области

# Анамнез заболевания (2)

В течение 1,5-2 лет - учащение пульса, перебои в работе сердца, внезапно возникающее сердцебиение продолжительностью до нескольких минут, купируемое спонтанно

В течение 6 месяцев – одышка при умеренной и незначительной физической нагрузке, мышечная и общая слабость, утомляемость, снижение работоспособности

Симптомы болезни постепенно и неуклонно нарастали.

# Анамнез жизни (1)

**Родилась** вторым ребенком в семье в Ленинградской области

**В детстве** развивалась обычно

**Образование** среднее специальное (окончила педагогическое училище)

**Перенесенные заболевания:** ветряная оспа в детстве; редко – простудные болезни.

**Семейный анамнез:** замужем, 1 ребенок

**Гинекологический анамнез:** MS с 13 лет, регулярные, обильные. Беременностей – 8. Роды – 1. Аборты – 7.

# Анамнез жизни (2)

**Наследственность:** по материнской линии отягощена по ГБ, бронхиальной астме (в среднем возрасте), по отцовской линии – по ИБС (в пожилом возрасте).

**Вредные привычки:** курение и алкоголь отрицает.

**Эпидемиологический анамнез:** без особенностей

**Аллергологический анамнез:** без особенностей

**Страховой анамнез:** место работы — детский сад, должность — воспитатель.

# Физикальный статус на момент госпитализации (1)

Рост 176 см, масса тела 55 кг, ИМТ **17,8** кг/м<sup>2</sup>, t тела 36,2° С.

Состояние средней степени тяжести (обусловлено нарушениями со стороны ренин-ангиотензин-альдостероновой, гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой, сердечно-сосудистой систем, электролитного обмена).

На фоне общей бледности кожи – множественные очаги бронзовой окраски, больше в периорбитальной области, в области губ, суставов кистей, на сгибах ладоней. Тургор кожи несколько снижен, кожа сухая. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Периферических отёков нет.

Пульс 92 в 1 мин, аритмичный (по типу экстрасистолии). АД в положении сидя - 105/70; в положении стоя – 85/60 мм рт. ст.. Границы сердца не расширены, ослабление 1 тона над верхушкой, систолический шум в проекции митрального клапана. Без акцентуации 2 тона над основанием сердца.





Гиперпигментация тыльной  
поверхности кистей



Гиперпигментация в складках ладоней

Гиперпигментация носогубной  
области и подбородка



# Физикальный статус на момент госпитализации (1)

ЧДД 18 в 1 минуту. Перкуторно - границы лёгких в норме; над лёгкими ясный звук; аускультативно – дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются.

Живот правильной формы, не увеличен, при пальпации – мягкий, безболезненный, печень и селезёнка не увеличены, почки не пальпируются.

Дизурических явлений нет, поколачивание по поясничной области безболезненное.

Щитовидная железа – пальпаторно не определяется, глазные симптомы тиреотоксикоза отсутствуют.

# Предварительный диагноз

Первичная хроническая недостаточность коры надпочечников с клиническими проявлениями средней степени тяжести. **Дисгормональная миокардиодистрофия с нарушениями сердечного ритма неуточненного характера.** Вторичная артериальная гипотензия. Сердечная недостаточность I стадии, 2 функционального класса. Дефицит массы тела.

# Обоснование предварительного диагноза

Жалобы на характерное изменение цвета кожи (бронзовая гиперпигментация), типичные общую и мышечную слабость, частый пульс и перебои в работе сердца, одышку при физической нагрузке

Данные анамнеза: возникновение симптомов после инсоляции, дебют заболевания в 35 лет, гендерная принадлежность – женский пол, прогредиентное нарастание симптомов болезни .

Особенности физикального статуса: низкий ИМТ, участки типичной гиперпигментации, гипотензия, тахикардия, аритмичность пульса, ослабление 1 тона над верхушкой сердца и систолический шум в проекции митрального клапана

# Лабораторные исследования

## Общий анализ крови

показатель	23.09.11	30.09.11	показатель	23.09.11	30.09.11
Нв, г/л	113	110	П/я нейтрофилы, %	1	2
RBC, *10 <sup>12</sup> /л	3,41	3,23	С/я нейтрофилы, %	49	59
PLT, *10 <sup>9</sup> /л	387	421	Эозинофилы, %	5	0
WBC, *10 <sup>9</sup> /л	7,0	9,8	Моноциты, %	5	3
HCT	0,429	0,367	Лимфоциты, %	40	36
СОЭ, мм/ч	28	26			

# Общий анализ мочи

<b>Дата</b>	<b>23.09.11.г</b>	<b>30.09.11 г.</b>
<b>Цвет</b>	<b>Желтая</b>	<b>Желтая</b>
<b>Прозрачность</b>	<b>прозрачная</b>	<b>Прозрачная</b>
<b>Плотность</b>	<b>1020</b>	<b>1015</b>
<b>РН</b>	<b>5,5</b>	<b>7,0</b>
<b>Белок (г/л)</b>	<b>Отр.</b>	<b>Отр.</b>
<b>Лейкоциты</b>	<b>1-3 в п/з</b>	<b>1-2 в п/з</b>
<b>Эритроциты</b>	<b>0-2 в п/з</b>	<b>0-1 в п/з</b>
<b>Оксалаты</b>	<b>В небольшом количестве</b>	<b>Отр.</b>
<b>эпителий</b>	<b>2-3 в п/з</b>	<b>3-4 в п/з</b>



# Биохимический анализ крови от 23.09.2011 г.

Холестерин, ммоль/л (3,5-5,0)	<b>5,06</b>	ГГТП, ммоль/л (8-63)	<b>10</b>
Общий белок, г/л (63-87)	<b>77,7</b>	АЛТ, ммоль/л (11-50)	<b>24</b>
Билирубин, мкмоль/л (6,8-26)	<b>7,1</b>	АСТ, ммоль/л (11-50)	<b>28</b>
Креатинин, мкмоль/л (0,05-0,12)	<b>0,09</b>	Щелочная фосфотаза, ммоль/л (45-129)	<b>77</b>
Мочевая кислота, ммоль/л (150-420)	<b>250</b>	Мочевина, ммоль/л (0,5-6,4)	<b>5,6</b>
Глюкоза, ммоль/л (4,2-6,4)	<b>5,71</b>	Фибриноген, г/л	<b>5,78</b>
КФК, ммоль/л (10-160)	<b>28</b>	ПТИ, % (80-105)	<b>106</b>
КФК-МВ, ммоль/л (0-25)	<b>13,4</b>		

# Биохимические и другие показатели крови

<b>Показатель, 05.10.11 г.</b>	<b>Норма</b>	<b>Результат</b>
<b>Фосфор, ммоль/л</b>	<b>0,6-2,0</b>	<b>1,3</b>
<b>Железо, мкмоль/л</b>	<b>10,5-25</b>	<b>4,25</b>
<b>Кальций ионизированный, ммоль/л</b>	<b>1,12-1,32</b>	<b>1,3</b>
<b>Антитела к миокарду</b>	<b>отсутствуют</b>	<b>отсутствуют</b>
<b>Онкомаркер СА-125</b>	<b>0-30 МЕ/мл</b>	<b>5</b>
<b>Онкомаркер РЭА</b>	<b>0-5 нг/мл</b>	<b>0,2</b>
<b>Онкомаркер СА 15-3</b>	<b>0-22 ЕД/мл</b>	<b>12</b>
<b>ИФА с туберкулёзным антигеном, ед</b>	<b>0,200</b>	<b>0,025</b>

# Электролиты крови

показатель	23.09.11	26.09.11	28.09.11	30.09.11	05.10.11
Калий, ммоль/л (4,00-6,00)	<b>6,47</b>	<b>5,75</b>	<b>6,05</b>	<b>4,98</b>	<b>5,17</b>
Натрий, ммоль/л (130,0-160,0)	<b>128,2</b>	<b>128,8</b>	<b>133,1</b>	<b>131,0</b>	<b>134,3</b>
Хлор, ммоль/л (98,0-107,0)	<b>103,6</b>	<b>103,3</b>	<b>103,2</b>	<b>104,2</b>	<b>103,2</b>

# Гормональный статус

показатель	норма	22.09.11
Кортизол в суточной моче, нмоль/24 часа	11,8-458,6	9,7
АКТГ, пмоль/л	1,8-10,2	210,0
Альдостерон, пг/мл	25,0-315,0	153,6
ТТГ, мМЕ/л	0,4-4,0	8,38
Т4, мкмоль/л	1,9-13,3	12,7
Ат к тиреоидной пероксидазе, Ед/мл	До 30	>500

# Обсуждение лабораторных исследований

## **Итак выявлены:**

Признаки железодефицитной анемии лёгкой степени тяжести (низкие уровни гемоглобина, эритроцитов, железа крови)

Признаки системной воспалительной реакции (СОЭ, фибриноген)

Лабораторная картина первичного гипокортицизма (низкая экскреция кортизола, высокий АКТГ в крови), скрытого первичного гипотиреоза (нормальный уровень Т4 и высокий уровень ТТГ крови) вследствие аутоиммунного тиреоидита (антитела к ТПО)

Умеренно выраженные электролитные нарушения (гиперкалиемия и гипонатриемия)

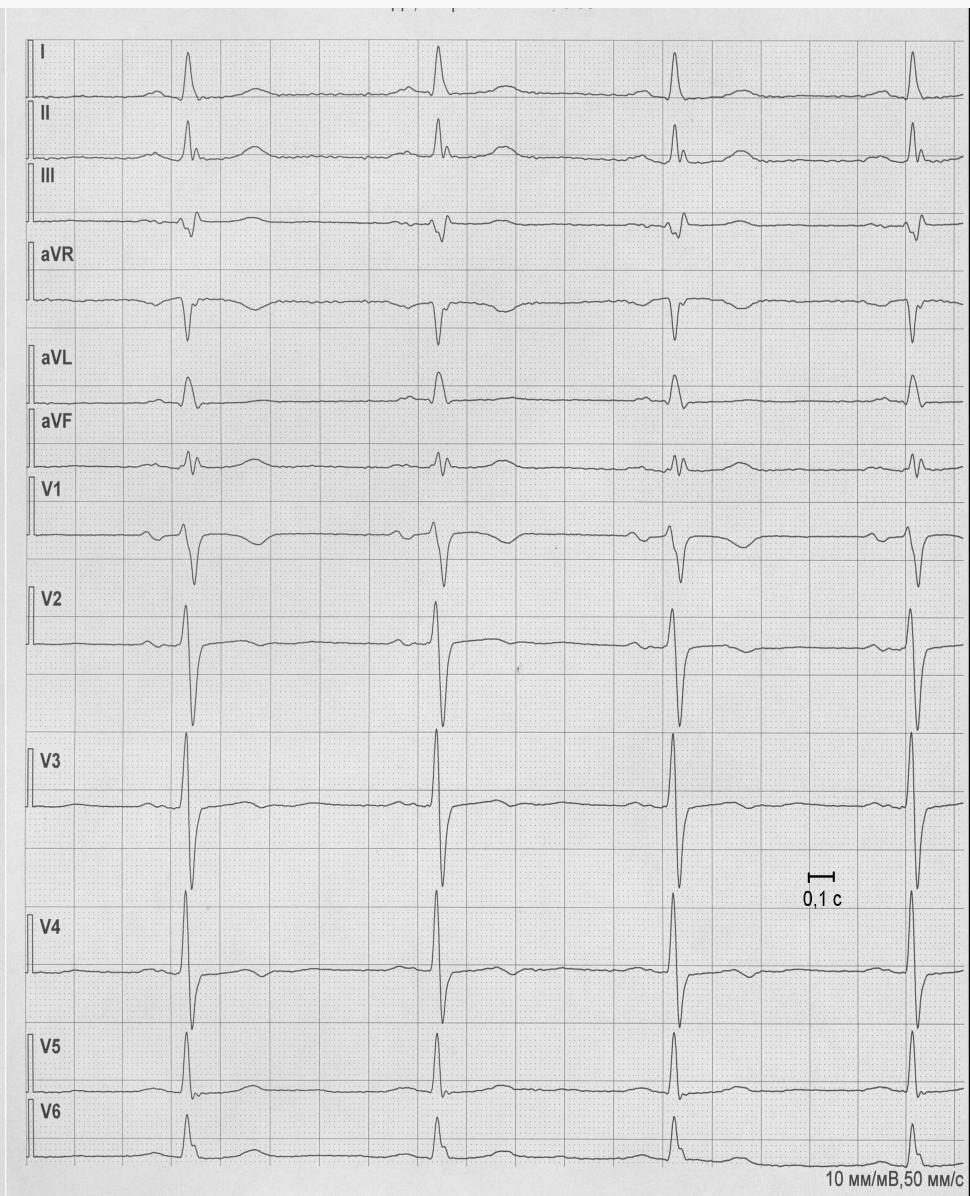
## **Обращено внимание на:**

Отсутствие лабораторных признаков почечной, печеночной дисфункции, туберкулеза, аутоиммунного миокардита, нарушений углеводного, кальций-фосфорного обмена

# ЭКГ



ЭКГ 23.09.11: пароксизм АВ-узловой реципрокной тахикардии



ЭКГ после пароксизма СВТ: синусовая тахикардия (ЧСС 118 в 1 мин), нарушения реполяризации в отведениях V1-4.

# Эхокардиография от 28.09.2011 г.

Аорта	Диаметр (25-35 мм)	<b>29</b>	Левый желудочек	КСР (22-38 мм)	<b>19</b>
Аортальный клапан	Раскрытие АК (15-26 мм)	<b>17,5</b>		КДР (38-56 мм)	<b>35</b>
Митральный клапан	Площадь (4-6 см <sup>2</sup> )	<b>4</b>		ФВ (Тейхольц, более 55%)	<b>70</b>
Легочная артерия	У клапана (12-20 мм)	<b>17</b>		ТЗСЛЖ (7-11 мм)	<b>8,5</b>
Правое предсердие	Поперечник (30-46 мм)	<b>32</b>		ТМЖП (7-11 мм)	<b>8,5</b>
Правый желудочек	КДР ( $\leq 26$ мм)	<b>18</b>	Митральный кровоток, $V_e/V_a$	$>1,0$ ед	<b>1,2</b>

**Заключение:** Полости сердца свободны. Кинетика миокарда сохранена. На митральном клапане – регургитация 1 степени. Систолическая и диастолическая функции не нарушены.

# Рентгенография грудной клетки





# УЗИ органов брюшной полости и почек от 27.09.11г.:

<b>Печень</b>	Не увеличена, правая доля 13.4 см, левая доля 6,2 см, контуры ровные, структура однородная, эхогенность не изменена, сосудистый рисунок сохранен
<b>Желчный пузырь</b>	4,9*3,0 см, контуры ровные, стенки 3 мм, содержимое – желчь, общий желчный проток 0,3 см
<b>Поджелудочная железа</b>	Лоцируется четко, 19,7*15,4 мм, <b>эхогенность умеренно повышена, структура не однородная</b> , вирсунгов проток не расширен, 2 мм
<b>Почки</b>	Правая почка: 7,8*4,0 см, паренхима однородная, 16,0 мм. Левая почка: 9,8*5,5 мм, паренхима однородная 20,0 мм.
<b>Надпочечники</b>	Патологических образований не выявлено
<b>Селезенка</b>	9,0*3,7 см, структура однородная
<b>Заключение: Диффузные изменения поджелудочной железы.</b>	

## **УЗИ щитовидной железы от 27.09.11 г.:**

Расположение типичное

Форма симметричная, не увеличена

Общий объем 8,8 см<sup>3</sup>.

**Контур**ы не четкие, не ровные, структура не однородная, повышенной эхогенности

**Заключение:** Диффузные изменения щитовидной железы.

# Холтеровское мониторирование ЭКГ



Результаты холтеровского мониторирования ЭКГ № 582

Пациент: Корчагина Екатерина Алексеевна

23.09.2011 10:46:00

## Исследование

Регистрация ЭКГ в трех грудных отведениях

Возраст: 38 Пол: Жен Рост, см: 176 Вес, кг: 55 Продолжительность: 22:16:51  
Отделение: Палата: 7 История болезни: —

## Основные результаты регистрации ЭКГ

Всего комплексов: 115869

Артефактов: 205 (<1%)

### Желудочковые аритмии

Всего: 1 (<1%)  
Экстрасистолы: 1  
Куплеты: —  
Пробежки тахикардии: —  
Комплексов в пробежках: —  
Наибольшая пробежка: —

### Наджелудочковые аритмии

Всего: 46 (<1%)  
Экстрасистолы: 37  
Куплеты: 6  
Пробежки тахикардии: 3  
Комплексов в пробежках: 13  
Наибольшая пробежка: 7 компл (20:10:43)

### Желудочковые аллоритмии

Эпизоды бигеминии: —  
Эпизоды тригеминии: —

### Наджелудочковые аллоритмии

Эпизоды бигеминии: —  
Эпизоды тригеминии: 1

Всего пауз: —

Максимальная пауза: —

ЧСС (за сутки/днем/ночью): 86/91/77 уд/мин

Максимальная ЧСС: 142 уд/мин (12:24)

Циркадный индекс: 1,18 (18%)

Минимальная ЧСС: 66 уд/мин (2:07)

## Заключение

За время наблюдения регистрировался синусовый ритм с ЧСС от 66 до 142 в минуту. Снижение ЧСС ночью недостаточное.

Средняя ЧСС 86/91/77 в минуту.

Зарегистрированы следующие нарушения ритма и проводимости:

- одиночная желудочковая экстрасистола;
- одиночные наджелудочковые экстрасистолы (всего 37), периодически спаренные, групповые;
- в 20-10 короткая пробежка наджелудочковой тахикардии (7 комплексов).

При выполнении плановой нагрузки (лестничная проба, 33 ступени) ЧСС достигала 133 в минуту, пациентка отмечала одышку, слабость, головную боль.

При небольшой физической нагрузке на ЭКГ отмечается резкое увеличение ЧСС и появление R-pulmonale.

Ишемических изменений сегмента ST не выявлено.



# Суточное мониторирование АД

(на фоне начатой терапии  
NaCl, hydrocortizone)

## Результаты суточного мониторирования АД

5410

Фамилия И.О.: Корчагина Е А Код: L9N01  
 Адрес: Телефон:  
 Примечания:  
 Возраст 38 Пол: fe Рост (см): 176 Вес 55  
 История болезни Отделение: Палата:  
 Монитор: ВРLab МнСДП-2 #K08044659 Rev. ВР2005-393  
 Начало 23.09.2011 (12:20) Общее время мониторирования: 20:36  
 Общее число 69 Успешных: 65 Проанализировано 65 Валидность 100,0

Коррекция по результатам тестовых измерений не проводилась

Дневные часы (08:00 - 23:40). Число измерений: 47

Среднее САД	107 мм рт.ст.	норма (100...135)
Среднее ДАД	76 мм рт.ст.	норма (60...85)
Индекс времени САД	0 %	норма (<15%)
Индекс времени ДАД	0 %	норма (<15%)
Вариаб. САД	6 мм рт.ст.	норма (<15)
Вариаб. ДАД	5 мм рт.ст.	норма (<14)

Ночные часы (23:41 - 07:59). Число измерений: 18

Среднее САД	101 мм рт.ст.	норма (84...120)
Среднее ДАД	73 мм рт.ст.	возм. повышенное (70...75)
Индекс времени САД	0 %	норма (<15%)
Индекс времени ДАД	24 %	возм. повышенное (15%...30%)
Вариаб. САД	6 мм рт.ст.	норма (<15)
Вариаб. ДАД	5 мм рт.ст.	норма (<12)

Среднее пульсовое АД: 30 мм рт.ст., норма (<46)

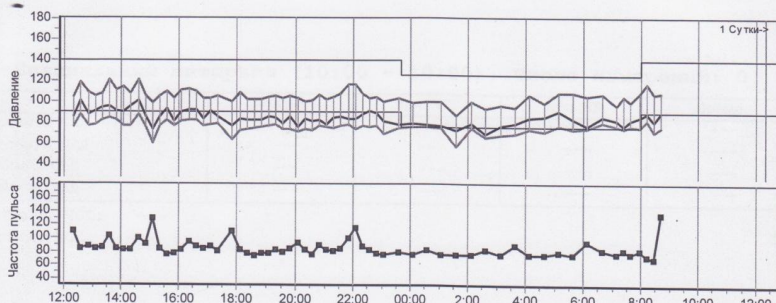
Суточный индекс САД: 6%, nondipper (0%...10%)

Суточный индекс ДАД: 4%, nondipper (0%...10%)

### Утренняя динамика

Величина утр. подъема САД	21 мм рт.ст.	норма (<56)
Величина утр. подъема ДАД	11 мм рт.ст.	норма (<36)
Скорость утр. подъема САД	20 мм рт.ст./ч	повышенное (>=10)
Скорость утр. подъема ДАД	3 мм рт.ст./ч	норма (<6)

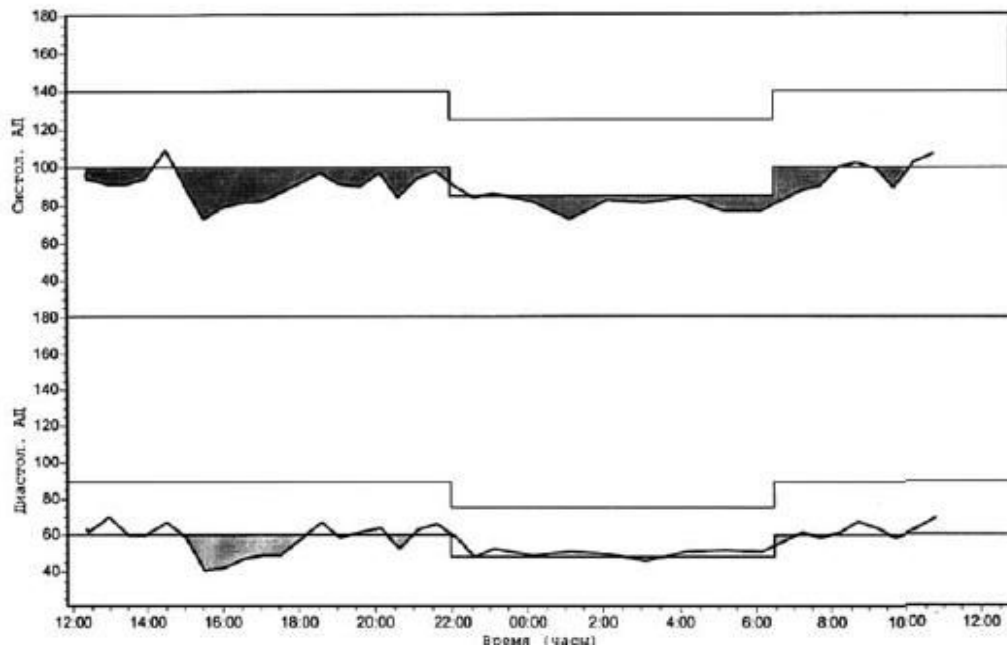
### Данные суточного мониторирования АД



	24 ч	День	Ночь	
Границы САД	—	140	125	мм рт. ст.
Границы ДАД	—	90	75	мм рт. ст.
Индекс площади САД	0	0	0	мм × ч
Индекс времени САД	0	0	0	%
Индекс измерений САД	0	0	0	%
Индекс площади ДАД	0	0	0	мм × ч
Индекс времени ДАД	0	0	0	%
Индекс измерений ДАД	0	0	0	%

### Нагрузка гипотензией

	24 ч	День	Ночь	
Границы САД	—	101	86	мм рт. ст.
Границы ДАД	—	61	48	мм рт. ст.
Индекс площади САД	158	123	36	мм × ч
Индекс времени САД	86	85	87	%
Индекс измерений САД	81	81	80	%
Индекс площади ДАД	42	41	1	мм × ч
Индекс времени ДАД	27	37	10	%
Индекс измерений ДАД	30	37	10	%



# Обсуждение инструментальных исследований

## **Итак выявлены:**

Пароксизмальные нарушения ритма (АВ-узловая реципрокная тахикардия); нарушения реполяризации (двухфазность, сглаженность, инверсия зубца Т) в правых грудных отведениях ЭКГ.

Признаки относительной митральной недостаточности 1 степени (ЭхоКГ).

Склонность к синусовой тахикардии на протяжении суток (ХМЭКГ).

Гипотензия на протяжении суток (данные СМАД).

Признаки неоднородности структуры ткани щитовидной железы (УЗИ)

## **Обращено внимание на:**

Отсутствие значимых структурно-функциональных расстройств по данным эхокардиографии

# Окончательный диагноз

Аутоиммунный полигландулярный синдром II типа (синдром Шмидта): первичная хроническая недостаточность коры надпочечников с клиническими проявлениями средней степени тяжести; аутоиммунный тиреоидит; субклинический гипотиреоз.

Хроническая железодефицитная анемия лёгкой степени тяжести.

**Миокардиодистрофия смешанного генеза (дисгормональная, анемическая).** Вторичная артериальная гипотензия. Сердечная недостаточность I стадии, 2 функционального класса.

Дефицит массы тела.

# Обоснование окончательного диагноза

Характерные жалобы, элементы анамнеза, физикального исследования (см. обоснование предварительного диагноза)

Данные лабораторных исследований: признаки железодефицитной анемии, первичного гипокортицизма, скрытой тиреоидной гипофункции и аутоиммунного тиреоидита, умеренно выраженных гиперкалиемии и гипонатриемии.

Данные инструментальных исследований: нарушения сердечного ритма и реполяризации на ЭКГ, признаки относительной митральной недостаточности 1 степени (ЭхоКГ), гипотензия на протяжении суток (СМАД), признаки неоднородности структуры ткани щитовидной железы (УЗИ)

Положительная реакция на патогенетическую терапию

# Дифференциальный диагноз миокардиодистрофии у пациентки К.

Инфекционный (инфекционно-иммунный)  
миокардит

Миокардитический кардиосклероз

Атеросклеротический кардиосклероз

Паранеопластическая миокардиодистрофия

Миокардиодистрофия при феохроцитоме с  
ортостатической гипотензией



# Дифференциальный диагноз миокардиодистрофии у пациентки К.

**Инфекционный (инфекционно-иммунный) миокардит маловероятен:**

Нет указаний на связь с вирусной и иной инфекцией в ближайшем анамнезе

Нет кардиомегалии

Нет прироста уровня кардиоспецифических ферментов

Нет повышенного титра антител к миокарду

Есть клинико-лабораторно-инструментальные данные в пользу гормональных, электролитных нарушений

\*- Неспецифические воспалительные изменения обусловлены иммуно-воспалительным процессом в коре надпочечников и щитовидной железе

\* - Ослабление 1 тона над верхушкой, систолический шум, нарушения ритма и реполяризации не противоречат миокардиодистрофии

# Дифференциальный диагноз миокардиодистрофии у пациентки К.

**Миокардитический кардиосклероз маловероятен:**

Нет указаний на перенесенный ранее миокардит

Есть клинико-лабораторно-инструментальные данные  
в пользу гормональных, электролитных нарушений

\* - Ослабление 1 тона над верхушкой,  
систолический шум, нарушения ритма и  
реполяризации не противоречат  
миокардиодистрофии

# Дифференциальный диагноз миокардиодистрофии у пациентки К.

## Атеросклеротический кардиосклероз маловероятен:

Нет указаний на синдром стенокардии, ранее перенесенный инфаркт миокарда

Молодой возраст, женский пол, сохранность фертильной функции, отсутствие статуса курения, ожирения, дислипидемии

Отсутствие признаков ишемии миокарда по данным холтеровского мониторирования ЭКГ

Есть клинико-лабораторно-инструментальные данные в пользу гормональных, электролитных нарушений

\* - Ослабление 1 тона над верхушкой, систолический шум, нарушения ритма и реполяризации не противоречат миокардиодистрофии

# Дифференциальный диагноз миокардиодистрофии у пациентки К.

**Паранеопластическая миокардиодистрофия  
маловероятна:**

Нет типичных симптомов онкопроцесса (локального уплотнения в молочных железах, лимфоденопатии, дисменореи, диспептических расстройств, увеличения печени, нарушения пассажа стула и др.)

В норме уровень основных онкомаркеров

Есть клинико-лабораторно-инструментальные данные в пользу гормональных, электролитных нарушений

\* - Похудание, гипотензия, сухость кожи, снижение её тургора, небольшие отклонения в уровнях гемоглобина, СОЭ, фибриногена крови могут наблюдаться при иммунно-воспалительных изменениях в органах эндокринной системы, хронической кровопотере во время *mensis*

# Дифференциальный диагноз миокардиодистрофии у пациентки К.

**Миокардиодистрофия при феохромоцитоме с ортостатической гипотензией маловероятна:**

Нет типичных симптомов хромофинномы (кризовых подъемов АД, симпато-адреналового возбуждения)

Нет данных за опухоль надпочечника по данным УЗИ живота

Есть клинико-лабораторно-инструментальные данные в пользу гормональных (характеризующих состояние коры надпочечников и щитовидной железы), электролитных нарушений

\* - Похудание, устойчивая гипотензия, гиперпигментация весьма характерны для надпочечниковой недостаточности

# Алгоритм диагностического поиска

**Клинико-анамнестические данные:** потемнение кожи, общая и мышечная слабость, одышка, чаще женский пол и молодой возраст, связь с провоцирующими факторами (инсоляция), прогредиентное течение

**Данные физикального исследования:** низкий ИМТ, гиперпигментация кожи, аритмичность пульса, ослабление 1 тона над верхушкой и систолический шум в проекции, гипотензия

**Результаты лабораторных исследований:** низкий уровень суточной экскреции кортизола, снижение содержания гемоглобина и эритроцитов, железа крови, высокий уровень АКТГ, тиреотропного гормона, антител к тиреоидной пероксидазе, нормальный уровень тироксина крови, гиперкалиемия и гипонатриемия, неспецифические воспалительные маркеры (СОЭ, фибриноген)

**Результаты инструментальных исследований:** Нарушения ритма сердца и реполяризации на ЭКГ, митральная регургитация при ЭхоКГ, гипотензия при СМАД

**Диагноз миокардиодистрофии**  
на фоне первичной надпочечниковой недостаточности, аутоиммунного тиреоидита и хронической железодефицитной анемии  
высоко вероятен

# Лечение

## В стационаре:

Режим постельный → палатный → общий

Диета с пониженным содержанием калия, повышенным содержанием хлорида натрия

Инфузионная терапия: Sol. NaCl 0,9% 200-400 ml, Glucosae 5% 200ml, Insulini 4ED.

Таб. Гидрокортизон 50 мг/сутки (25 мг утром, 12,5 мг днём и вечером)

Неспецифическая метаболическая терапия (рибоксин, милдронат внутрь)

# Рекомендации по выписке из клиники

Встать на учёт у эндокринолога по месту жительства и выполнять его рекомендации по динамическому исследованию показателей РААС, ГГНС, ГТС!

Наблюдение кардиологом, контроль ЭКГ, холтеровского мониторинга ЭКГ в динамике

Избегать стрессовых ситуаций, острых простудных заболеваний

Таб. Гидрокортизон 37,5 мг/сутки (25 мг утром, 6,25 мг в обед и вечером)

Таб. Кортинефф (флудрокортизон) 0,05 мг/сутки утром

При оперативных вмешательствах, стрессовых ситуациях, острых простудных заболеваниях – дозу гидрокортизона увеличить до 50 мг/сут



# Прогноз

Определяется стабильностью поддержания нормальных показателей функции ренин-ангиотензин-альдостероновой, гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой, гипофиз-тиреоидной систем, электролитного гомеостаза в повседневной жизнедеятельности

Миокардиодистрофия носит вторичный характер, при эффективном лечении основного заболевания, выявленные нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы, по-видимому, не окажут серьёзного влияния на прогноз.

# Некоторые лабораторные показатели в динамике на фоне лечения

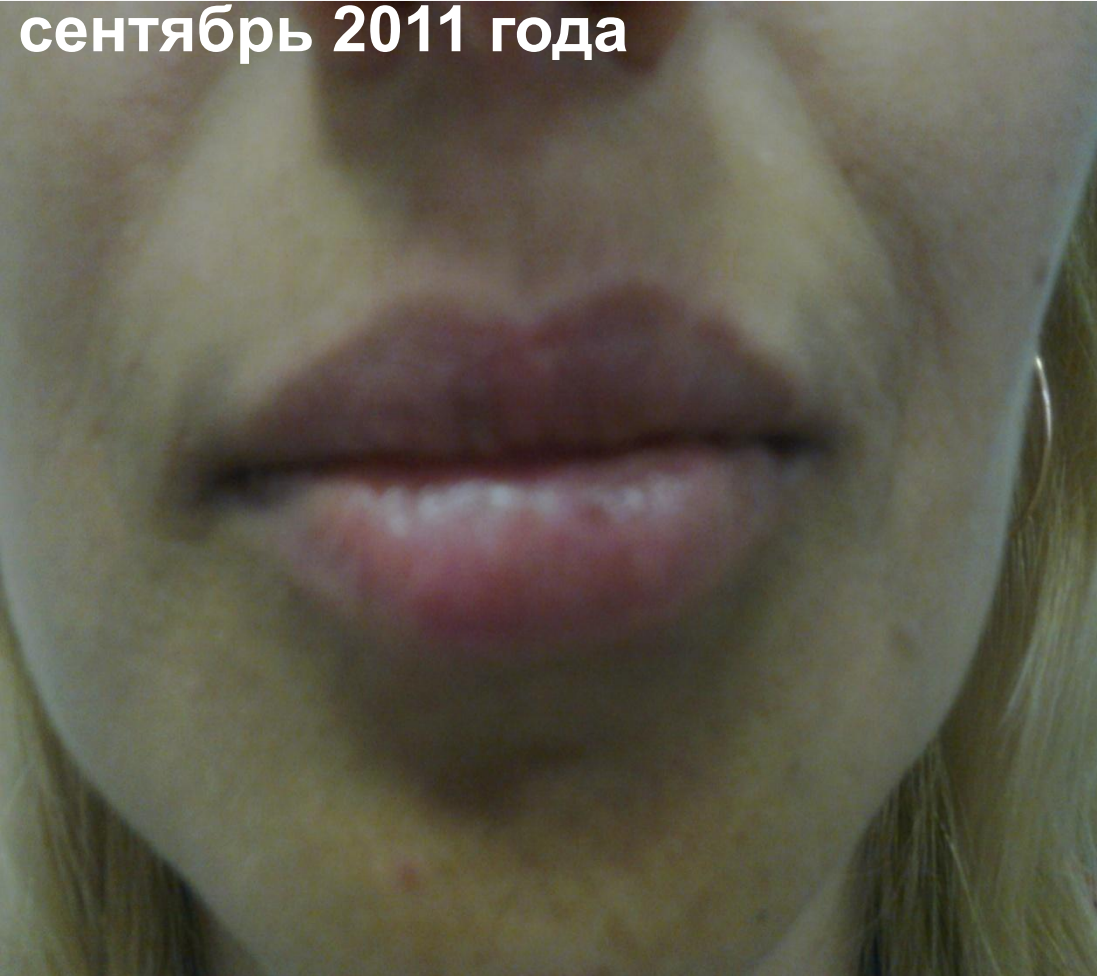
Показатель	Норма	Ноябрь 2011	Декабрь 2011	Январь 2012	Март 2012
Калий, ммоль/л	3,5-5,1	5,0			4,6
Натрий, ммоль/л	135,0-148,0	132,0			134,2
АКТГ, пг/мл	7,9-66,1		22,6		13,1
Ат к надпочечникам	<1:10				1:160
ТТГ, мкМЕ/мл	0,23-3,4	2,8	3,8	3,68	
Т4 своб., пмоль/л	12-22	12,05			
Кортизол, нмоль/л	171-536	40,9			

# Лабораторные показатели в динамике на фоне амбулаторного лечения

показатель	норма	Сентябрь 2011	Март 2012
Калий, ммоль/л	3,5-5,5	<b>6,5</b>	4,6
Натрий, ммоль/л	130-160	<b>128,2</b>	134
Кортизол в суточной моче, нмоль/24 часа	11,8-458,6	<b>9,7</b>	22
АКТГ, пмоль/л	1,8-10,2	<b>210,0</b>	13
ТТГ, мМЕ/л	0,4-4,0	<b>8,38</b>	3,7
Т4, мкмоль/л	1,9-13,3	<b>12,7</b>	12
Антитела к надпочечникам, Ед	<1:10	<b>?</b>	<b>1:160</b>

# Исчезновение гиперпигментации на лице

До лечения:  
сентябрь 2011 года



На фоне лечения:  
март 2012 года





**До лечения:  
сентябрь 2011 года**



**На фоне лечения:  
март 2012 года**



# Резюме

Миокардиодистрофия – всегда (!) вторична по отношению к основному заболеванию (синдрому)

В лечении миокардиодистрофии главную роль играет стратегия ведения основного заболевания

Специфичность кардиопротективной терапии определяется степенью выраженности синдрома поражения сердечной мышцы, нарушений ритма и проводимости, сердечной недостаточности