



Клиничен случай

Т. Донова

Медицински Университет – София
КПВБ “Проф. Ст. Киркович”, Клиника по Кардиология

- Пациент: С.С.В.
- Пол: мъж
- Възраст: 61 год.
- От анамнезата:

Постъпва за първи път в клиниката по повод на оплаквания от:

лесна умора, отпадналост, фебрилитет до 40 С с давност от около една седмица.

Провел амбулаторно лечение с Klacid за 7 дни.
Преболедувал ОВИ преди два месеца.

Ф амилна обремененост – не обременен

- Вредни навици – **не съобщава**

Съпътстващи и минали заболявания

- По повод на високостепенна АоК инсуфициенция, аневризма на възходяща аорта и едноклонова коронарна болест е осъществена операция a modo Bentall conduit-protesis №32, AVR № 29 и АСВ x1 LAD-Lima- март 2005г.
- Артериална хипертония от 14 години, с максимално регистрирани стойности до 180/110, обичайно около 130/80, неоптимално контролирана, протичаща с тежки хипертензивни кризи.
- Дуоденална язва в ремисия.

От физикалното изследване:

- в увредено общо състояние. Фебрилен до 38.8 С, контактен, адекватен.
- Гръден кош – нормостенен, симетричен. Двустранно везикулкарно дишане, редки сухи свиркащи хрипове двустранно.
- ССС: аритмична сърдечна дейност; СЧ- 70уд/мин, тон на клапна протеза, холосистолен шум 2/6 на всички аскултаторни места, АН 115/70 mmHg.
- Корем на нивото на гръдния кош,
- Хепато-спленомегалия- черен дроб на 5 см под ребрената дъга, объл ръб, слабо болезнен. Слезка на 3 см липсва болезненост.
- Сукусио реналис - отр. двустранно.
- Крайници – без отоци.

Клинична лабораторни показатели

Hb- 101; 89; 83 g/L		Er- 4,21; 3.98; 3.62 T/L	Hct- 0,32; 0.30; 0.27 L/L	Leu- 8,9; 9.28; 3.65 G/L	Th- 179; 171; 189 G/L
Creatinin- 61; 142.6; 198; 140 umol/l		K+ 4,2; 3.0; 3.1 mmol/l	Na+ 143; 142; 140 mmol/l	Glucose 6.7 mmol/l	ГГТ 127
ASAT 20 U/l		ALAT 16 U/l	СУЕ 89; 94 mm/h	Fibrinogen7, 85; 8.45; 6.8 g/l	CRP- 178
Бил. общ- 6,20	директ ен 2,00	общ белтък 69,0	албумин 29,0;	Урея 5,5	пик. к-на 414
СРК 46 U/L		СРК-МВ 5U/L	ПВ 34,40%; 38%;	INR 3,51; 2.14	желязо 6,0
ЖСК 55,0		Урина pH 5	отн. тегло 1030Hg	седимент 10-15 Ле, гранулирани и хиалинни цилиндри; кръв +++.	

- **ЕКГ** предсърдно мъждене с камерна честота 75/мин, хоризонтална позиция, чести камерни екстрасистоли.

Ренгенография на бял дроб и сърце: неуголемени хилусни сенки, без течност в плевралните кухини, без пневмоничен или друг инфилтративен процес двустранно, умерена кардиомегалия, ЛК дилатация, протезирана Ао клапа.

ЕХОКГ-ТТЕ

Сърдечни кухини:

Аортен корен 29; прокс. асц. аорта 36 мм, 70 mm-50 mm

ЛП парастернално 59 mm; апикално 65/46mm;

ЛК ТСР/ТДР 57/73 mm; ТСО/ТДО 69/160 ml

ЛК ТСР/ТДР 67/76 mm; ТСО/ТДО 169/365 ml преди AVR

Ф И 39%; Ф С 22%; септум 12 mm; задна стена 12 mm;

септум 14 mm; задна стена 14 mm;

ДК диастолен размер 27 mm;

ДП апикално 51/44 mm;

ЕХОКГ-ТТЕ

Митрална клапа: фиброза, регургитация I ст;

AVR- нормално движение на протезата, градиенти
18 mm Hg-max/11mmHg среден;

регургитация 0-I ст;

Трикуспидална клапа- регургитация 0-I ст;
дискинезия- парадоксален септум;

БАН 40 mm

Заклучение: запазена Ao протезна клапна функция,
редуцирани размери и обеми на ЛК, ЛК систолна
дисфункция, лекостепенна органична МК
инсуфициенция

ЕХОКГ-ТЕЕ

ЛП- спонтанен контраст I-II степен, Лява аурикула- без тромбоза,

Митрална клапа- променена ехогенност, регургитация I ст,

AVR- леко ограничено движение с допълнителни еха откъм вентрикулната част- структура с размер 9/2 мм, подвижна камшикообразна, с неравномерна плътност, заловена за протезния пръстен до основата на ПМП- характеристика на вегетация.

Трикуспидална клапа- нормална морфология на платната, регургитация- I ст. с ексцентрична струя.

ЕХОКГ-ТЕЕ, контролна след 10 дни.

на ниво пръстен към ПМП се визуализира окръглена пулсираща структура с анехогенна централна част и размери 1- 1.2 см /обс. абсцес/. Липсват доплер данни за комуникация със съседни кухини. Наблюдаваната при предишната ТЕЕ ехо КГ структура с характеристика на вегетация не се изобрази при периферните срезове.

Митрална клапа – не се визуализират структури наподобяващи вегетации.

ЕХОГРАФИЯ НА КОРЕМНИ ОРГАНИ:

Ч. дроб- хомогенна структура, запазена ехогенност,

Жл. мехур- 108/45мм, с гладки стени и без конкременти,

Панкреас- б.о.,

Слезка- 130/59мм, уголемена, колатерали в хилуса,

Двата бъбрека с нормални размери и паренхим

ЕНДОСКОПСКО ИЗСЛЕДВАНЕ:

Заклучение- Хроничен атрофичен и ерозивен гастрит.
Рефлукс езофагит ст А по ЛА. Хиатална херния.

КТ НА СЪРЦЕ – НАТИВНО И КТ КОРОНАРОГРАФИЯ СЛЕД АПЛИКАЦИЯ НА КОНТРАСТНА МАТЕРИЯ:

- в непосредствена близост до предна стена на асцендентната аорта се открива **фузиформено уплътнение** на протежение около 5 см. над аортна клапа в което се виждат 2 контрастиращи се овални кухини. Едната е разположена в областта на некоронарния синус и е с диаметър около 17 мм. Визуализира се комуникация с аортата /шийка/ с диаметър 5 мм.

КТ НА СЪРЦЕ – НАТИВНО И КТ КОРОНАРОГРАФИЯ СЛЕД АПЛИКАЦИЯ НА КОНТРАСТНА МАТЕРИЯ:

- Втора подобна личи непосредствено под аортна клапа и над предно митрално платно с размери 19 мм и поширока комуникация с камерата. Аортна клапа – без КТ данни за вегетации. В паренхимата на белите дробове не се откриват актуални промени. В медиастинума личат лимфни възли с големина до 17 мм. Без данни за плеврални изливи, няма перикарден излив.
- Заключение: описаните промени могат да се дължат на парапротезен възпалителен процес с абсцедиране.

Проведено лечение:

Tubocin: 2x600 mg,

Amikacin: 2x0.5 g,

Vancomycin 2x1.0 g продължен с Targocid 400 mg,

Trifas cor 5 mg

Nebilet 2x5 mg,

Famotidin 2x20 mg,

Preductal MR 2x35 mg,

Sintrom по схема,

аналгетици, спазмолитици.

Еднакви ли са бета-блокериите?



Хетерогенност на бета-блокери

I. генерация:

Неселективни бета-блокери – блокират β_1 и β_2

рецепторите:

Propranolol, Nadolol, Pindolol, Timolol и др.

II. генерация:

Умерено селективни бета-блокери – блокират β_1

рецепторите, но в по-високи дози и β_2 рецепторите:

Atenolol, Betaxolol, Bisoprolol, Esmolol, Metoprolol

III. генерация:

Бета-блокери с периферни вазодилатативни ефекти:

Ант агонист и на α_1 -рецепт орит е: *Labetalol, Carvedilol*

Повишена продукция на *NO*: *Nebivolol* – без ВСМА

2007 ESH/ESC Guidelines

...имат изключение

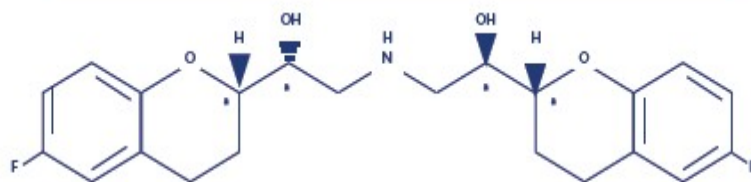
“... вазодилатативните бета-блокери, като *carvedilol* и *nebivolol*, имат по-малко метаболитни ефекти или не оказват такива, както и намаляват честотата на новопоявил се Захарен диабет в сравнение с класическите бета-блокери.”



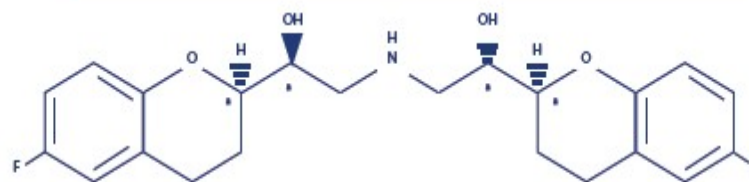
една молекула - два ефекта

комбинация от^{1,2,3}

d-Nebivolol



l-Nebivolol



уникален двоен механизъм на действие^{1,2,3}

високоселективна бета1-блокада

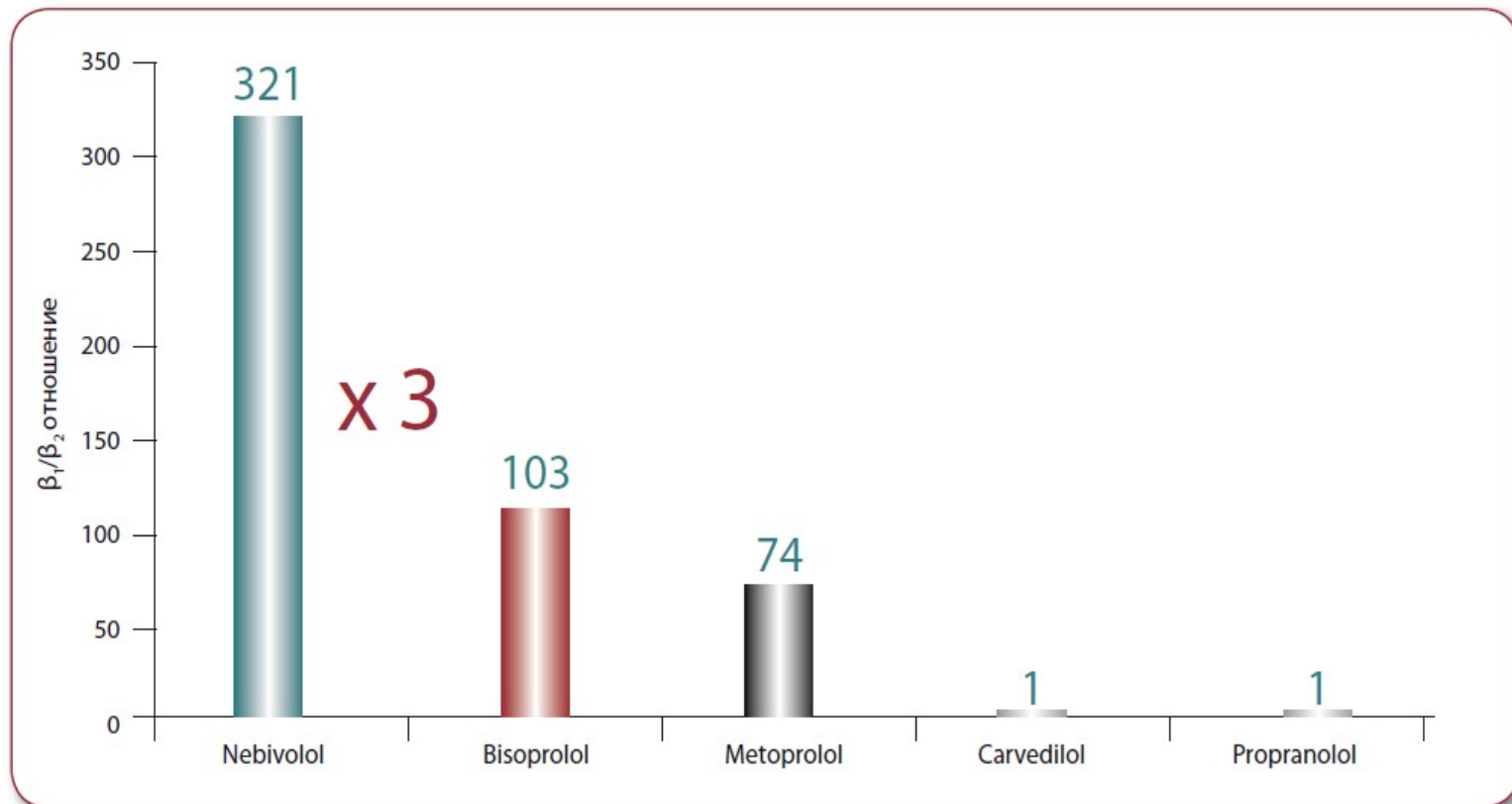
медирана от NO вазодилатация

благоприятен хемодинамичен профил^{1,2,3}

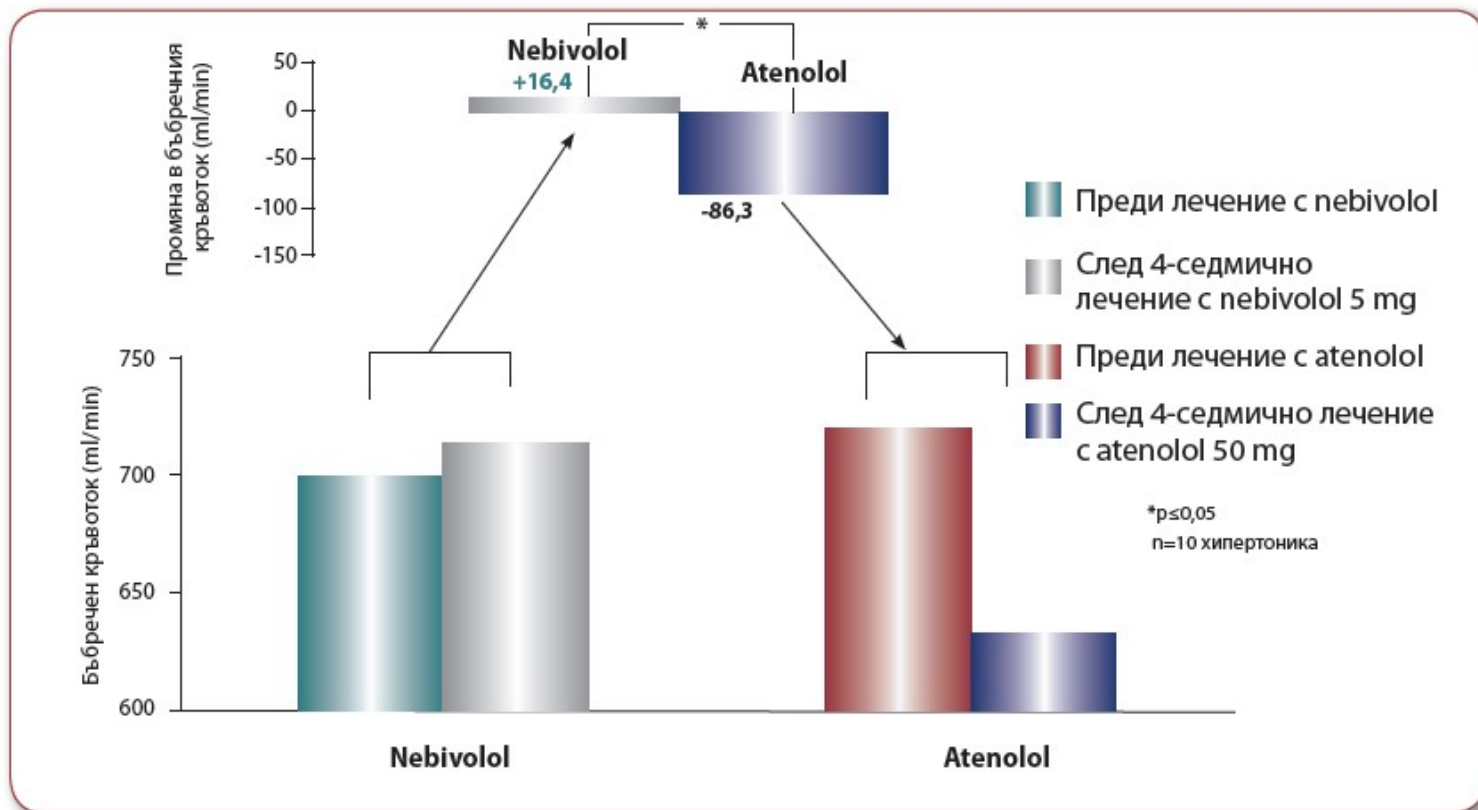


- ефективно понижава артериалното налягане³
- умерено намалява сърдечната честота³
- намалява периферната съдова резистентност³
- повишава ударния обем³
- повишава сърдечния минутен обем³
- подобрява функцията на лявата камера³

Nebilet[®] ултраселективен β -блокер



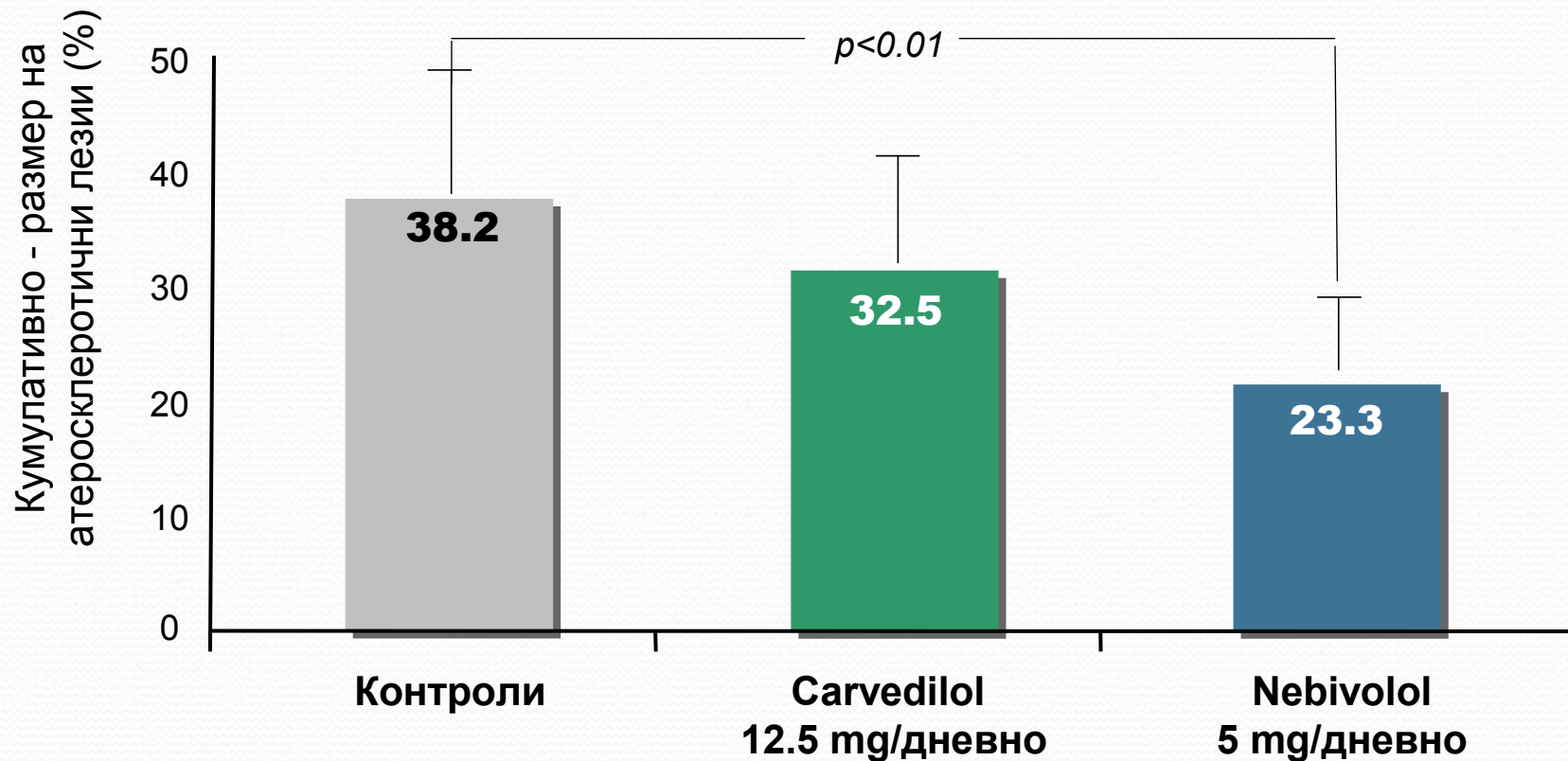
Bristow MR et al., *AJH* 2005;18(5), P-121
Prisant L. et al., *Therap Rev.* 2008; 48: 225-39



Nebivolol запазва бъбречния кръвоток, за разлика от atenolol. Предполага се, че този благоприятен ефект на nebivolol се дължи на модулираната от него NO-вазодилатация.

Адаптирано по Van de Borre P, et al. High Blood Press Cardiovasc Prev 2007; 14:133-7.

Nebivolol – антиатеросклеротичен ефект



От Nebilet® очаквайте:

- **Двоен механизъм на действие**
 - **НО-модулирана вазодилатация**
 - **Най-висока β_1 -селективност**
- **Висок процент отговорили на лечението**
- **Намалено ремоделиране на съдовете**
- **Запазен физически капацитет**
- **Запазена/подобрена сърдечна дейност**
- **Добра поносимост**
- **Нисък риск от нежелани лекарствени реакции**
- **Добър метаболитен профил**